

02

Buenas prácticas en la intervención policial con personas en situación de crisis de salud mental y/o con consumos problemáticos en el espacio público

Orientaciones para la enseñanza

COLECCIÓN | CAPACITAR EN SEGURIDAD

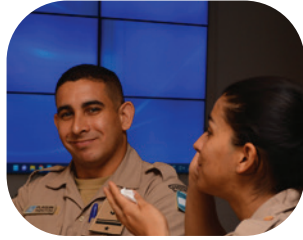


Ministerio de Seguridad
Argentina

Secretaría de Seguridad
y Política Criminal

Buenas prácticas en la intervención policial con personas en situación de crisis de salud mental y/o con consumos problemáticos en el espacio público

Orientaciones para la enseñanza



Autoridades

Ministerio de Seguridad de la Nación

Cdor. y Dr. Aníbal Domingo Fernández

Secretaría de Seguridad y Política Criminal

Lic. Mercedes La Gioiosa

Subsecretaría de Formación y Carrera

Lic. Nazarena Belén Mora

Dirección Nacional de Formación y Entrenamiento

Dra. Elea Paola Maglia

Dirección Nacional de Ingreso y Carrera

Dr. Hernán Legnani

Dirección de Formación Continua

Dr. Osvaldo Daniel Palazzo

Dirección de Carrera

Dr. Agustín Daniel Zaninovich

02

**Buenas prácticas en la
intervención policial con
personas en situación
de crisis de salud mental
y/o con consumos problemáticos
en el espacio público**

Orientaciones para la enseñanza

Buenas prácticas en la intervención policial con personas en situación de crisis de salud mental y/o con consumos problemáticos en el espacio público.

Orientaciones para la enseñanza.

Colección | Capacitar en Seguridad

Ministerio de Seguridad

Coordinación de contenidos

Dra. Elea Maglia y
Lic. Nazarena Belén Mora

Desarrollo de contenidos

Lic. Camila Fabrizio
Dr. Daniel Alejandro Russo

Desarrollo de actividades

Lic. Luján Báez
Lic. Viviana Kaloustian

Revisión y corrección de textos

Lic. Mariana Rosales
Corr^a. Victoria Sofía Asencio
Corr^a. Analía Verbitsky

Diseño gráfico y diagramación

DG María Josefina Suares

Ilustración

DG Paula Fränkel

Fotografía

Lic. Manuel Briata

Mora, Nazarena Belén

Buenas prácticas en la intervención
policial con personas en situación
de crisis de salud mental y/o con
consumos problemáticos en el
espacio público / Nazarena Belén
Mora. - 1ª ed. - Ciudad Autónoma
de Buenos Aires : Ministerio de
Seguridad de la Nación, 2023.

130 p. ; 18 x 23 cm.

ISBN 978-987-3916-19-9

1. Formación Profesional. I. Título.
CDD 363.2



Prólogo

El manual que presentamos en esta oportunidad forma parte de la colección Capacitar en Seguridad que desarrollamos desde el Ministerio de Seguridad con el objetivo de promover una actualización conceptual, doctrinaria y metodológica de la formación de las Fuerzas Policiales y de Seguridad Federales. En este sentido, y en virtud de la responsabilidad que tenemos como Ministerio ante la sociedad, respecto de garantizar abordajes policiales profesionales, ponemos a disposición una serie de enfoques teóricos tendientes a adecuar el ejercicio de las prácticas de intervención policial y presentamos, además, un encuadre en el que la labor policial y de seguridad debe enmarcarse, en consideración a los niveles de complejización y transformación de las dinámicas sociales en nuestro país.

Entendemos que una fuerza de seguridad profesional es aquella que concibe a las ciudadanas y los ciudadanos como sujetos de derechos, y propicia escenarios en donde la convivencia social pueda desarrollarse de acuerdo al respeto, la dignidad y la justicia. En este marco, es tarea del Estado gestionar y reducir la conflictividad social procurando la promoción y el cumplimiento de los derechos y la garantía de su ejercicio, desde una perspectiva integral y protectora de los derechos humanos.

El paradigma que asume esta colección es el de la seguridad ciudadana, a partir del cual se contemplan las especificidades de aquellos grupos a los que se busca proteger, como así también, las particularidades que pueden tener ciertas problemáticas.

El propósito de este manual –elaborado en conjunto con la colaboración de la Dirección Nacional de Salud Mental y Consumos Problemáticos del Ministerio de Salud y de la Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina (Sedronar) – es dar inicio al desarrollo de contenidos y estrategias que nos permitan abordar el problema de las crisis de salud mental, asociadas o no al consumo problemático de sustancias psicoactivas. En esta línea, resulta fundamental que las Fuerzas Policiales y de Seguridad Federales posean herramientas conceptuales y reconozcan las buenas prácticas para la comprensión y el abordaje de un tema complejo a fin de lograr intervenciones eficaces y respetuosas de los derechos humanos.

Lic. Belén Mora
Subsecretaria de Formación y Carrera

Índice

Hoja de ruta	12
Introducción	14
Glosario	16
1. Salud mental y consumos problemáticos	18
1.1. Marco conceptual	20
¿Por qué hablamos de salud mental como un campo específico y no como un componente más de la salud?	22
Crisis o urgencia en salud mental	24
Consideración histórica de las crisis de salud mental	24
1.2. Introducción a la temática de los consumos problemáticos	26
Modelos históricos de abordaje de los consumos	31
Modelo de abordaje integral comunitario	32
1.3. Conceptos clave para el abordaje policial	34
¿Las crisis de salud mental y los consumos problemáticos son un problema social, un problema de salud o un problema de seguridad?	35
Algunas claves para un abordaje profesional	38
Orientaciones para la enseñanza: salud mental y los consumos problemáticos	40

2. Normativa

2.1. Cambios en la normativa

2.2. Ley Nacional 26.657, de Protección de la Salud Mental y Decreto Reglamentario 603/134

2.3. Ley de Estupefacientes 23.7375

2.4. Resolución Nacional 506/13. Ministerio de Seguridad y su actualización

Orientaciones para la enseñanza: marco normativo

3. Pautas de intervención policial

3.1. Introducción

Formas frecuentes de presentación de las crisis de salud mental

Esquema general de intervenciones

Orientaciones para la enseñanza: pautas de intervención

Bibliografía

Recursos electrónicos

Normativa

Datos útiles

48

50

52

54

56

58

70

72

78

82

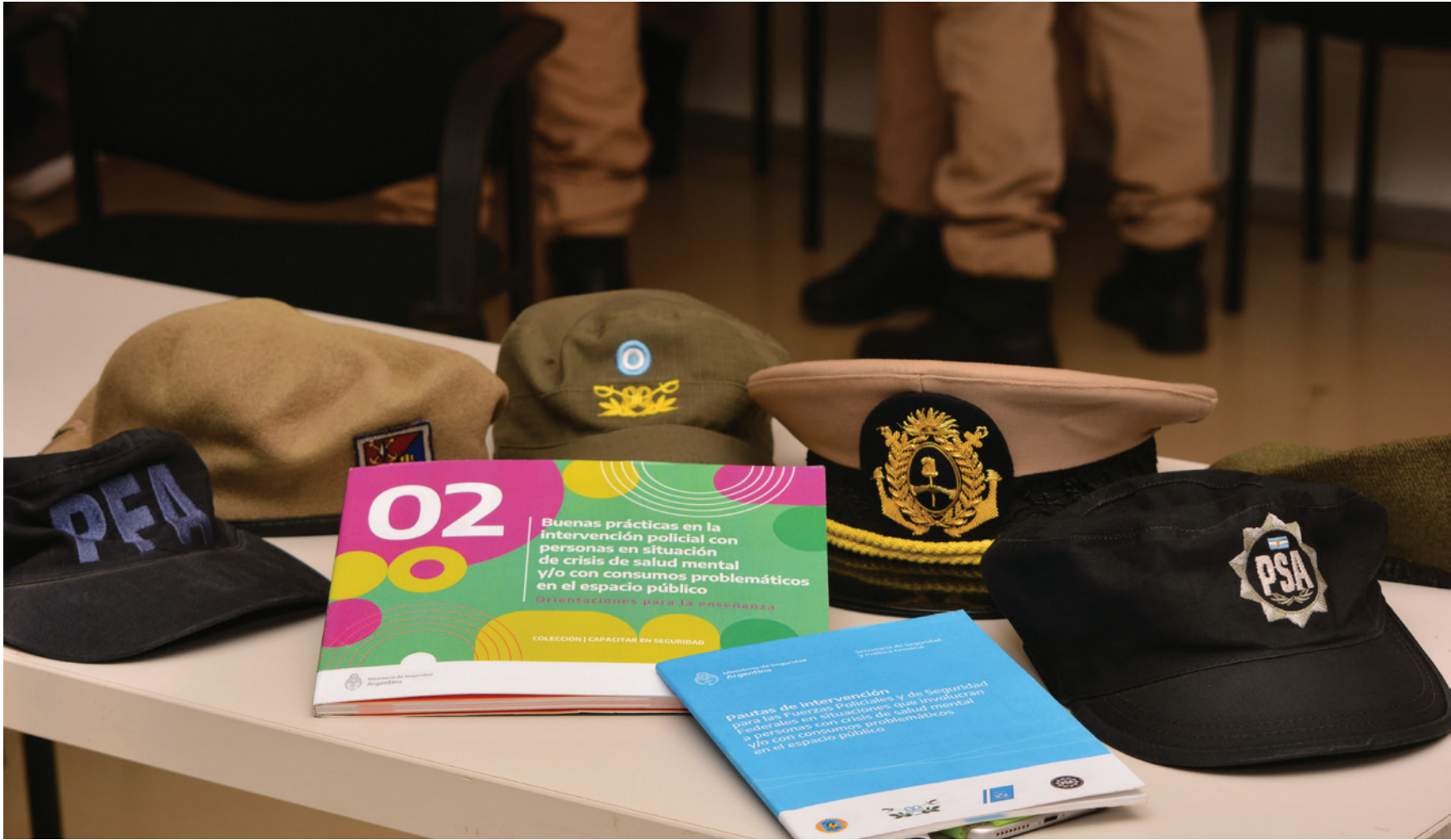
112

128

128

129

130



Hoja de ruta

**Protección
integral de
DERECHOS**

**Principios
normativos**

**Criterios para
la toma de
decisiones**

**Pautas
de actuación**

Si bien las crisis de salud mental corresponden al campo de la salud, en ciertas ocasiones, pueden implicar un riesgo para la integridad de la persona afectada y la de terceros. Cuando se producen escenas de este tenor, es el personal policial quien se constituye como primera línea de respuesta. De allí surge la necesidad de establecer criterios sistematizados que permitan a los miembros de las fuerzas de seguridad intervenir en la contención de las crisis hasta la llegada del personal de salud.

La elaboración de criterios para las intervenciones policiales en este campo se enmarca en la perspectiva de la seguridad ciudadana, la cual aboga por el fortalecimiento y la protección del orden democrático, y promueve abordajes que favorezcan la coexistencia pacífica mediante la gestión de las múltiples formas

de expresión de los conflictos y las violencias. Esto implica una visión más amplia y compleja sobre la seguridad y los fenómenos sociales asociados que aquella que se circunscribe solo a la prevención y al control del orden público.

Aunque la seguridad no solo depende de las fuerzas policiales, sino que es producto de la interrelación de múltiples actores, condiciones y factores, ante el surgimiento de tensiones en el espacio público, la policía constituye el primer engranaje para su contención. La construcción del quehacer policial sobre bases democráticas debe garantizar el derecho a la seguridad como condición necesaria para el acceso a todos los derechos. En este sentido, la intervención del personal de seguridad en situaciones que involucran a personas en situación de crisis de salud mental debe considerar las prácticas de cuidado como parte del ejercicio de su función.

El objetivo de este manual es presentar herramientas conceptuales para la comprensión de la

complejidad de este tema, como así también para brindar estrategias específicas de intervención que permitan asistir adecuadamente a las personas con

crisis de salud mental y/o en situaciones de consumo problemático de sustancias, desde una perspectiva respetuosa de los derechos humanos.



Las definiciones que dan lugar a un nuevo paradigma

Salud: “Estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedad” (Organización Mundial de la Salud, 1946).

Salud mental: “Proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, 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”. (Ley Nacional de Salud Mental 26.657, Art. 3)

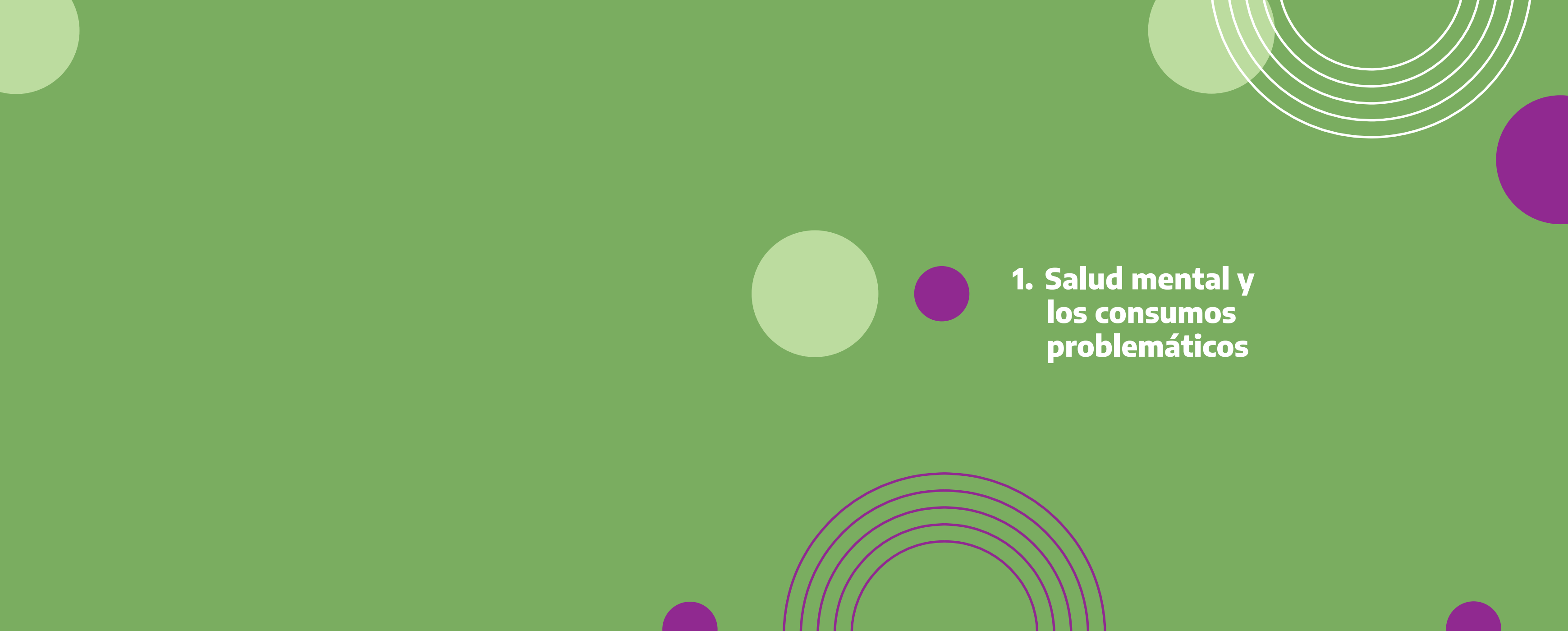
Crisis: Estado de descompensación o desorganización que irrumpe o altera las funciones psíquicas y el desempeño habitual de las personas y que supone un alto nivel de padecimiento. Se incluyen en este estado a situaciones de presuntos consumos problemáticos, conforme lo establece el artículo 4 de la Ley de Salud Mental 26.657.

Consumos problemáticos: Aquellos consumos que, mediando o sin mediar sustancia alguna, afectan negativamente, en forma crónica, la salud física o psíquica de las personas o sus relaciones sociales. Estos pueden manifestarse como adicciones o abusos al alcohol, al tabaco, a las drogas psicotrópicas (legales o ilegales), o ser producidos por ciertas conductas compulsivas de los sujetos (juego, tecnologías, alimentación, compras o cualquier otro consumo que sea diagnosticado como compulsivo por un/a profesional de la salud, conforme lo establece el artículo 2 de la Ley de creación del Plan IACOP 26.934).

Emergencia: Es una situación que pone en peligro la vida del paciente o la función vital de un órgano, y que requiere inmediata atención o tratamiento.

Urgencia: En ella no existe peligro o amenaza inmediata para el paciente, pero si no se atiende en un período de tiempo determinado, la situación puede convertirse en una emergencia.





1. Salud mental y los consumos problemáticos

Marco conceptual

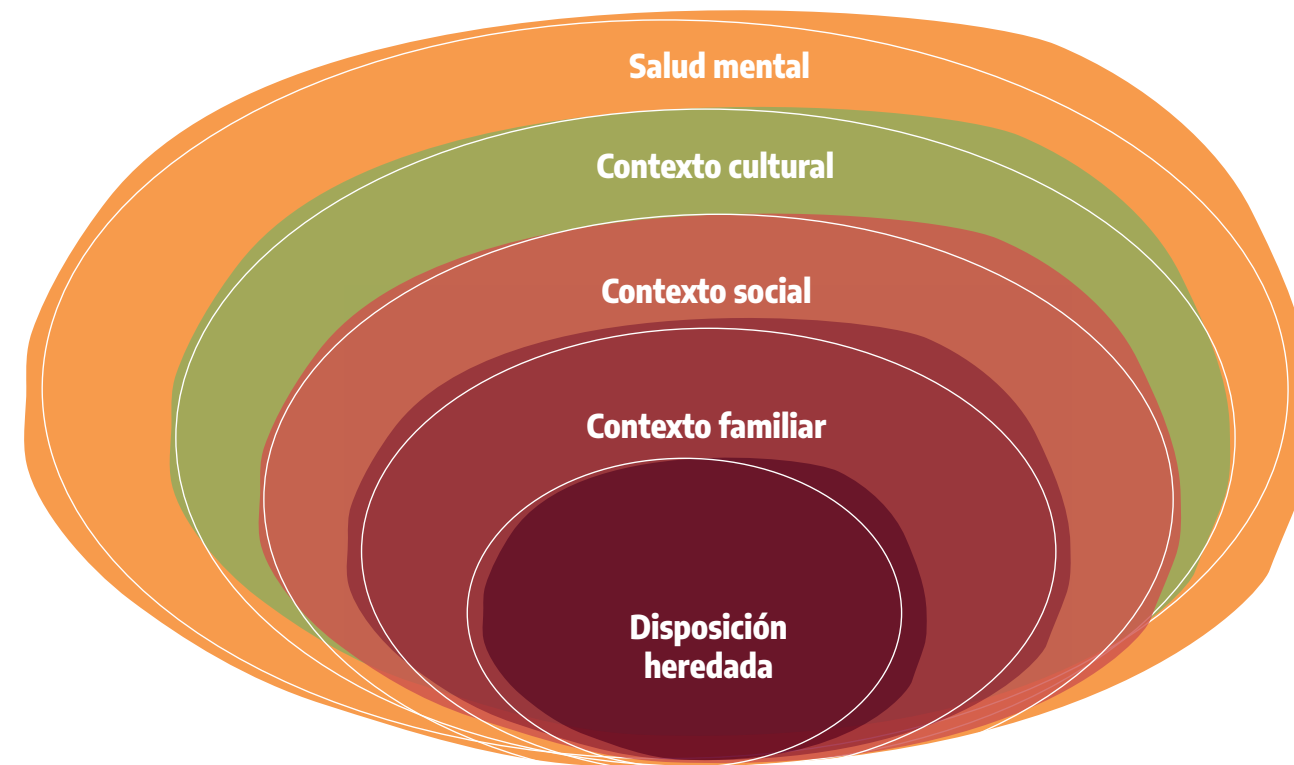
¿Por qué se sancionó una ley específica de salud mental?

¿Qué derechos se garantizan en esa ley? ¿Qué tipo de atención requieren las personas con problemas de salud mental?

¿Cómo son valoradas socialmente las personas con afecciones de salud mental y/o consumos problemáticos?

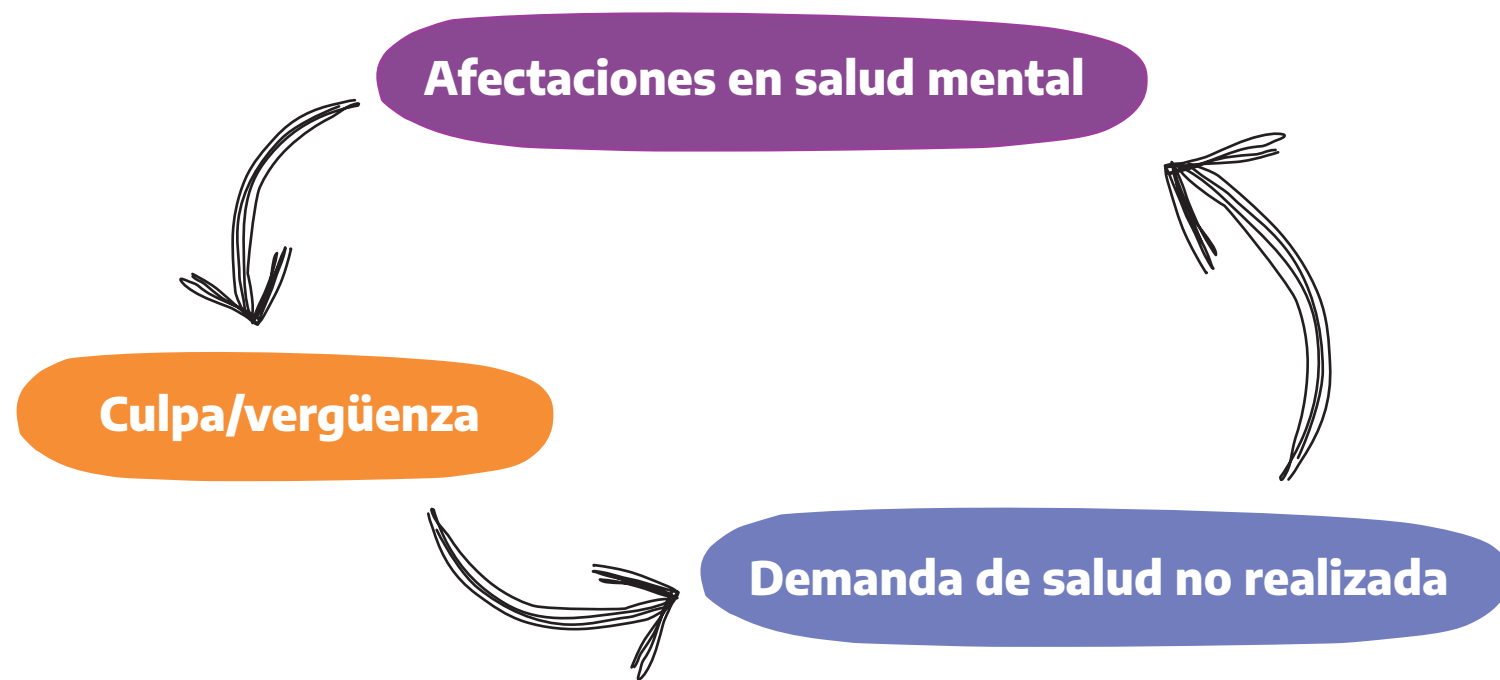
Existen diversas definiciones relacionadas con los conceptos de salud y salud mental. Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud se define como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedad” (OMS, 1946). Por su parte, la **Ley Nacional de Salud Mental** (2010),

en su artículo 3, reconoce la salud mental como “un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, 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”.



¿Por qué hablamos de la salud mental como un campo específico y no como un componente más de la salud?

Las afectaciones en la salud mental de las personas tienen una carga de prejuicios y valoraciones negativas que no se verifican en otras patologías. Es frecuente la culpabilización de la persona, ya que se



supone que el malestar subjetivo puede superarse con fuerza de voluntad o mediante la correcta valoración de los aspectos positivos de la vida. Esto produce un efecto de retroalimentación del sufrimiento psíquico con los sentimientos de culpa y vergüenza.

Asimismo, a lo largo de la historia, la respuesta social frente a este tipo de dolencias estuvo asociada a la segregación y al castigo mediante el encierro, acciones que multiplicaban el padecimiento. Es por ello que la salud mental requiere de un tratamiento particular, que ha dado lugar a la sanción y la reglamentación de una ley específica en la materia para garantizar un abordaje respetuoso de las condiciones y necesidades de quienes tienen padecimientos de salud mental.

Contrario a lo que se cree, los padecimientos mentales son un problema frecuente. Estudios de la OMS/OPS dan cuenta de que los trastornos mentales están dentro de las cinco primeras causas de enfermedad en América. El

alcohol y la depresión son los problemas más frecuentes en la salud mental. En Argentina, una de cada tres personas presentará una afectación de salud mental a partir de los veinte años. Con mayor frecuencia se presentan trastornos de ansiedad, del estado de ánimo y al consumo problemático de sustancias.

El padecimiento mental no es irreversible: puede afectar de modo parcial y transitorio la vida de una persona. Con el apoyo comunitario necesario, la recuperación es posible. Las personas con una enfermedad mental no deben ser aisladas de su comunidad: todas/os tienen derecho a recibir la atención sanitaria necesaria, acompañadas/os de sus afectos y en su comunidad. Ningún sufrimiento psíquico se cura con el aislamiento y el encierro. Nadie debe vivir en un hospital psiquiátrico. Las personas con padecimiento mental no son necesariamente violentas ni peligrosas: no existe una relación directa entre el padecimiento mental y la violencia.

Crisis o urgencia en salud mental

Se entiende por crisis o urgencia en salud mental a un estado de descompensación o desorganización que irrumpe o altera las funciones psíquicas y el desempeño habitual de las personas; y que supone un alto nivel de padecimiento (Ministerio de Salud, 2013). Las personas que atraviesan situaciones de crisis en su salud mental se encuentran en un **alto grado de vulnerabilidad**. Se incluyen en este estado situaciones de presuntos consumos problemáticos, conforme lo establece el art. 4 de la Ley de Salud Mental 26.657.¹ Durante el curso de estas, pueden registrarse alteraciones en las funciones cognitivas, afectivas y sensorio-perceptivas. Quienes experimentan una crisis pueden manifestarse de manera **desafiante, agresiva o insultante. Es habitual que estas conductas generen sentimientos de malestar, frustración y rechazo por parte de quien interviene brindando cuidados.**

Consideración histórica de las crisis de salud mental

Las crisis de salud mental y el consumo de diversas sustancias han tenido diferentes formas de entenderse y abordarse a lo largo de la historia. Un caso es el de las sustancias, como el tabaco, que han sido restringidas y sus consumidores fueron duramente castigados a inicios del siglo XVII en Europa, cuando hoy en día es un producto al que puede accederse masivamente de forma legal. De la misma manera, cualquier persona que haya nacido en Buenos Aires antes de las reformas del Código Penal de 1921 se sorprendería de la prohibición de sustancias que en ese momento se conseguían en el boticario de la esquina (pastillas de cloridrato de cocaína, jarabes a base de heroína, tónicos hechos a partir de cannabis, entre otros). Por otro lado, hace no tantas décadas se realizaban lobotomías como tratamiento para los desórdenes conductuales, práctica que actualmente nos horrorizaría como sociedad.

1. "Las adicciones (o consumos problemáticos) 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" (Ley de Salud Mental 26.657. art. 4).

Si bien hoy estamos lejos de aquellas prácticas, existe una tensión social en torno a determinados padecimientos mentales y ciertas prácticas de consumo que se traduce en las valoraciones que se realizan en el conjunto social.

Los llamados estigmas sociales hacen referencia a la descalificación que un grupo realiza sobre terceras personas a partir de algún rasgo particular, sea físico, conductual o social.

Quienes presentan algún padecimiento mental suelen recibir este tipo de valoraciones negativas, lo que dificulta su inclusión social y potencia la propia percepción de inadecuación. Como consecuencia de esto, en lugar de pedir ayuda las personas terminan aislándose e intentando resolver por sí mismas una situación compleja que precisa atención profesional, contención de la familia y acompañamiento de la comunidad.

Cuando se trata de padecimientos mentales asociados al consumo de sustancias psicoactivas, los prejuicios y la discriminación se multiplican hasta alcanzar niveles dramáticos. Las personas que llevan adelante consumos problemáticos constituyen una de las poblaciones con mayores niveles de sufrimiento psíquico y con menor demanda de tratamientos específicos.

El temor y la desconfianza que se suelen experimentar frente a quienes presentan determinadas dolencias psíquicas refuerzan un estereotipo negativo que supone peligrosidad y falta de control. Es común, en muchas ocasiones, asociar la figura del "adicto/a" como "peligroso/a para sí y para terceros". La imagen negativa o las conductas que presentan las personas en situación de consumo problemático pueden generar respuestas moralizantes y punitivas, de maltrato, sensación de frustración y rechazo por parte de quienes deben protegerlas.

1.2.

Introducción a la temática de los consumos problemáticos

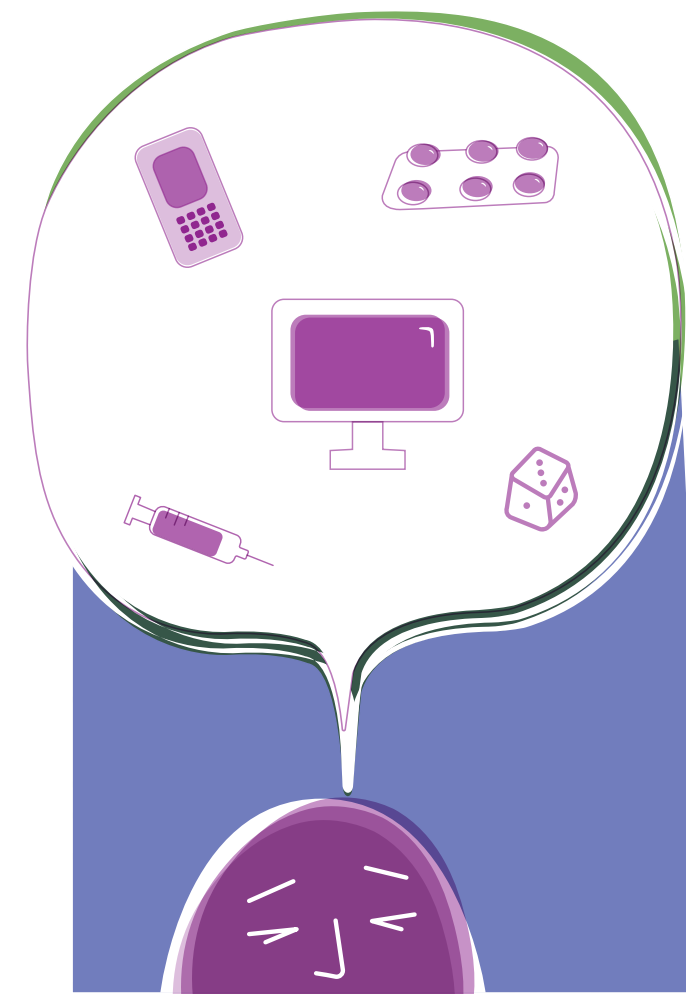
¿Cuáles son los criterios para definir la relación de los sujetos con las sustancias psicoactivas?

¿Qué es consumo problemático?

¿Qué personas están facultadas para evaluar un consumo problemático? ¿Qué principios sustentan el Modelo de Abordaje Integral Comunitario de Consumos?

Como hemos señalado, en ciertas ocasiones, las crisis están relacionadas al consumo de alguna sustancia psicoactiva. Ahora bien, el uso de sustancias que alteran el estado emocional, mental y perceptivo en los seres humanos no siempre culmina en una crisis. Incluso muchos de estos consumos se encuentran íntimamente relacionados con los usos y las costumbres de las sociedades. ¿Qué debe ocurrir para que un consumo sea considerado problemático?

Desde la última mitad del siglo XX, investigadores de diversos campos del conocimiento han procurado establecer criterios objetivos para definir la relación de los sujetos con las sustancias. El esquema más tradicional es el que organiza esta relación en tres niveles de complejidad: uso, abuso y dependencia. Si bien en todos los niveles de consumo el riesgo está implícito, la noción de uso considera las prácticas de consumo ocasional, sin señales de afectaciones sustantivas en el plan de vida. Nos referimos entonces con “uso” a un consumo ma-





USO

ABUSO

DEPENDENCIA

yormente ocasional, aislado y que no ocupa una presencia significativa en la vida de la persona que consume.

Con el concepto de abuso se identifica una situación en donde no solo aumenta la frecuencia y la cantidad de lo que se consume, sino que ese consumo cumple una función de compensación psicológica o afectiva para la persona, ya sea para estar de mejor ánimo, perder la timidez, producir más, etc. Aparecen aquí las primeras marcas de deterioro orgánico, como la alteración de los vínculos interpersonales, la pérdida del control de impulsos, entre otras manifestaciones.

Por último, se entiende por dependencia a la presencia de una necesidad inevitable y compulsiva de consumir. El plan de vida se organiza en torno a procurar la próxima dosis. Hablamos de adicción cuando la vida de una persona gira mayoritariamente alrededor del consumo de una sustancia y hace todo lo posible para conseguirla y consumir-

la, más allá de su propia intención de no volver a hacerlo; y se establece así una relación compulsiva. La ausencia de la sustancia se manifiesta a través del síndrome de abstinencia, caracterizado por un fuerte malestar que solo puede ser calmado químicamente.

Sin subestimar el riesgo que algunas drogas tienen a nivel químico, el cuadro queda incompleto si no se toma en cuenta al sujeto y al contexto en el que se produce el consumo. En cualquier uso de drogas es importante considerar distintas dimensiones: las sustancias y sus características farmacológicas; los procesos subjetivos de las personas que se relacionan con las sustancias y los contextos en los que se encuentran. No va a tener el mismo efecto una determinada sustancia en una persona de mediana edad, bien alimentada y con un plan de vida razonable que en un individuo que está aún en una etapa inicial de desarrollo, o atravesando una crisis personal, o se encuentra en una situación marcada por la vulneración de sus derechos

básicos. Esta **tríada sustancia-sujeto-contexto** ha dado lugar a otras categorías que definen los tipos de consumo, entre las que se encuentran la noción de “consumo problemático” que desarrollaremos posteriormente.

Muchas veces se escucha hablar de “la droga” y no de “las drogas”. En este sentido, es importante considerar que no todas las drogas son iguales. La realidad es que existen diferencias por sus características, sus efectos sobre el organismo, sus modalidades de consumo, sus circuitos de distribución, su legalidad, etc. Hay drogas de uso legal, como el alcohol, el tabaco o los psicofármacos, con las que las personas pueden generar vínculos problemáticos, al igual que con la marihuana, la cocaína o las drogas sintéticas, solo por mencionar algunas de las drogas ilegales. Por eso, **es preferible hablar de las drogas en plural**, dado que en todos los casos se trata de sustancias psicoactivas con las que se pueden establecer vínculos problemáticos.

Tríada del consumo problemático



Son considerados consumos problemáticos aquellos que, mediando sustancia alguna o no, afectan negativamente, en forma crónica, la salud física o psíquica de las personas o sus relaciones sociales. Este tipo de consumos pueden manifestarse como adicciones o abusos al alcohol, el tabaco, las drogas psicotrópicas –legales o ilegales– o a través de conductas compulsivas de los sujetos (juego, tecnologías, alimentación, compras o cualquier otro consumo que sea diagnosticado compulsivo por un/a profesional de la salud, conforme lo establece el artículo 2 de la Ley de creación del Plan IACOP 26.934).

Cuando se habla de consumo problemático o de una relación problemática de las personas con las sustancias, no se considera la dimensión “problema” desde la lógica causa/efecto por las características farmacológicas de la sustancia, sino desde la centralidad de las personas, sus trayectorias vitales, su constitución subjetiva y las relaciones que establecen con su contexto, con los otros y con las sustancias.

Es fundamental no diagnosticar adicciones o consumos problemáticos si no se cuenta con el conocimiento suficiente o sin saber qué le está ocurriendo al sujeto en el momento actual. La evaluación siempre debe estar a cargo de un equipo interdisciplinario, tal como indica la Ley Nacional de Salud Mental.

Modelos históricos de abordaje de los consumos

Existen diversos modelos para analizar los consumos de sustancias psicoactivas desde una perspectiva histórica. Cada uno de estos propone un modo diferente de concebir a las personas y, en consecuencia, un esquema de intervención específico. Si bien esta presentación de los modelos responde a un orden cronológico, muchas de las prácticas que se desprenden de ellos continúan vigentes y coexisten unas con otras. Los más destacados son:

- Modelo ético jurídico: su estrategia se dirige a la reducción de la oferta de sustancias ilegales,

mediante su penalización, como de la demanda, por medio de la criminalización.

- Modelo médico sanitario: está orientado hacia la disminución de la demanda mediante la prevención específica, evitando el consumo de sustancias, tanto legales como ilegales, y privilegiando la abstinencia.

- Modelo psicosocial: le asigna una importancia central a la persona, por lo que los consumos pasan a ser el efecto de un trastorno y no consecuencia de la sustancia en sí misma.

- Modelo sociocultural: el foco está puesto en el aspecto subjetivo de la persona como un reflejo de los problemas sociales.

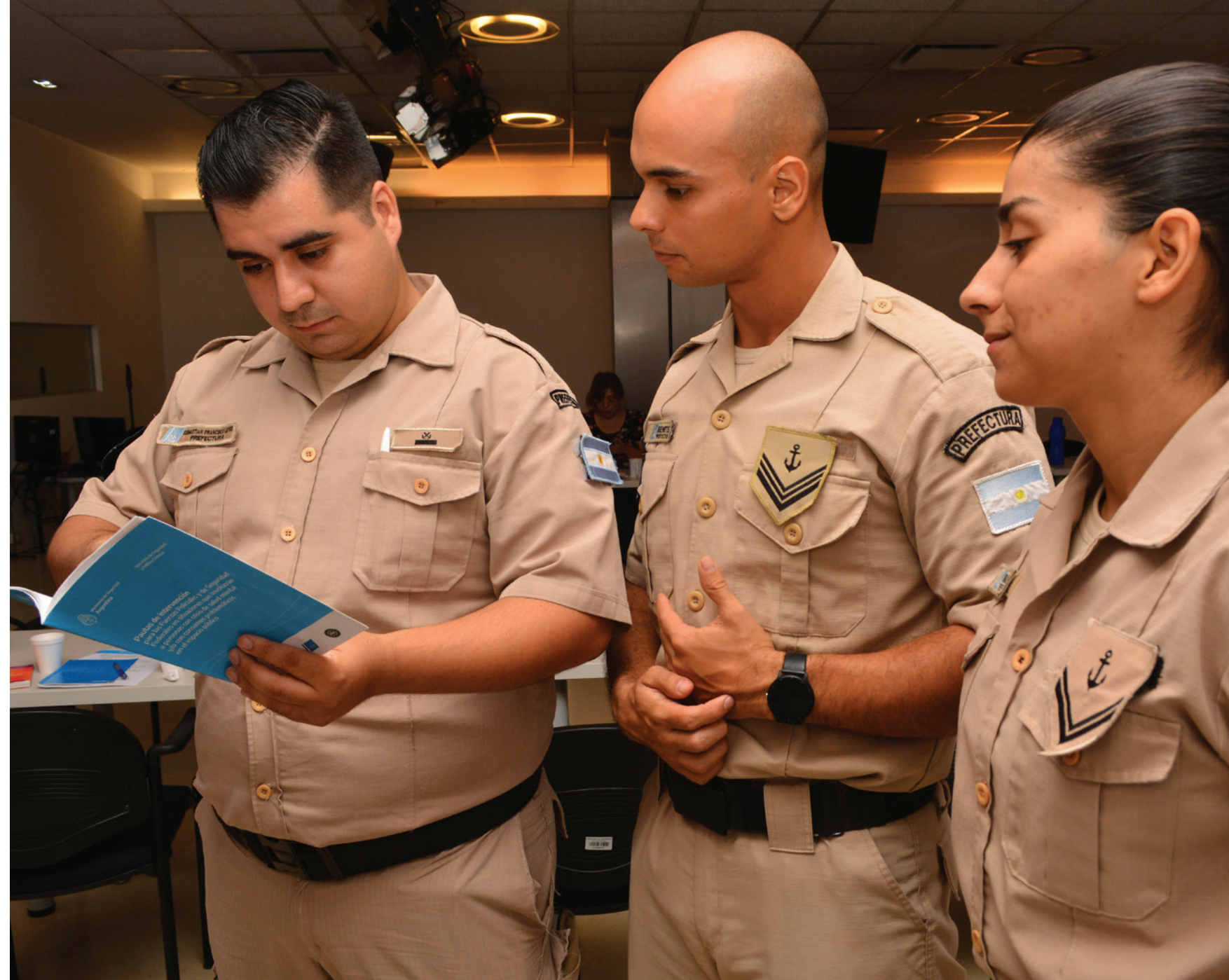
- Modelo ético social: integra las miradas anteriores y toma en cuenta no solo la interacción de la persona con la sustancia, y en el contexto en el que se encuentra, sino que introduce otros elementos como: el sentido de la vida, la ética social o la construcción de un proyecto grupal.

Modelo de abordaje integral comunitario

El **modelo de abordaje integral comunitario** es el propuesto por la Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina (Sedronar). Este modelo posiciona a la comunidad en el centro de la escena como un actor fundamental en la construcción de estrategias de acompañamiento y cuidado. De este proceso resultan un conjunto de acciones, estrategias, intervenciones y desarrollos que buscan acompañar, transformar y mejorar la vida de las personas que se encuentran en una situación de alta vulnerabilidad en esa comunidad. En este sentido, se diseñan acciones

concretas que respetan y acompañan las diferencias culturales y que, además, recuperan y valorizan prácticas y saberes de la vida cotidiana en sociedad.

Si entendemos que los consumos problemáticos de sustancias son un problema social y económico en el marco de una sociedad de consumo, entonces, la propuesta del abordaje comunitario supone pensar posibles salidas basadas en la organización colectiva y el diálogo con la comunidad y el territorio, como protagonistas. Esto implica contemplar la comunidad en relación con un Estado presente que pueda operar en el proceso de contención, cuidado y acompañamiento de las personas.



Conceptos clave para el abordaje policial

¿Por qué las crisis de salud mental y/o consumos problemáticos son un problema de seguridad?

¿Cómo debe intervenir el personal policial ante estas situaciones críticas?

¿Cuáles son los criterios clave que guían un abordaje profesional?

¿Las crisis de salud mental y los consumos problemáticos son un problema social, un problema de salud o un problema de seguridad?

La problemática de la salud mental y el consumo de sustancias deben entenderse como síntomas sociales que están íntimamente relacionados con el malestar que atraviesan todos los sectores de la comunidad. Es necesario situarlas en un contexto histórico, cultural, social y económico determinado. Por ejemplo, recurrir a una sustancia o actividad que de manera individual, rápida y eficaz promete bienestar –evita o alivia un sufrimiento, procura placer, etc.– no surge de un “mal hábito” o de una decisión personal, sino que es parte de lo que ofrece la sociedad de consumo para lidiar con las emociones, mediatizar palabras y conflictos, y promover soluciones rápidas e individuales.

Para comprender este fenómeno es preciso considerar las siguientes claves de análisis:

- Los padecimientos mentales y los consumos problemáticos atraviesan todas las clases sociales.
- Una persona con padecimientos mentales (ya sea en relación con el consumo de sustancias psicoactivas o con otras problemáticas de salud mental) puede encontrarse en una situación de vulnerabilidad a nivel físico, psíquico o social. Algunos de los signos observables en estos casos pueden incluir problemas en las esferas intelectuales, emocionales, de convivencia, sociales, laborales, educativas o recreativas.
- Los padecimientos mentales pueden provocar un deterioro en los lazos o vínculos habituales de la persona.

Ahora bien, es necesario tener en cuenta lo siguiente: **cuando el consumo de sustancias altera las reglas de convivencia dentro del espacio público, nos encontramos frente a un problema de seguridad.** Por lo tanto, es preciso desarrollar prácticas innovadoras y eficaces para el restablecimiento de la

convivencia social en el espacio público, sin que esto derive en una vulneración de derechos. **Las crisis de salud mental (asociadas al uso de drogas o no) son situaciones que requieren de un abordaje complejo y de una actitud profesional, ya que pueden dar lugar a dificultades imprevistas, no solo para la persona en situación de crisis y su entorno, sino también para quienes intervienen.**

La presencia e intervención de los cuerpos policiales y las fuerzas de seguridad se produce a los fines de

Estas crisis son un problema de seguridad cuando alteran la convivencia en el espacio público y ponen en riesgo a las personas afectadas y a terceros

la gestión del conflicto y para evitar la progresión hacia situaciones que impliquen daños, lesiones o víctimas fatales. Es competencia del área de seguridad intervenir cuando las crisis constituyen un riesgo, tanto para la persona afectada como para terceros, o para el personal policial interviniente.

Intervención del personal policial desde un abordaje profesional

Cuando un/a ciudadano/a se encuentra con una persona cuyo comportamiento es errático, probablemente se comunique primero con el 911 o acuda a un efectivo policial, en lugar de llamar a los servicios de emergencias médicas.

La prioridad en estas situaciones será contener a la persona afectada y dar inmediata intervención al equipo de salud, conforme el esquema de intervención presentado en las “Pautas de intervención para las Fuerzas Policiales y de Seguridad Federales en situaciones que involucran a personas con crisis

de salud mental y/o consumos problemáticos en el espacio público”. **(Resolución 843/22)**

Para todas las intervenciones en situaciones con, el **esquema de procedimiento** que se desarrollará será el siguiente:²

1. **Primer contacto y determinación de riesgos.**
2. **Establecimiento de las comunicaciones pertinentes y la espera de la llegada del equipo de salud con competencia primaria en materia de salud mental.**
3. **Mientras se aguarda la intervención o la actuación de los servicios de salud, se deben desarrollar estrategias específicas de intervención según los siguientes niveles:**
 - a. **Pérdida o disminución significativa de la conciencia.**
 - b. **Crisis que no implican conductas violentas.**
 - c. **Crisis con indicios de escalada hacia conductas violentas.**
4. **Finalización del procedimiento.**

2. Ver el desarrollo del presente esquema en el apartado: Introducción a las “Pautas de intervención para las Fuerzas Policiales y de Seguridad Federales en situaciones que involucran a personas con crisis de salud mental y/o consumos problemáticos en el espacio público”, en el formato digital.

Las pautas de intervención se organizan a partir de las diversas manifestaciones observables de la situación de crisis y no por sus orígenes específicos (consumo de sustancias, abstinencia, episodios psicóticos agudos, traumatismos, etc.).



Algunas claves para un abordaje profesional:

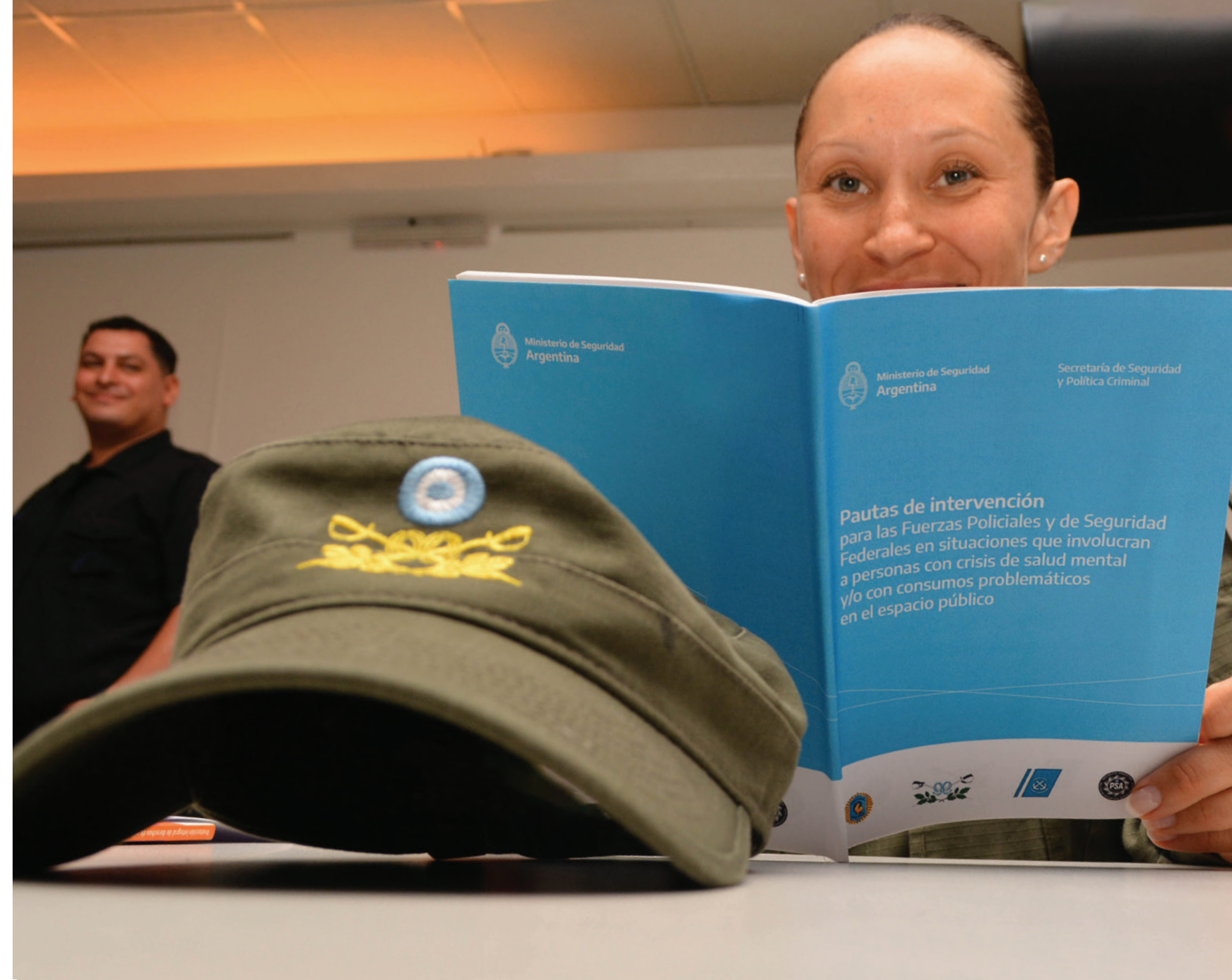
- Es necesario intervenir desde una posición de neutralidad respecto de las propias ideas sobre las adicciones y la salud mental, los prejuicios y los sentimientos que la actitud de la persona afectada provoca a cada uno. Quien se encuentra atravesando una crisis puede manifestarse de manera violenta, amenazar o insultar. Es importante recordar que estas actitudes no forman parte de quién es la persona, sino que son manifestaciones de un estado de suma vulnerabilidad que le impide interactuar correctamente con quienes la rodean. Tener en cuenta que esto va a definir la manera en que se usen las herramientas para intervenir.

- Muchas veces quien está en situación de crisis, sea causada por el uso de sustancias psicoactivas o no, tiene una edad similar a la de los/as funcionarios/as que intervienen. Es importante recordar que el rol y la responsabilidad de quien está en situación de crisis o de

consumo y la del funcionario policial son diferentes. Si se puede pensar esto, se va a poder intervenir desde un esquema de cuidado y protección de los derechos de la ciudadanía. Caso contrario, se correrá el riesgo de que la intervención se limite al uso de la fuerza con el afán de “corregir” o castigar esa conducta.

- Es preciso recordar que entre el/la funcionario/a y la ciudadanía hay una diferencia sustancial de roles y responsabilidades. Es por ello que corresponde al personal de seguridad mantener y respetar los límites en la intervención. Existe una asimetría en el modo de actuar del funcionario policial ante el ciudadano/a, y esto implica revalorizar el lugar del personal de seguridad al comprender que los agentes policiales deben ser los primeros en mostrar que saben respetar los límites.

La finalidad de la actuación policial es preservar la seguridad de las personas y facilitar las condiciones para el acceso de los servicios de salud y sociales.



Orientaciones para la enseñanza

Salud mental y consumos problemáticos



Notas para el docente

Las actividades tienen como propósito abordar herramientas conceptuales para comprender la complejidad de las personas en situación de crisis de salud mental y/o consumos problemáticos. Para esto, se proponen instancias de intercambio que permitan revisar prejuicios y valoraciones negativas, y contraponer miradas y enfoques de abordajes integrales tendientes a garantizar una intervención respetuosa de los derechos humanos.

Conocer y comprender cómo las personas transitan y viven estas situaciones de crisis ayuda a revisar prejuicios, a entender su vulnerabilidad y las consecuencias negativas o crónicas en la salud psicofísica de quienes padecen crisis de salud mental y/o consumos problemáticos.

Todo esto les permitirá indagar los saberes previos de cada cursante, recuperar creencias y representaciones sociales que en las próximas actividades ayudarán a revisar criterios de actuación del personal de seguridad como primer interventor.

Por último, estas actividades tienen la intención de fomentar el diálogo sobre qué es la salud, qué es la salud mental, cuáles son los problemas más frecuentes y cómo afectan la vida de una persona.



Se espera que, al realizar las actividades, los/as participantes logren:

- comprender las necesidades y las condiciones de quienes atraviesan situaciones de crisis en salud mental y los distintos tipos de alteraciones de las funciones que pueden manifestar;
- reconocer la importancia de intervenir adecuadamente con las personas con crisis de salud mental y/o en situaciones de consumo problemático desde una perspectiva respetuosa de los derechos humanos.

NOTAS

[illegible]

Actividad

Construyendo una definición de salud mental

Esta actividad tiene la intención de fomentar el diálogo sobre qué es la salud y, específicamente, qué es la salud mental, retomando los saberes previos y las definiciones que establece la ley actual. La primera parte busca indagar saberes previos para contraponerlos, en una segunda instancia, con definiciones de organismos internacionales.

Consignas de trabajo

1 • Primer momento

El/la docente, junto con el grupo, realizan una nube de palabras digital o lluvia de ideas a partir de las siguientes preguntas disparadoras:

¿Qué es la salud?

¿Qué es la salud mental?

¿Cómo afecta la vida de las personas?

¿Qué es la buena salud?

¿Los problemas de salud mental son irreversibles?

¿Qué es una crisis de salud mental?



Sugerencias de aplicaciones para realizar esta actividad:

- www.mentimeter.com
- www.wordart.com
- www.nubedepalabras.es



2 • Segundo momento

■ A partir de lo conversado, de manera individual, redactar una definición de salud mental.

■ Luego, compartir la definición con dos integrantes del curso e identificar similitudes y diferencias en las definiciones.

3 • Tercer momento

En grupo, comparar las definiciones escritas con la definición de la **Organización Mundial de la Salud (OMS)** y de la Ley 26.657, y responder las siguientes preguntas:

¿Qué diferencias se encuentran entre ambas definiciones? ¿Qué nueva perspectiva agrega la OMS; y la Ley 26.657? Señalar dos nuevos aportes que se no conocían al respecto.

La **OMS** define la salud mental como “un estado de bienestar en el cual cada individuo desarrolla su potencial, puede afrontar las tensiones de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera, y puede aportar algo a su comunidad”.

La **Ley 26.657**, en el artículo 3, establece que “se reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, 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”.



Actividad

Creencias sobre las personas que padecen problemas de salud mental

Esta actividad tiene la intención de proponer un diálogo sobre cómo los problemas de salud mental pueden afectar la vida de una persona. Recuperar creencias y saberes previos será el primer paso para definir los criterios de intervención del personal policial como primera línea de respuesta. A través de la visualización del cortometraje y las preguntas, se espera que las/os participantes puedan reflexionar sobre los preconceptos de los protagonistas y revisen creencias propias.

Consignas de trabajo

1

Primer momento

Visualizar el cortometraje *Votamos* y registrar las posiciones y argumentos de cada personaje.



2

Segundo momento

En pequeños grupos, responder las siguientes preguntas:

1. ¿Qué valoraciones realizan los propietarios del edificio sobre Joaquín?
2. ¿En qué personajes está vigente el concepto de peligrosidad? Ejemplificar con fragmentos del video.
3. ¿En algún momento hay iniciativas que podrían hacer efectiva la garantía de derechos con relación a la salud mental y/o los consumos problemáticos?
4. ¿Cómo responde el dueño del departamento en cuestión? ¿Qué respuesta se adecúa al paradigma que sostiene la Ley 26.657/10 de Salud Mental?
5. ¿Piensan que el testimonio de Nuria puede ayudar a modificar las creencias que tiene el resto de los propietarios sobre las personas con problemas de salud mental? ¿Por qué?

3

Tercer momento

Poner a disposición un menti o afiches que permitan compartir las reflexiones individuales.

1. Compartir dos creencias que cada uno tenía y que considera necesario revisar.



Actividad Testimonio

Esta actividad tiene la intención de propiciar el diálogo sobre situaciones de consumo problemático desde la centralidad de las personas, y de recuperar creencias y prejuicios sobre el consumo, sobre quiénes consumen y sobre cómo transitan la situación.

A través del testimonio, se espera que el/la docente pueda generar un intercambio, especialmente sobre:

- a) las diferencias entre uso, abuso y consumo, y
- b) sobre el contexto, las sustancias y los procesos subjetivos.

Consignas de trabajo

1 • Primer momento

Visualizar el reportaje a la actriz Andrea Rincón, realizado por Gastón Pauls, en el programa *Seres libres*, donde brinda un testimonio sobre su historia de vida.



2 • Segundo momento

Luego, en pequeños grupos, responder las siguientes preguntas:

- 1. ¿Cómo se define el consumo en el video?
- 2. ¿Cómo se relacionan las situaciones con el contexto de vida y la persona?
- 3. ¿Considera que el testimonio muestra una situación de fragilidad o de riesgo?

3 • Tercer momento

Realizar una puesta en común de las respuestas en forma de plenario.





2. Normativa

2.1.

Cambios en la normativa

¿Qué modificaciones se han realizado en las leyes relativas al campo de la salud mental y/o consumos problemáticos?

¿Qué derechos y garantías quedaron plasmados en la nueva normativa?

¿Cuáles son los nuevos conceptos a los que adhieren las leyes vigentes?

Las “Pautas de intervención para las Fuerzas Policiales y de Seguridad Federales en situaciones que involucren a personas con crisis de salud mental y/o con consumos problemáticos en el espacio público” han sido elaboradas tomando en consideración las modificaciones que la Ley Nacional 26.657, de Protección de la Salud Mental (2010), introdujo respecto del modo de entender las responsabilidades del Estado con relación a las personas afectadas en este campo. Asimismo, al entender las adicciones como una forma más de expresión de la afectación de la salud mental, la perspectiva supera la visión restringida al campo penal o a las acciones educativas previstas en la Ley de Estupeficientes 23.737 del año 1989.

Estas pautas modifican a las “Pautas para la Intervención de los Cuerpos Policiales y Fuerzas de Seguridad con el objeto de preservar la seguridad en situaciones que involucren a personas con presunto padecimiento mental o en situación de consumo problemático de sustancias en riesgo inminente para sí o para terceros” que se encuentran en el Anexo I de la Resolución 506/13.



2.2.

Ley Nacional 26.657 de Protección de la Salud Mental y Decreto Reglamentario 603/13

A partir de la sanción de la Ley Nacional 26.657⁴ de Salud Mental en el año 2010 y su reglamentación en 2013, el Estado argentino reconoce el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental. Es a partir de esta ley que se introducen las adicciones “como parte integrante de las políticas de salud mental”. (Ley Nacional de Salud Mental 26.657, art. 4). Esto significa que toda persona que atraviese un consumo problemático de drogas, tanto legales como ilegales, tiene todos los derechos y garantías para acceder a los servicios de salud que se mencionan posteriormente en la ley.

Esta definición resulta significativa, ya que engloba las adicciones dentro de los padecimientos que toma la ley como requirentes de los servicios de salud:

Entiéndase por “servicios de salud”, en un sentido no restrictivo, a toda propuesta o alternativa de abordaje tendiente a la promoción de la salud mental, pre-

4. El texto completo de la norma puede encontrarse en el siguiente link: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26657-175977/texto>

vención del padecimiento, intervención temprana, tratamiento, rehabilitación y/o inclusión social, reducción de daños evitables o cualquier otro objetivo de apoyo o acompañamiento que se desarrolle en los ámbitos públicos o privados. (Decreto 603/13. Reglamentación de la Ley Nacional de Salud Mental, art. 4)

Otra noción de gran importancia que modifica la comprensión de los derechos de las personas con padecimientos mentales es la definición de riesgo cierto e inminente:

Entiéndase por riesgo cierto e inminente a aquella contingencia o proximidad de un daño que ya es conocido como verdadero, seguro e indubitable que amenace o cause perjuicio a la vida o integridad física de la persona o de terceros. (Decreto Reglamentario 603/13, art. 20)

En el mismo artículo se indica lo siguiente:

Las fuerzas de seguridad que tomasen contacto con una situación de riesgo

cierto e inminente para la persona o para terceros por presunto padecimiento mental deberán intervenir procurando evitar daños, dando parte inmediatamente y colaborando con el sistema de emergencias sanitarias que corresponda. La autoridad de aplicación en conjunto con el Ministerio de Seguridad elaborará protocolos de intervención y capacitación sobre la base del criterio de evitar todo tipo de daños para sí o para terceros. (Decreto Reglamentario 603/13, art. 20).

A continuación, se presenta el siguiente código QR con el que se puede acceder al texto completo de la norma:



Ley de Estupefacientes 23.737

La actual Ley 23.737,⁵ del año 1989, sustituyó a la Ley 20.771 del año 1974. Este proceso se dio en el marco de los compromisos asumidos en la Convención de las Naciones Unidas Contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas, firmada en la ciudad de Viena en el año 1988. En esa convención, los Estados firmantes se comprometieron a establecer como delito la posesión, la compra o el cultivo de drogas controladas para el consumo personal, bajo reserva de la no afectación de principios constitucionales y de los conceptos básicos de sus sistemas legales.

En ese orden de ideas, la mencionada ley ha establecido que la salud pública es el bien jurídico de carácter colectivo que debe ser tutelado, conforme el marco normativo que reza en los principios constitucionales referidos en el Preámbulo de nuestra Constitución Nacional.

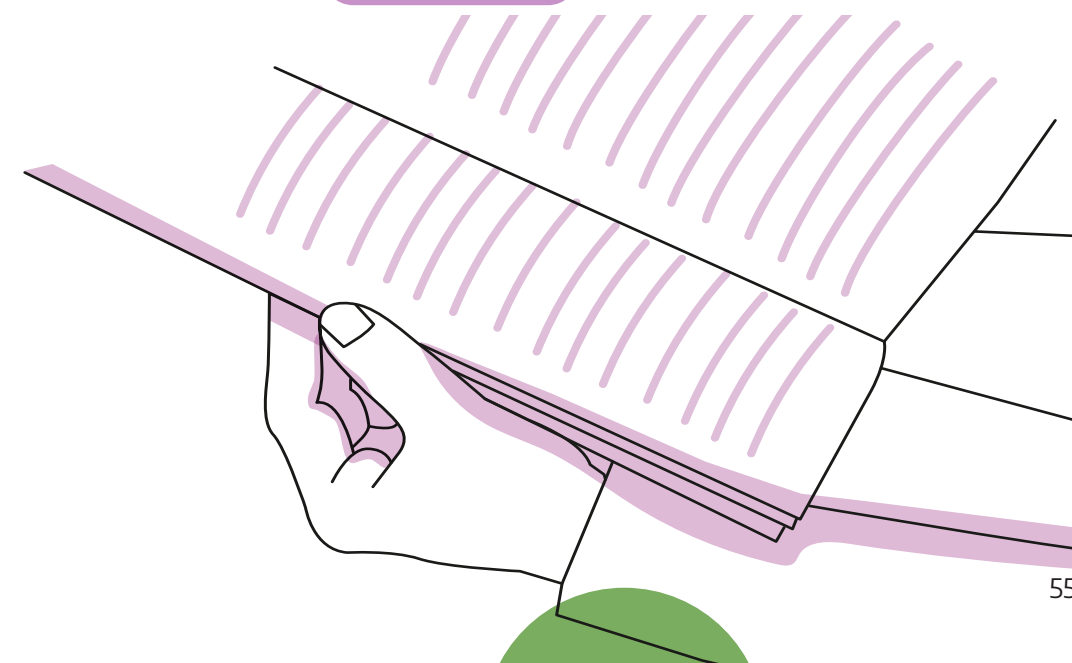
Cabe señalar que, entre los títulos I a XIII del Código Penal Argentino, se establecen los bienes jurídicos

5. El texto completo de la norma puede encontrarse en el siguiente link:
<https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-23737-138/actualizacion>

protegidos y que se encuentran dentro del Título VII del libro Segundo: los “delitos contra la seguridad pública” y “delitos contra la salud pública” (Capítulo IV). En los artículos 16, 17, 18, 19, 20, 21 y 22 de esta ley, se realiza una distinción para quien “acreditase que la tenencia es para uso personal, (...) y que el mismo dependa física o psíquicamente de estupefacientes” (art. 17), lo cual, en estos casos, permite al juez “dejar en suspenso la aplicación de la pena y someterlo a una medida de seguridad curativa por

el tiempo necesario para su desintoxicación y rehabilitación” (art. 17).

A continuación, se presenta el siguiente código QR con el que se puede acceder al texto completo de la norma:



Resolución Nacional 506/13. Ministerio de Seguridad

La Resolución 506/13⁶ establecía las pautas de actuación para personal de las fuerzas ante situaciones que involucren personas con padecimiento mental o presunto consumo problemático. El protocolo se centraba en tres ejes principales, que eran:

1. la determinación del nivel de riesgo;

2. la contención inicial de la situación;

3. las estrategias de intervención.

Se agregaba además un apartado para casos especiales en el que se indicaban pautas de intervención con:

- niños, niñas y adolescentes;
- personas sordas o hipoacúsicas

Esta Resolución fue derogada en el año 2022 y reemplazada por la Resolución 843/2022.

6. El texto completo de la norma puede encontrarse en el siguiente link:
<https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resoluci%C3%B3n-506-2013-216049/texto>

A continuación, se presenta el siguiente código QR con el que se puede acceder al texto completo de la norma:



En el siguiente capítulo se hará una introducción general de las nuevas “Pautas de intervención para las Fuerzas Policiales y de Seguridad Federales en situaciones que involucren a personas con crisis de salud mental y/o con consumos problemáticos en el espacio público”, que modifican a las previamente mencionadas, (Resolución 843/2022).



- Fecha de ingreso
- Hora de ingreso
- Lugar de ingreso
- Localidad
- Municipio
- Provincia

- Fecha de finalización de la actuación policial
- Hora de finalización de la actuación policial
- Destino y finalización del procedimiento

- Familiar o adulto/a referente con quien se retira
- Autoridad administrativa encargada de la protección de NNyA interviniente o dispositivo encargado del alojamiento. Establecimiento perteneciente al Sistema de Protección y Promoción de Derechos jurisdiccional que corresponda
- Derivación del procedimiento a la autoridad de seguridad jurisdiccional
- Observaciones

Datos sobre la persona:

- Fecha de inicio de aprehensión
- Hora de inicio de aprehensión
- Fecha de finalización de aprehensión
- Hora de finalización de aprehensión
- Localidad de aprehensión
- Municipio de aprehensión

Orientaciones para la enseñanza

Marco normativo



Notas para el docente

Las actividades tienen como objetivo que los/as cursantes revisen los artículos más relevantes de la Ley de Salud Mental y la Ley de Estupefacentes. Esta normativa presenta conceptos centrales que fundamentan las pautas de intervención del funcionario/a policial ante situaciones de crisis de salud de salud mental y/o consumos problemáticos. Conocer el marco normativo nacional y conceptual que da sustento a las pautas de intervención ayuda a comprender el sentido de la tarea y a garantizar una actuación respetuosa de los derechos humanos.

Para realizar las actividades que se proponen aquí es necesario que los/as participantes lean y tengan disponibles la Ley 26.657 de Derecho a la Protección de la Salud Mental, especialmente los capítulos I, II, III, IV y V, la Ley de Estupefacientes, (Artículos 16, 17, 18, 19, 20, 21 y 22 especialmente) y las “Pautas de intervención para las Fuerzas Policiales y de Seguridad Federales en situaciones que involucran a personas con crisis de salud mental y/o consumos problemáticos en el espacio público.” (Resolución 843/22)



Se espera que, al realizar las actividades, los/as participantes logren:

- ➔ conocer el marco normativo que da lugar a las pautas para atender situaciones vinculadas a las crisis de salud mental y/o consumos problemáticos;
- ➔ comprender el rol policial como primer interviniente y la necesidad de actuar desde un esquema de cuidado y protección de los derechos de la ciudadanía.

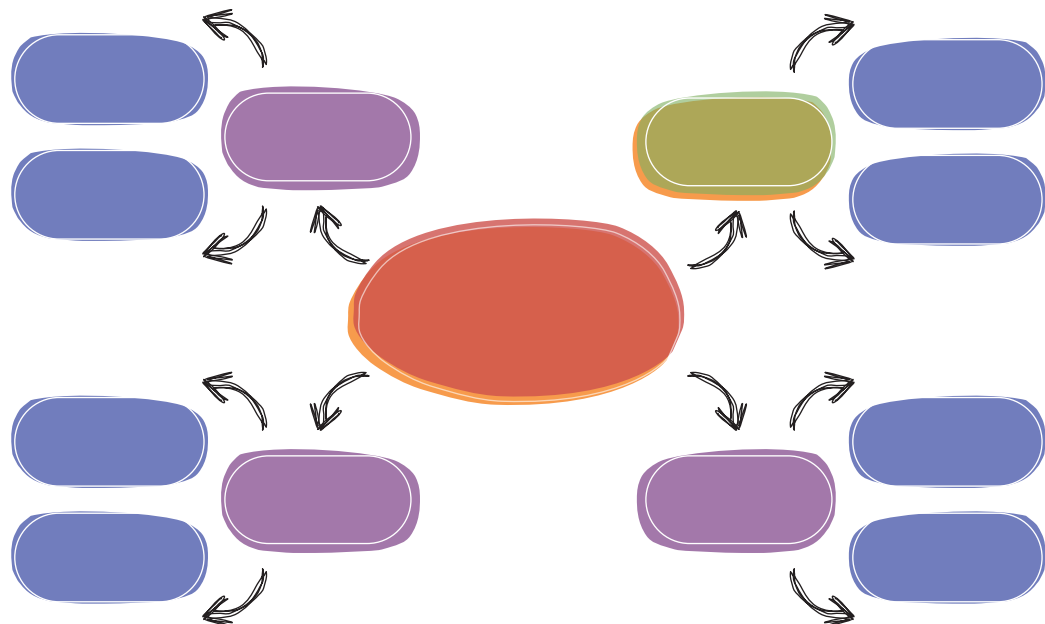
NOTAS

[illegible]

Actividad

Diseñar un mapa conceptual

A partir de las tarjetas entregadas, realizar un mapa mental (en un afiche o en una aplicación digital) que permita identificar los aportes más importantes de la Ley de Salud Mental y la Ley de Estupeficientes (art. 14, 15 y 16), y relacionar dicho mapa con las estrategias de intervención definidas en las “Pautas de intervención para las Fuerzas Policiales y de Seguridad Federales en situaciones que involucran a personas con crisis de salud mental y/o consumos problemáticos en el espacio público”. Se espera que los/as participantes previamente lean las normas y las tengan a disposición.



Consignas de trabajo

1

Primer momento

En pequeños grupos tomar las tarjetas entregadas y diseñar un mapa conceptual que muestre las relaciones entre las normativas estudiadas y el protocolo. Se pueden sumar conceptos, imágenes y organizar el esquema con flechas y los colores que consideren necesarios. ¡No olvidar jerarquizar conceptos centrales con colores y/o si es necesario, modificar la forma del mapa conceptual de la pág. 60!

Consumos problemáticos	Garantía de derechos	Salud mental	Crisis	Persona
Atención médica	Primer interventor	Derechos	Función policial	Rol
Uso personal	Tratamiento médico	Principiante o dependiente de sustancias	Equipos interdisciplinarios	Bienestar
Usuario	Delincuente	Principiante o experimentador	Tipos de sustancias psicoactivas	Manifestaciones observables
Cuidado	Protección	Límites de la intervención	Niños, niñas y adolescentes	Nivel de riesgo
Contención inicial	Estrategias de intervención	Personas sordas o hipoacúsicas	Evaluar la escena	Protección
Riesgo	Responsabilidad	Límites	Riesgo clínico	Riesgo interpersonal



2

Segundo momento

Una vez que los grupos hayan finalizado con la elaboración del mapa conceptual, se propone una ronda de socialización para identificar aspectos comunes y diferencias en el análisis de las normas. Además pueden contar las ideas más importantes que hayan surgido en el proceso de diseño del mapa conceptual.

3

Tercer momento

De manera individual, escribir tres nuevas ideas y/o estrategias que hayan surgido de esta actividad. Luego, entregar al docente y/o compartir en plenario.



Actividad

Ordenando los decálogos

Los enunciados de los decálogos correctos e incorrectos permiten realizar una **revisión** y una **integración** de los conceptos centrales trabajados, o bien, un **repaso** de los saberes previos de los/as alumnos/as en relación con el marco conceptual y normativo que da lugar a las pautas de actuación en situaciones de crisis de salud mental y/o consumos problemáticos.

Consignas de trabajo

1

Primer momento

¡Se mezclaron los enunciados de dos decálogos! En el listado de las páginas que están a continuación encontrará oraciones que refieren a un decálogo de frases correctas y a otro de frases incorrectas, sobre el marco conceptual y el normativo desarrollados en este manual. **Ordenar en dos columnas.**



Frases a ordenar según cada decálogo:

- Si se trata de un usuario principiante, puede sustituirse la pena por una medida de seguridad educativa.
- Si tiene droga, es delincuente.
- Si se trata de un usuario experimentador, va preso por portación.
- La persona que amenaza verbalmente a los vecinos implica mayor riesgo interpersonal.
- Los consumos problemáticos no están incluidos en la Ley de Salud Mental.
- La persona que realiza un intento de autolesión implica un riesgo interpersonal.
- La persona inconsciente implica un mayor riesgo clínico.
- La persona afectada puede participar en la toma de decisiones relacionadas con su atención y su tratamiento dentro de sus posibilidades.
- Algunas crisis no implican conductas violentas.
- Evitar expresiones ofensivas desde el plano personal y los chistes.
- Ostentar el arma.



- Se recomienda extender la distancia a dos brazos.
- La inmovilización de las personas alteradas en posición prona (boca abajo) incrementa el riesgo de asfixia y de muerte.
- La metodología de reducción e inmovilización preventiva variará según se cuente con la presencia de personal médico en la escena o no.
- El uso de las estrategias verbales tranquilizadoras debe continuar durante la contención física a fin de reducir la agitación de la persona afectada y la violencia de la situación.
- Se reconoce solo a las personas con consumos problemáticos de sustancias legales como sujetos plenos de derecho.
- La persona afectada puede participar en la toma de decisiones relacionadas solo con su atención.
- Todas las crisis implican conductas violentas y erráticas.
- La inmovilización preventiva se realiza ante la presencia de personal médico.
- Dar consejos para evitar el consumo.

DECÁLOGO CON FRASES CORRECTAS

1. Si se trata de un usuario principiante, puede sustituirse la pena por una medida de seguridad educativa.
2. La persona inconsciente implica un mayor riesgo clínico.
3. La persona que amenaza verbalmente a los vecinos implica un mayor riesgo interpersonal.
4. La persona afectada puede participar en la toma de decisiones relacionadas con su atención y su tratamiento dentro de sus posibilidades.
5. Algunas crisis no implican conductas violentas.
6. Evitar expresiones ofensivas desde el plano personal y los chistes.
7. Se recomienda extender la distancia a dos brazos.
8. La inmovilización de las personas alteradas en posición prona (boca abajo) incrementa el riesgo de asfixia y de muerte.
9. La metodología de reducción e inmovilización preventiva variará según se cuente con la presencia de personal médico en la escena o no.
10. El uso de las estrategias verbales tranquilizadoras debe continuar durante la contención física a fin de reducir la agitación de la persona afectada y la violencia de la situación.



DECÁLOGO CON FRASES INCORRECTAS

1. Si tiene droga, es delincuente.
2. Si se trata de un usuario experimentador, va preso por portación.
3. Los consumos problemáticos no están incluidos en la Ley de Salud Mental.
4. La persona que realiza un intento de autolesión implica un riesgo interpersonal.
5. Ostentar el arma.
6. Se reconoce solo a las personas con consumos problemáticos de sustancias legales como sujetos plenos de derecho.
7. La persona afectada puede participar en la toma de decisiones relacionadas solo con su atención.
8. Todas las crisis implican conductas violentas y erráticas.
9. La inmovilización preventiva se realiza ante la presencia de personal médico.
10. Dar consejos para evitar el consumo.



2 Segundo momento

Cada grupo comparte los dos decálogos elaborados. A su vez, se propone que piensen nuevas frases correctas o incorrectas para reemplazar en alguno de los dos.

3 • **Tercer momento**

De manera individual, elaborar su propio decálogo de intervención con enunciados correctos para socializar con colegas. Reemplazar al menos tres enunciados. ¡No se olviden de ponerle un título al decálogo!



NOTAS

[illegible]



3. Pautas de intervención policial

Introducción

¿Cuáles son los lineamientos para lograr intervenciones eficaces y respetuosas de los derechos humanos por parte de las fuerzas federales?

A partir de la sanción de la Ley Nacional 26.657, de Salud Mental, el Estado argentino reconoce el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental. Cabe aclarar que aquí se reconoce a las personas con consumos problemáticos de sustancias (legales o ilegales) como sujetos plenos de derecho para recibir las prestaciones sanitarias como cualquier otra forma de padecimiento mental.

Las Fuerzas Policiales y de Seguridad Federales tienen la obligación de intervenir ante casos de crisis de salud mental que implican un riesgo tanto para la integridad de la persona afectada o de terceros, como así también ante situaciones de consumo de sustancias psicoactivas que se producen en el espacio público (estas últimas no representan necesariamente una crisis en los usuarios).

En este sentido, resulta fundamental establecer lineamientos claros para lograr intervenciones efi-



caces y respetuosas de los derechos humanos por parte de las fuerzas federales. Es por ello que presentamos las **“Pautas de intervención para las Fuerzas Policiales y de Seguridad Federales en situaciones que involucran a personas con crisis de salud mental y/o con consumos problemáticos en el espacio público”**, cuya aplicación es obligatoria para todo el personal de las Fuerzas Policiales y de Seguridad Federales en este tipo de situaciones.

Es importante tener en cuenta que, **en todos los casos, el objetivo final de la intervención policial será reducir los riesgos y, en caso de ser necesario, desescalar los niveles de tensión hasta la llegada de los servicios de salud, preservar la seguridad, tanto de las personas involucradas como de los efectivos en la escena y facilitar las condiciones para el acceso a los servicios de salud y sociales.**

Las Fuerzas Policiales y de Seguridad Federales tienen el deber de dar intervención inmediata a los organismos con competencia primaria en materia de salud mental y de trabajar articuladamente con las agencias de salud estatales que correspondan a la jurisdicción en la que se encuentre.

Cabe señalar que las personas que se encuentran transitando una crisis de salud mental son comprendidas **como sujetos de derecho, titulares de todos los derechos reconocidos en la Ley Nacional 26.657** y, en consecuencia, las pautas aquí presentadas resultan complementarias a la normativa vigente en materia de salud mental. Es por esta complementariedad que en todas las actuaciones policiales deben respetarse todos los **derechos** conferidos por los instrumentos jurídicos antes mencionados, especialmente:



Las personas con crisis de salud mental tienen derecho a:

a) no ser identificadas ni discriminadas por un padecimiento mental actual o pasado;

b) poder participar en la toma de decisiones relacionadas con su atención y su tratamiento, dentro de sus posibilidades.

Como mencionamos previamente, las personas con crisis de salud mental son sujetos de derecho y deben ser tratadas dignamente, con pleno respeto de su integridad física y emocional, y de sus elecciones o grupos de pertenencia, evitando todas aquellas situaciones o intervenciones que puedan incurrir en una acción de discriminación, ya sea por motivos de género y diversidad, creencias religiosas, condición social, vestimenta u otras razones que atenten contra la libre elección de las personas.

Se debe garantizar, asimismo, el reconocimiento y el respeto a la identidad, las tradiciones y costumbres, las lenguas y la diversidad de las expresiones culturales, como así también la identidad de género autopercebida, la orientación sexual o expresión de género, de acuerdo a lo establecido en la Ley 26.743. En estos casos, el personal de las Fuerzas Policiales y de Seguridad Federales deberá adecuarse a lo establecido en las “Pautas para la Intervención de las Fuerzas Policiales y de Seguridad con Personas Trans”, aprobadas por Resolución 1181/2011, del Ministerio de Seguridad, y su modificatoria: Resolución 37/2020. Anexo II. “Directivas

para el Trato de Personas Ajenas a las Fuerzas Policiales y de Seguridad”.

En aquellos casos en que la persona afectada sea un presunto infractor de la ley penal, será prioridad la salvaguarda del estado de salud del individuo, independientemente de la intervención que se dará a la justicia.

La actuación policial siempre deberá priorizar la seguridad de todos/as los/as involucrados/as y garantizar el acceso de la persona afectada a los servicios de salud. Si bien las infracciones más frecuentes en estas situaciones son aquellas relacionadas con la Ley de Estupefacientes, es necesario considerar que pueden suscitarse otro tipo de infracciones a la ley penal.

Es menester recordar, en todos los casos, que el accionar de las Fuerzas Policiales y de Seguridad Federales se realizará en el marco de los estándares y principios internacionales sobre el **Uso Racional de la Fuerza**: legalidad, oportunidad, proporciona-

lidad, gradualidad, moderación y responsabilidad, y se deberá actuar conforme a las pautas generales de actuación elaboradas en el “Programa sobre Uso de la Fuerza y Empleo de Armas de Fuego”. (Resolución 377/2020, del Ministerio de Seguridad).

En ese marco, en los procedimientos, ya sean acciones de presencia policial, persuasión o, si fuera necesario, la implementación de técnicas de control físico para la neutralización, **la comunicación deberá ser clara y respetuosa. La fuerza física se utilizará solo cuando otros medios legítimos para alcanzar el objetivo –como la presencia disuasiva, la comunicación verbal, entre otros– resulten ineficaces y el uso de la fuerza no aca-ree consecuencias más lesivas que aquellas que se producirían en caso de no recurrir a ella.**

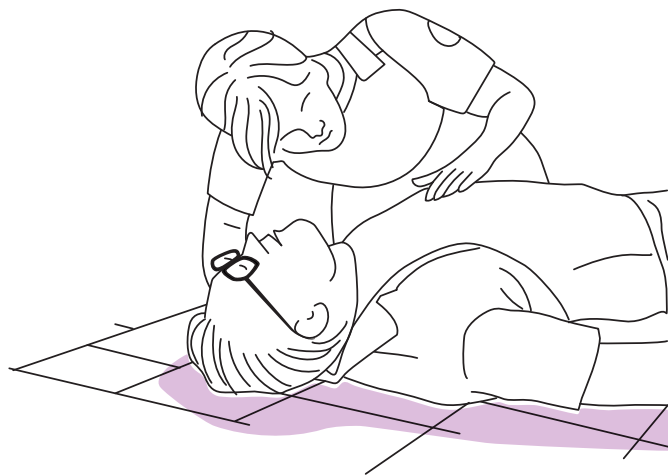
Formas frecuentes de presentación de las crisis de salud mental

Si bien en las intervenciones se hará hincapié en las manifestaciones observables de las crisis y no en sus posibles causas o desencadenantes (consumo de sustancias, abstinencia, episodios psicóticos agudos, traumatismos, etc.), **es importante recoger información sobre lo que originó la situación para poder informar al personal de salud al momento de su llegada, como así también para tomar decisiones operativas tales como incluir o excluir la comunicación con familiares, personas allegadas, etc.**

A los fines de brindar un esquema básico de las escenas sobre las que eventualmente se deberá intervenir, se presentan a continuación las cuatro formas observables de crisis de salud mental más frecuentes:

1. Pérdida o disminución significativa de conciencia

Estos cuadros se caracterizan por un marcado descenso en la capacidad normal de respuesta a los estímulos del entorno. **Se trata de emergencias clínicas que requieren de la rápida intervención médica** a fin de preservar la vida de los individuos afectados.



2. Cuadros de confusión o desorientación

Existen ocasiones en las que las personas actúan de manera extraña y, al comunicarse, expresan ideas incoherentes. Tales alteraciones severas del pensamiento pueden llevar al individuo a comportarse en modo perturbado o desorganizado, a sentir un malestar emocional considerable e incluso a ponerse en peligro a sí mismo/a y a los demás. **Los riesgos asociados al síndrome confusional agudo –además de la agresividad y la conducta errática– son la incapacidad para cuidar de sí mismo, la escasa percepción de las amenazas presentes en el entorno y la posibilidad de autolesionarse.**



3. Agitación psicomotriz

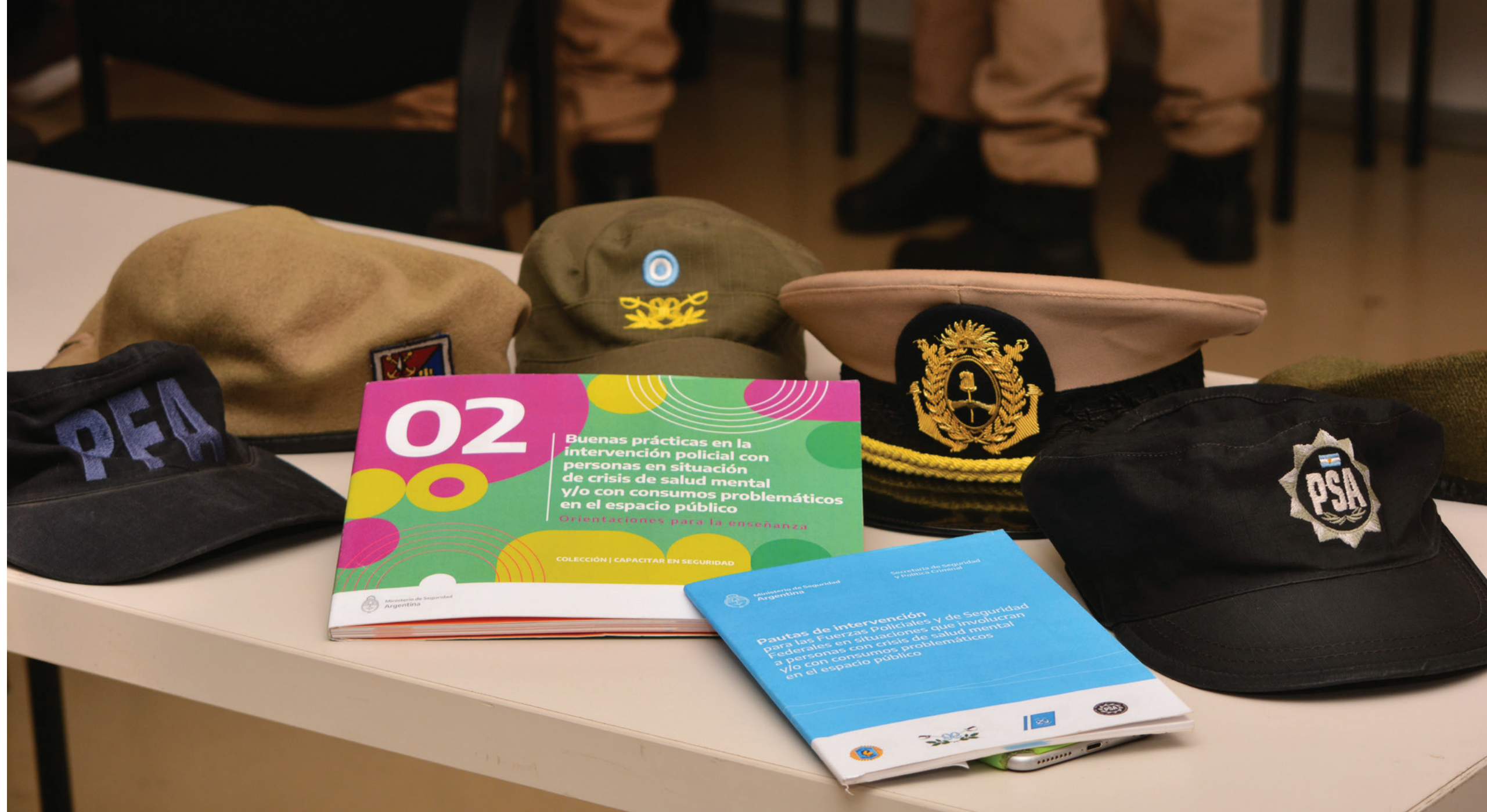
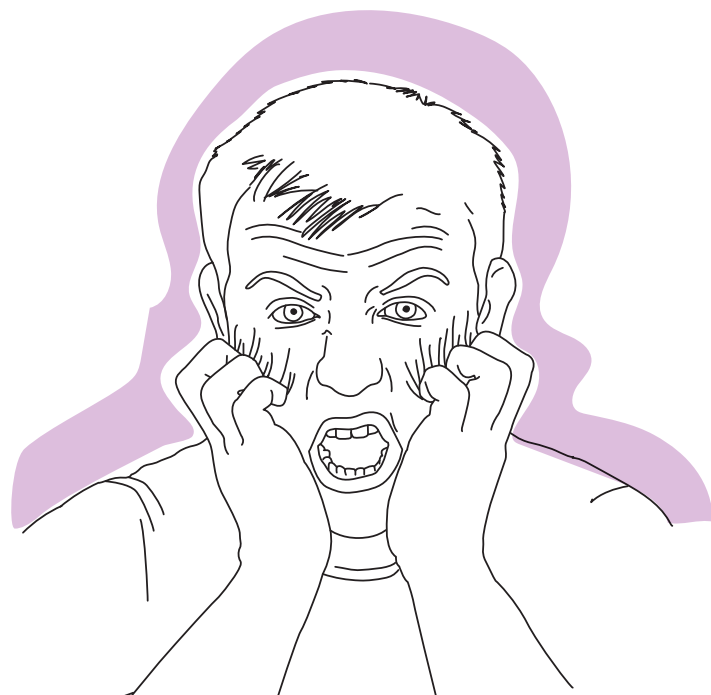
Los individuos en situación de agitación presentan un nivel de movimiento notablemente incrementado que no posee un propósito o una intencionalidad definida. Algunos comportamientos característicos son la incapacidad para mantenerse quieto, frotarse y retorcerse. La agitación está asociada a la excitación física y emocional, y suele ser considerada como la expresión visible de un estado interno de tensión o perturbación mental.

Los sujetos en este estado pueden mostrarse resistentes a la interacción, presentar comportamientos que dan cuenta de una notable confusión y manifestar inquietudes intensas sobre aspectos irrelevantes para su interlocutor.



4. Conductas de autoagresión

Las conductas de autoagresión presentan una escala de creciente gravedad, que oscila entre la ideación (deseos de muerte, ideas suicidas, etc.) y los comportamientos de riesgo (amenazas, gestos, tentativas y suicidio consumado). Los comportamientos autolesivos adquieren niveles de gravedad progresiva y pueden llegar a comprometer seriamente la salud y la integridad de los individuos afectados.



Esquema general de intervenciones

Las intervenciones de las Fuerzas Policiales y de Seguridad Federales con personas en situación de crisis de salud mental buscarán garantizar su integridad hasta el arribo de los profesionales con competencia primaria en materia de salud mental, y se realizarán mediante el siguiente esquema de procedimiento:

1. Primer contacto y determinación de riesgos.

2. Establecimiento de las comunicaciones pertinentes y la espera de la llegada del equipo de salud con competencia primaria en materia de salud mental.

3. Mientras se aguarda la actuación de los servicios de salud, se deben desarrollar estrategias específicas de intervención según los siguientes niveles:

- a. Pérdida o disminución significativa de conciencia.**
- b. Crisis que no implican conductas violentas.**
- c. Crisis con indicios de escalada hacia conductas violentas.**

4. Finalización del procedimiento.

1. Primer contacto y determinación de riesgos

Consiste en la evaluación de las conductas y el riesgo de la seguridad e integridad de todas las personas involucradas en la escena.

En el contacto inicial, se recomienda considerar los conceptos desarrollados en los primeros niveles de la doctrina para el Uso Racional de la Fuerza: presencia policial, comunicación eficaz y primeras respuestas policiales.

El personal policial federal y de seguridad deberá procurar información sobre las posibles causas que llevaron a la situación de crisis (consumo de sustancias, conflictos interpersonales, etc.). En caso de contar con la presencia de personas allegadas, se les consultará sobre los probables factores precipitantes y antecedentes de hechos similares. Es importante atender al entorno de la persona (por ejemplo: familiares, referentes, etc.) y procurar su

colaboración, ya que puede servir tanto para obtener información valiosa como para facilitar la asistencia a la persona en situación de crisis. Si la persona afectada reacciona de manera adversa a la presencia de su entorno familiar o de allegados, se los deberá apartar para no incrementar la tensión.

Existen algunas **preguntas básicas** que permitirán identificar el **estado de conciencia** de quien está en crisis:

- Preguntar nombre y edad de la persona (ayuda a identificar el nivel de autoconciencia).
- Preguntar si sabe dónde se encuentra y hace cuánto tiempo está en el lugar (para identificar la conciencia de tiempo y espacio).
- Preguntar **cómo se siente** e indagar **si requiere ser asistida en alguna necesidad** (ayuda a identificar el nivel de autopercepción y a realizar una primera evaluación de las posibilidades comunicacionales).

Respecto de la **evaluación del entorno**, se recomienda lo siguiente:

- Evaluar la presencia de **objetos que puedan ser usados para producir lesiones** (objetos contundentes, cortopunzantes, etc).
- Evaluar **elementos contextuales que impliquen riesgos para la integridad** (proximidad al flujo de tránsito o, en caso de estar en espacios de altura, cercanía de ventanas o balcones).

- Establecer una **comunicación, en caso de ser posible, con referentes barriales** que puedan ser de ayuda para tratar con la persona afectada.

- Solicitar **dos testigos** que brinden información del hecho y luego remover del lugar a eventuales curiosos/as.



2. Establecimiento de comunicaciones pertinentes

En función de la evaluación resultante del primer contacto, de la determinación de los riesgos de salud y de la seguridad de los/as presentes en la situación, se llevará a cabo la secuencia de comunicaciones pertinentes.

Cuando las personas presenten cuadros de pérdida o disminución significativa de la conciencia, o bien crisis que no implican conductas violentas, se realizará la siguiente secuencia de comunicaciones:

- 1º Efectores del sistema de salud
- 2º Comando
- 3º Autoridades judiciales

Sí, en la evaluación resultante del primer contacto, se identifican **indicios de escalada hacia conductas violentas**, se deberá realizar un cambio en la

secuencia **y se dará prioridad al nivel de riesgo interpersonal:**

- 1º Comando
- 2º Efectores del sistema de salud
- 3º Autoridades judiciales

En intervenciones que involucren a niños, niñas y adolescentes, además de solicitar la presencia de los efectores de salud, se deberá dar intervención a los organismos de protección de derechos de niños, niñas y adolescentes.

La secuencia de comunicaciones se determina a partir de la evaluación resultante del primer contacto, los riesgos de salud y las condiciones de seguridad

3. Estrategias específicas de intervención según los siguientes niveles:

a) Pérdida o disminución significativa de la conciencia

En estos casos, lo prioritario es la rápida atención del personal de salud. Si los estados de desvanecimiento temporal se prolongan en el tiempo, ponen en riesgo la vida de la persona.

Mientras el personal policial aguarda la llegada de los servicios de salud, se recomienda lo siguiente:

▶ Evaluar los signos vitales de la persona (respiración, pulso, ritmo cardíaco, temperatura corporal).



Conforme lo establecido en el punto 2, las comunicaciones tendrán el siguiente orden:

- 1º Efectores del sistema de salud
- 2º Comando
- 3º Autoridades judiciales

✗ **NO** sacudir a la persona para que reaccione.



▶ En los casos en los que se compruebe fehacientemente que la pérdida o disminución de la conciencia es resultado de la intoxicación con sustancias psicoactivas, se deberá colocar a la persona de costado para evitar el riesgo de asfixia por aspiración de fluidos.



▶ En caso de surgir demora en el arribo por parte del personal de salud, se recomienda repetir la evaluación de signos vitales de manera recurrente.

▶ En épocas de bajas temperaturas, mantener a las personas abrigadas.



▶ En caso de ser requerido, acompañar al personal sanitario durante la asistencia. (Previo a todo traslado, se deberá realizar una inspección de seguridad sobre la persona afectada).

b) Crisis que no implican conductas violentas

En este escenario, la intervención está orientada a contener la situación y a evitar la escalada de tensión hacia conductas violentas.

Mientras el personal policial aguarda la llegada de los servicios de salud, se recomienda lo siguiente:

▶ Proveer un ambiente seguro y de contención hasta la llegada del personal de salud.



Conforme lo establecido en el punto 2, las comunicaciones tendrán el siguiente orden:

- 1° Efectores del sistema de salud
- 2° Comando
- 3° Autoridades judiciales

▶ Contener verbalmente a las personas afectadas, hablando de modo claro y explicando, con un lenguaje simple, las acciones que se llevarán a cabo.

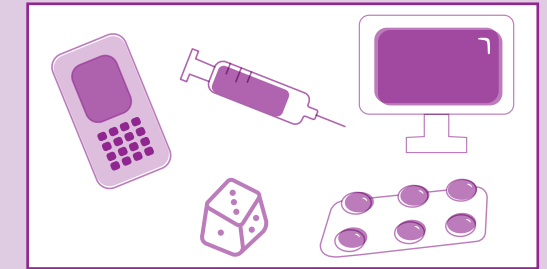


▶ Si se cuenta con la presencia de allegados, consultar sobre las posibles causas de la crisis (sustancias ingeridas y tiempo que pasó desde la ingesta, uso regular de medicación psiquiátrica, etc).

▶ En ambos escenarios, informar al equipo de salud sobre los datos recogidos.



▶ Si no hay terceros en la escena, observar los posibles indicadores de intoxicación.



▶ En caso de ser requerido, acompañar al personal sanitario durante la asistencia. (Previo a todo traslado, se deberá realizar una inspección de seguridad sobre la persona afectada a fin de descartar la presencia de elementos que pudieran ser empleados contra sí, contra la integridad del personal médico y del propio personal policial).

En los casos de crisis que no impliquen conductas violentas, el accionar policial se adecuará a los primeros niveles descritos en la doctrina para el **Uso Racional de la Fuerza: presencia policial y comunicación eficaz**.

Para una persona en situación de crisis de salud mental, la presencia de personal policial uniformado puede generar un aumento de ansiedad y derivar en el inicio o incremento de conductas agresivas. Es por ello que, para la implementación de estrategias verbales de contención, debe mantenerse una comunicación calma y segura, conservando una distancia física prudencial. Es importante expresar confianza, respeto y amabilidad hacia la persona afectada. Esto ayudará a inspirar seguridad.

A la hora de iniciar las **estrategias de contención verbal con una persona afectada**, se recomienda tener en cuenta las siguientes consideraciones:





SI

Respetar el espacio personal.

Actitud calma y tranquila.

Establecer la comunicación con la persona afectada de a un/a funcionario/a por vez.

Repetir la última frase escuchada para generar empatía con el/la receptor/a.

Comunicarse de manera clara y respetuosa.

Señales corporales de estar prestando atención: asentir con la cabeza.

Las personas que atraviesan situaciones de crisis de salud mental se encuentran en un estado de vulnerabilidad extrema. Durante el curso de estas crisis, se alteran las funciones cognitivas, afectivas y sensorio-perceptivas, lo que genera un registro de pérdida



NO

Ostentar el arma.

Hacer movimientos gestuales bruscos.

Hacer chistes o hablar de manera sarcástica.

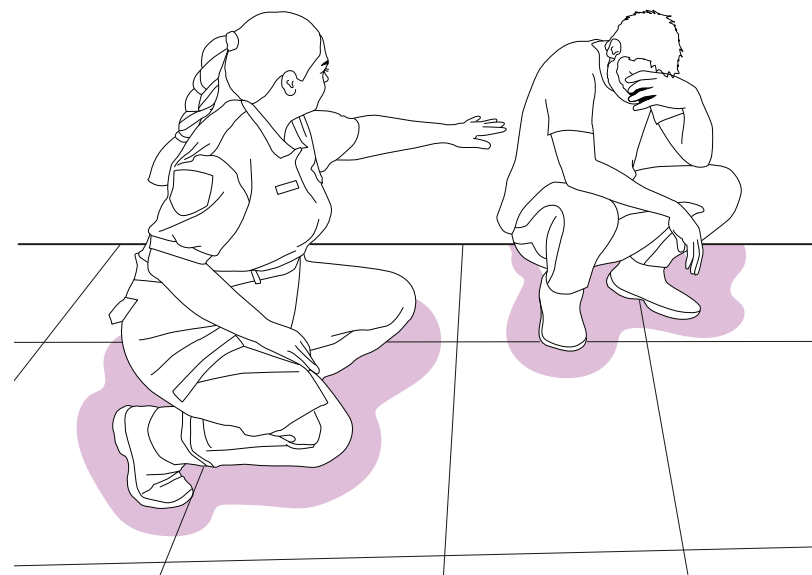
Dar consejos.

Reprochar al afectado/a por insultar, amenazar o gritar.

Tomar las expresiones ofensivas desde el plano personal.

de control sobre la propia conducta y la capacidad de relacionarse con el medio. Las intervenciones en estas situaciones representan un escenario difícil y complejo para la persona afectada, para sus allegados y para el personal de seguridad.

Quienes experimentan una crisis pueden manifestarse de manera desafiante, agresiva o insultante. Es habitual que estas conductas generen sentimientos de malestar, frustración y rechazo por parte de quien interviene brindando cuidados. En el contexto de la intervención, se debe evitar tomar las expresiones ofensivas desde el plano personal, entendiendo que tanto las ofensas como los agravios tienen como causa principal la crisis que atraviesa la persona.



Sobre las distancias y el espacio personal.⁷

Un punto clave para tomar en consideración es la delimitación de las distancias. La invasión de los límites personales puede provocar reacciones no deseadas, como malestar, descortesía o agresividad. Si, además, la persona se encuentra con sus facultades mentales comprometidas, la sensación de amenaza puede aparecer en distancias mayores que en individuos que no están alterados. Es por tal motivo que, en estos casos, se recomienda extender la distancia a dos brazos.

Sin perjuicio de ello, el respeto del espacio personal sirve para resguardar la propia seguridad del personal policial, quien debe expresar en todo momento, mediante técnicas verbales, la necesidad de mantener una distancia prudencial para preservar la integridad física de ambos.

7. Manual de capacitación policial en el uso racional de la fuerza (2015), punto 4. Manejo de las distancias, pp. 68-69.

C) Crisis con indicios de escalada hacia conductas violentas

En este escenario las personas suelen presentar un estado de agitación psicomotriz por el cual pueden moverse con exaltación nerviosa, ser incapaces de mantenerse sentadas, caminar velozmente o en círculos, frotarse las manos y la ropa, gritar, quejarse en voz alta e, incluso, realizar amenazas. Estas actitudes normalmente son acompañadas por ansiedad, irritabilidad y dificultad para reaccionar adecuadamente a estímulos externos.

Conforme lo establecido en el punto 2, las comunicaciones tendrán el siguiente orden:

1° Efectores del sistema de salud

2° Comando

3° Autoridades judiciales

Con el fin de evitar un escalamiento en los niveles de hostilidad, la intervención procurará el descenso gradual del estado de agitación. Para ello, se deberán atender a las siguientes pautas mientras se aguarda la llegada del equipo de salud:

▶ Evaluar el entorno a fin de detectar posibles situaciones que incrementen el riesgo de acciones violentas de la persona afectada contra sí, contra terceros y contra el mismo personal interviniente.

▶ En caso de ser requerido, acompañar al personal sanitario durante la asistencia. (Previo a todo traslado).

▶ Desarrollar las estrategias de contención verbal expresadas en el punto b.

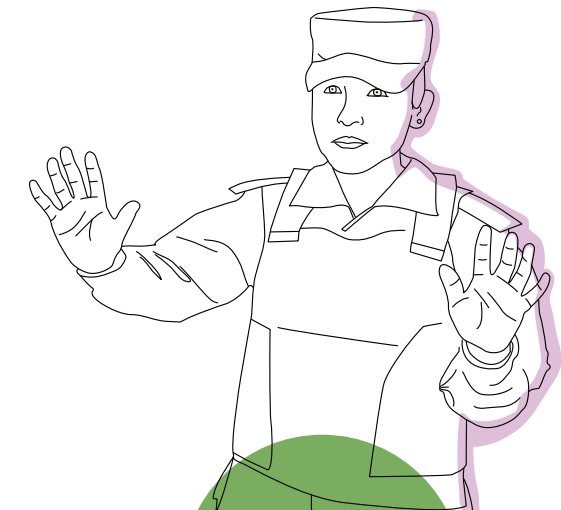
▶ Respetar el espacio personal del afectado/a, comunicarle con claridad las acciones que se llevarán a cabo y asegurar que permanezca en el lugar.

▶ Si no hay terceros en la escena, observar posibles indicadores de intoxicación.

▶ En ambos escenarios, brindar al equipo de salud la información recogida.

▶ Procurar captar la atención de la persona por medio de la interacción verbal para ofrecer una relación colaborativa. Escuchar lo que la persona expresa y lo que dice necesitar.

▶ Si se cuenta con la presencia de allegados, consultar sobre las posibles sustancias ingeridas, el tiempo que pasó desde la ingesta u otras posibles causas de la crisis.



Cuando el sujeto afectado represente **un riesgo cierto e inminente para sí o para terceros**, y solo en caso de que la resolución por vía del diálogo y la comunicación sea insuficiente, se podrán emplear niveles de fuerza tales como controles de contacto, técnicas de inmovilización y de impacto, empleo de armas menos letales y fuerza potencialmente letal, tal como se indica en la doctrina para el Uso Racional de la Fuerza. Las intervenciones en este nivel siempre deberán contemplar los principios de legalidad, oportunidad, proporcionalidad y moderación.

En el caso de que la persona tuviera en su poder objetos cortopunzantes o armas de fuego, la intervención estará destinada a hacer cesar la amenaza, conforme a las actuaciones policiales, de acuerdo a la doctrina para el Uso Racional de la Fuerza.

Sobre el uso de las técnicas de restricción física

Cuando las estrategias de contención verbal no fueran suficientes para contener y desescalar los comportamientos violentos de la persona afectada, y siempre que se hayan agotado todas las instancias de comunicación, se realizará la reducción e inmovilización preventiva a través de la fuerza.

Es preciso entender que las situaciones de restricción física provocan una importante excitación del sistema nervioso central que puede multiplicar los efectos riesgosos de determinadas sustancias, de modo tal que se incrementa el ritmo cardíaco, la presión sanguínea y la temperatura corporal.

La reducción e inmovilización preventiva tienen como objetivo evitar que las personas en situación de crisis pongan en riesgo su integridad o la de terceros. El uso de la fuerza por parte de personal policial y de seguridad consiste en li-

mitar mecánicamente los movimientos del cuerpo hasta la intervención de los equipos de salud.

Para realizar este procedimiento, la cantidad mínima ideal de personal requerido es de cuatro personas. Las condiciones que deben cumplirse para dar paso a este tipo de intervenciones son las que se detallan a continuación:

- ▶ **Agotar los mecanismos de contención verbal.**
- ▶ **Realizar previamente pedidos de apoyo y colaboración a efectores de salud.**
- ▶ **Evitar cualquier muestra de agresividad verbal o física con la persona afectada.**
- ▶ **Implementar las restricciones físicas por el mínimo periodo de tiempo posible.**

El uso de las estrategias verbales tranquilizadoras debe continuar durante la contención fí-

sica, a fin de reducir la agitación de la persona afectada y la violencia de la situación.

La metodología de reducción e inmovilización preventiva variará según se cuente con la presencia de personal médico en la escena o no.

En el primero de los casos, la reducción tiene como objetivo favorecer la contención farmacológica por parte del personal médico; en el segundo caso, buscará detener la escalada de violencia hasta la llegada del personal sanitario.

La reducción preventiva a través de la fuerza se realizará sólo cuando se hayan agotado todas las instancias de comunicación verbal

El tramo inicial de la intervención se realizará conforme lo establecido en la doctrina para el Uso Racional de la Fuerza.⁸

1. Al inicio del procedimiento, el personal debe mantener una distancia de al menos dos metros respecto de la persona alterada.

2. Se escoge una palabra clave que, al ser mencionada, moviliza al personal policial hacia el individuo formando un abanico o semicírculo (cualquier objeto que pueda ser empleado para lesionarse o lesionar a terceros debe estar fuera del alcance de la persona).



3. El personal ubicado a los costados del individuo contiene los brazos por medio de una llave de brazo (se toma la muñeca o el antebrazo de la persona con la mano hábil y, al mismo tiempo, se toma el área del bíceps con la mano inhábil, sujetando el brazo de la persona contra el cuerpo del policía).



4. El personal de cara al individuo se moviliza para sujetar las piernas, tomándolas primero por los muslos.



5. El personal restante se ubica por detrás del individuo y sujeta su cabeza y cuello (evitando exponer las manos y otras partes del cuerpo a posibles mordeduras) para evitar que se golpee a sí mismo o a terceros.



8. Se remite al Manual de capacitación policial en el uso racional de la fuerza (2015). Punto 4: "Reducción e inmovilización de persona con superioridad numérica de personal policial", pp.82-84.



Cuando se cuente con la presencia de **personal médico** en el lugar, se colocará al sujeto en posición decúbito supino (acostado boca arriba) para favorecer la intervención de contención farmacológica:

1. Todo el personal debe ayudar a acostar al individuo sobre su espalda.



2. Se extienden las extremidades hacia afuera y se las presiona contra el suelo, con las palmas de las manos hacia abajo.



3. Se aseguran las extremidades a la altura de las muñecas, codos, rodillas y tobillos utilizando solo la fuerza necesaria para reducir el movimiento. Esto debe realizarse sin forzar las articulaciones, aplicando la fuerza por encima o por debajo de ellas.



4. El personal médico, luego de realizar la contención farmacológica, indicará el momento de finalización de la reducción e inmovilización preventiva.

Cuando el personal médico no se halle aún en la escena y la agitación desplegada por el sujeto obligue al esposamiento, la reducción y la inmovilización preventiva se realizarán en tres pasos:

1.



Llevar a la persona en dirección a una posición prona (boca abajo) para favorecer el esposamiento.



2.

El segundo paso consistirá en girar a la persona sobre uno de sus lados.



4.

Una vez que llegue el personal médico y producida la contención farmacológica, se aguardarán sus indicaciones para la finalización de la sujeción mecánica preventiva.

3.

Desde esa posición de contención lateral, sentar a la persona con su espalda levemente inclinada hacia atrás y continuar la inmovilización de sus extremidades desde esa posición.



La reducción física será siempre la última opción y nunca el modo inicial de intervención

La sujeción mecánica preventiva mediante el uso de esposas o dispositivos similares solo debe realizarse de manera excepcional y por el menor tiempo posible, cuando se hayan agotado todas las instancias previas de contención y ante una situación de riesgo cierto e inminente para la integridad de la persona, de terceros o del propio personal policial.

Errores frecuentes

La inmovilización de las personas alteradas en posición prona (boca abajo) incrementa el riesgo de asfixia y de muerte. **Otras maniobras igualmente riesgosas** incluyen forzar a la persona a asumir posturas inclinadas (por ejemplo: arrodillado o sentado con el cuerpo inclinado hacia adelante) que involucren una torsión a la altura de la cintura, ya que esto puede dificultar la respiración. No se debe usar el propio cuerpo de manera que obstruya la capacidad de la persona reducida para respirar (no deben sentarse o tumbarse sobre la espalda o el estómago de la persona inmovilizada).

Maniobras que ponen en riesgo la salud de las personas y que **NO** hay que hacer

✗ **NO** inclinarlo hacia adelante



✗ **NO** apoyarle la rodilla en la espalda



✗ **NO** aplicar torsión en el tronco



4. Finalización del procedimiento

El procedimiento finaliza cuando se deriva a la persona afectada al sistema de salud y se deja registro de ello en un acta de procedimiento. En caso de hospitalización, una vez ingresada la persona al establecimiento, si el personal de salud requiere que el efectivo permanezca custodiando al paciente, podrá hacerlo previa consulta a la autoridad judicial correspondiente.

En el caso de que el efectivo tenga inconvenientes para realizar la derivación al servicio de salud, deberá comunicar la complicación a la autoridad judicial competente y adecuarse a lo ordenado por ella. Esto deberá constar luego en el acta de procedimiento.



RECORDAR: solicitar datos del equipo de salud y de dos testigos

Casos especiales

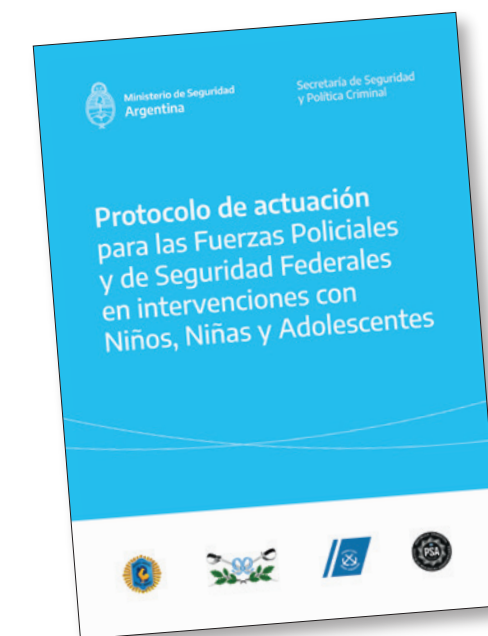
1. Niños, niñas y adolescentes

En estos casos, el abordaje deberá adecuarse a lo establecido en la Convención Internacional de los Derechos del Niño y se adaptará la mirada sobre la intervención que se realiza, desde cualquier agencia pública, asumiendo a los/as niños, niñas y adolescentes como sujetos plenos de derecho, conforme lo ordena la Ley Nacional 26.061 de Protección Integral de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes.

Las intervenciones deberán realizarse conforme a lo especificado en el “**Protocolo de Actuación para las Fuerzas Policiales y de Seguridad Federales en Intervenciones con Niños, Niñas y Adolescentes**”, aprobado por la Resolución 517/2022 del Ministerio de Seguridad, y sus futuras actualizaciones.

Es importante tener en cuenta que, si **se presenta una duda sobre la edad de la persona, se la considerará como menor de edad.**

Recordar que al momento de realizar las comunicaciones pertinentes (punto 2) en intervenciones por crisis de salud mental que involucren a sujetos de esta población específica, **además de solicitar la presencia de los efectores de salud, se deberá dar intervención a los organismos de protección de derechos de niños, niñas y adolescentes.**

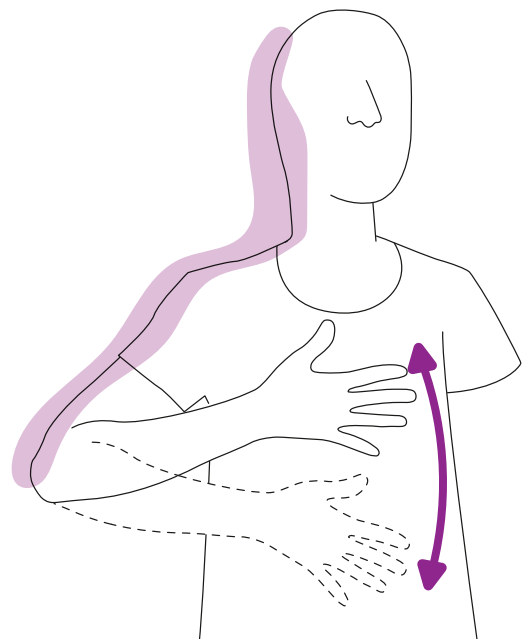


QR
VERSIÓN DIGITAL



2. Personas con discapacidad auditiva

En los casos que involucren a personas con discapacidad auditiva, se debe procurar la comunicación a través de la lengua de señas –idealmente, con un intérprete–, aunque también puede apelarse a otros medios posibles, como complementar la comunicación a través de gestos o palabras escritas. En este último caso, se deben escribir los verbos de las acciones que se espera que sean realizadas por la persona, utilizando frases cortas y simples.



Es importante que el personal interviniente se ubique dentro del campo visual de la persona afectada, mantenga un contacto visual sostenido y no desvíe la mirada hacia terceros. **Para pedirle a la persona que se tranquilice, se deberá colocar la mano abierta con la palma extendida hacia el propio pecho y se repetirá un movimiento lento de descenso.**

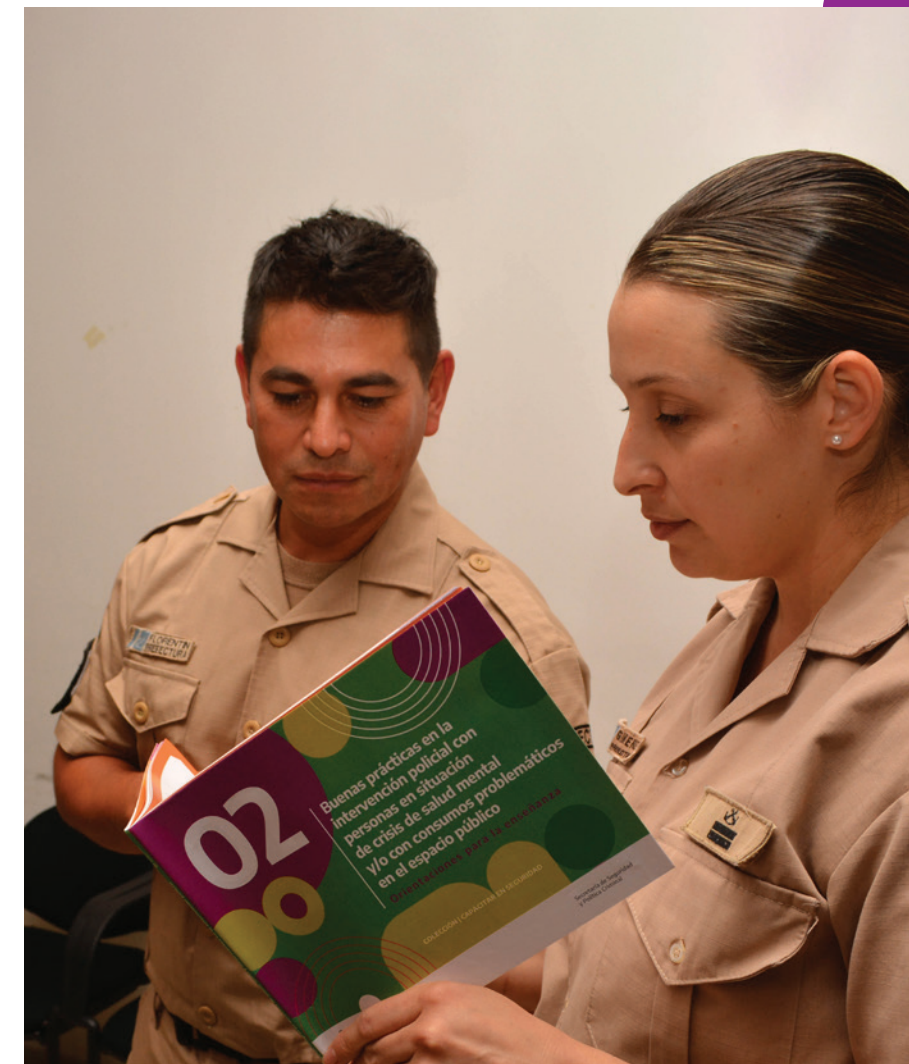
Se desaconseja la comunicación a través de la lectura de labios, salvo que la persona haga alguna referencia gestual que indique la posibilidad de su empleo. La mayoría de quienes padecen sordera o hipoacusia solo reconocen un número muy restringido de palabras a través de este medio.

Se debe considerar que, en personas con discapacidad auditiva o hipoacúsicas, la restricción del movimiento de las manos equivale a un amordazamiento, ya que estas son el medio de expresión con el que cuentan.

3. Personas que no comprenden o hablan el idioma castellano

Cuando las personas en situación de crisis de salud mental sean de nacionalidad extranjera y no comprendan o no hablen el idioma castellano, se debe garantizar la comunicación, idealmente, a través de intérpretes o de otras personas que compartan el idioma y puedan brindar ayuda para la intervención. De no contar con la presencia de interlocutores válidos, puede apelarse a otros medios de comunicación posibles, tales como los dispositivos tecnológicos de traducción simultánea, etc.

En estos casos, el abordaje deberá contemplar las consideraciones de la Convención de Viena sobre Relaciones Diplomáticas. En caso de que las condiciones operativas lo permitan, se recomienda establecer comunicación con la embajada del país de origen del afectado/a, a los fines de solicitar asistencia.



Para tener en cuenta cuando nos relacionamos con:

● **Personas con discapacidad auditiva:**

● Ubicarse dentro del campo visual de la persona afectada, mantener un contacto visual sostenido y no desviar la mirada hacia terceros.

● **! RECORDAR:** en personas con discapacidad auditiva o hipoacúsicas, la restricción del movimiento de las manos equivale a un amordazamiento.

● **Personas que no comparten el idioma:**

● Garantizar la comunicación, idealmente, a través de intérpretes o de otras personas que compartan el idioma y puedan brindar ayuda.

● Se recomienda: establecer comunicación con la embajada del país de origen del afectado/a.



Orientaciones para la enseñanza



Pautas de intervención Notas para el docente

Algunas de las preguntas que se espera poner a disposición de los grupos para trabajar en las distintas situaciones compartidas son: ¿cuándo una situación de crisis puede constituir un riesgo? ¿Es posible evaluar el estado de riesgo? ¿Cuáles pueden ser las posibles conductas violentas hacia sí mismo, hacia otros y hacia el/la funcionario/a policial? Resaltar y poner énfasis en que las actitudes agresivas no forman parte de la persona, sino que son manifestaciones de un estado de suma vulnerabilidad que le impide interactuar correctamente.

Tanto en las simulaciones como en los casos, el equipo docente deberá considerar el análisis de los siguientes aspectos:

- Si la intervención policial ayudó a reducir los riesgos y a preservar la seguridad, tanto de las personas involucradas como de los efectivos en la escena.
- Si la intervención policial facilitó las condiciones para el acceso a los servicios de salud y sociales.
- Si la intervención policial respetó el esquema de procedimiento de cuatro pasos que se establecen en las pautas de actuación.



Se espera que, al realizar las actividades, los/as participantes logren:

- ➔ reflexionar sobre la importancia de su función y la responsabilidad en el uso de las estrategias de intervención;
- ➔ reconocer las actitudes de las personas en situación de crisis como una manifestación de un estado de vulnerabilidad que le impide actuar correctamente;
- ➔ utilizar las estrategias de intervención para preservar la seguridad de las personas y facilitar las condiciones de acceso a los servicios de salud y sociales;
- ➔ aplicar el esquema de procedimiento que se establece en las pautas de intervención correspondientes.

NOTAS

Blank lines for notes.

Actividad

Prácticas simuladas en tres estaciones

Las situaciones que se presentan a continuación no especifican si se trata de un problema de salud mental o de consumos problemáticos, sino que refieren manifestaciones observables de quienes atraviesan la situación de crisis y que requieren de la intervención del funcionario/a policial. Se espera que esta situación (que implica una consigna de práctica simulada) sea compartida con los participantes/protagonistas de la escena y que entre ellos/as definan qué rol asumirá cada uno/a y cómo actuarán frente a la situación. Todo esto debe realizarse sin la presencia de quienes caracterizarán a los/as funcionarias/os policiales ni del resto de los/as estudiantes que observará la situación.

Se necesitará de tiempo individual y grupal para pensar cómo será el desempeño de cada uno, que puedan decidir cómo actuar a partir del disparador de la situación/problema y sin la intervención del equipo docente. Es importante considerar el ambiente físico o contexto para tratar de que sea lo más auténtico posible para mejorar la capacidad de respuesta del cursante. Con este objetivo los/as alumnos/as deberán producir sonidos apropiados, ambientes de tensión, confusión e incertidumbre similares a las situaciones que puedan darse en el futuro desempeño profesional.

La simulación no implica definir una respuesta correcta o incorrecta, sino que cada funcionario/a policial pueda resolver la situación en un contexto cuidado, para luego generar una discusión sobre las posibles situaciones que se pueden presentar y cómo se pueden desencadenar de acuerdo con la estrategia de intervención utilizada.



Consignas de trabajo

1

Primer momento

Se proponen tres estaciones con distintos problemas como disparadores. Los/as docentes podrán elegir si ocurren las tres situaciones en paralelo o si las realizan de manera consecutiva.

a) Situación inicial o problema disparador

Estación 1: Persona que amenaza verbalmente a los vecinos y que desencadena una situación de riesgo.

Estación 2: Persona con pérdida de la conciencia.

Estación 3: Persona en estado de confusión o desorientación.

b) Definición de roles

Los/as docentes seleccionarán a quiénes cumplirán el rol de funcionarios/as policiales y estos se mantendrán al margen de las decisiones que se tomen respecto del desarrollo de la situación.

A modo de ejemplo en la Estación 1: Persona que amenaza verbalmente a los vecinos y que desencadena una situación de riesgo. Se podrían asignar los siguientes roles:

- ▶ Persona en situación de crisis
- ▶ 3 vecinos (masculinos y femeninos)
- ▶ 1 familiar



c) Focos de observación

Los/as docentes definen entre los/as estudiantes que no participan de ninguna simulación qué grupo observará y si pondrá el foco en algún aspecto de la situación o de la intervención.

A modo de ejemplo se podrían focalizar en los siguientes aspectos:

Grupo 1: Observa el desarrollo de toda la situación.

Grupo 2: Focaliza en las decisiones y las actuaciones del policía para resolver la situación.

Grupo 3: Focaliza en las conductas de la persona que atraviesa la situación de crisis.



2 • Segundo momento

Luego, se procede al **desarrollo de la simulación**. Se sugiere que su duración sea de 10 minutos como máximo. En este momento los/as estudiantes deben cumplir con el rol asignado, ya sea como protagonistas u observadores, y responder tal cual lo harían en una situación real.

Lo/as docentes responsables del curso no podrán intervenir, ni brindar pautas o guiar hacia determinadas respuestas.

En todas las estaciones, la escena debe finalizar con el **acta de procedimiento** que contemple todos los datos necesarios.

NOTAS

3 • Tercer momento

Finalizada la simulación proponer una instancia de análisis considerando los siguientes pasos:

1. *Los/as protagonistas de la situación comparten decisiones, dificultades que afrontaron y dudas que se les plantearon en los distintos momentos de la escena.*
2. *Los/as observadores realizan una descripción de cómo se desarrolló la situación, desde el inicio hasta el final.*
3. *Cada grupo presenta sus registros de observación/focalización realizando una valoración sobre el desempeño de los/as funcionarios/as policiales. En este momento, remarcar la importancia de realizar, por un lado, valoraciones positivas sobre el desempeño y, luego, aspectos que se deben revisar.*
4. *Grupalmente, analizar posibles alternativas de acción que respeten las pautas de intervención.*
5. *Algunas preguntas que pueden orientar el intercambio: ¿cuáles fueron las decisiones más importantes? ¿En qué momento tuvieron dudas? ¿Algún acierto? ¿Algún error?*



Otras preguntas para analizar el desarrollo de la simulación:

¿La intervención policial ayudó a reducir los riesgos?

¿En qué momentos la intervención policial generó más o menos tensión?

¿Hubo alguna intervención clave que ayudó a desescalar la tensión?

¿Se utilizaron algunas de las pautas específicas de actuación? ¿Cuáles y en qué momento?

4 • Cuarto momento

Una vez finalizado el análisis, proponer escribir una reflexión individual considerando las pautas de intervención:

¿Cuáles fueron las decisiones más importantes que tomaron los/as funcionarios/as policiales?

¿Qué aciertos identifica en la actuación policial?

¿Qué errores cometieron los funcionarios?

¿Hubiera actuado de otro modo?



NOTAS

Estudio de caso



Notas para el docente

Durante el intercambio, es importante que se puedan resaltar los aciertos y los errores en la intervención policial y relacionarlos con lo establecido en las pautas de intervención.

NOTAS



Caso 1

Consigna de trabajo



Primer momento

De manera individual, lean el siguiente relato y señalen los aspectos centrales de la intervención policial.

RELATO: Hombre con andar errático

La escena se sitúa sobre una avenida. Allí, deambula un hombre vestido con un pantalón de jean y una remera negra. Por su andar errático en medio de la calle, causa la impresión de estar drogado o alcoholizado. Los autos que pasan lo esquivan por centímetros. Parece ignorar la magnitud de los peligros que lo rodean.

Un vecino se aproxima para ver qué necesita y él le pregunta si tiene “merca” para darle. Sin evaluar riesgos, intenta frenar los autos y les pide a los conductores que lo lleven a comprar drogas. La fortuna parece estar de su lado, una camioneta lo esquiva por pocos centímetros.

Se acerca una vecina y le pregunta con entusiasmo. Primero la conmina a cumplir su palabra y, luego de sentarse por un instante contra la pared, se lanza a la vereda con una diatriba desconectada de la situación: “Acá cuando nadie sabía fumar, yo le enseñé a fumar en lata

a él, a él (apuntando con la mano en varios sentidos), al cabeza y a todos". La mujer sale al encuentro de un policía que acaba de doblar la esquina. Le pide que intervenga.

En el contacto inicial, el uniformado lo retira del asfalto en dirección a la vereda. Cuando se acomodan lejos de la calle le pregunta qué le ocurre. El hombre le informa que está drogado y que necesita volver a consumir para no sentirse peor. El funcionario le pide que se tranquilice y le informa que va a pedir auxilio médico para que lo revisen. La persona intoxicada se queja sobre el trato que suelen darle en el hospital y comienza a insultar. El policía lo reprende por sus modales delante de una "señora".

Al pedir la ambulancia, el efectivo gira hacia un lado, por lo que queda en una posición perpendicular a la persona afectada. El estado de ansiedad del intoxicado crece y comienza a gritar en medio de la comunicación. El efectivo le pone la mano en el pecho y lo aleja. El hombre le corre la mano y comienza a largar puñetazos. Interviene un vecino.

La dinámica de la pelea hace que el sujeto afectado quede cerca del cordón de la vereda, lo cual reactiva la situación de riesgo de ser atropellado. Pierde el equilibrio y cae. Una vez en el suelo, el agente se abalanza sobre él y el vecino acude a su ayuda para restringir sus movimientos. Mientras el policía y el joven retuercen sus brazos para esposarlo, la mujer, agachada al costado, le recrimina su reacción.



2 • Segundo momento

En pequeños grupos, responder las siguientes preguntas considerando las pautas de actuación.

1. **¿Cómo se encuadraría la situación de la persona afectada?, ¿como un cuadro de padecimiento violento o no violento?**
2. **Señalar al menos tres aciertos procedimentales de la intervención.**
3. **¿Cuál debería haber sido el orden de las comunicaciones por parte del funcionario interviniente? Justificar respuesta.**
4. **Señalar al menos tres errores procedimentales en la intervención.**
5. **¿Cuál es la acción desacertada que desencadena la pelea posterior?, ¿cómo podría haberse evitado?**

3 • Tercer momento

En plenario, cada grupo realiza una puesta en común.



Caso 2

Consigna de trabajo

Primer momento

Lean el siguiente relato y señalen los aspectos centrales de la intervención policial.

RELATO: Mujer caminando en zigzag

La escena transcurre en la Costa Atlántica, una tarde de primavera de un fin de semana largo. Cerca de la Av. Costanera se encuentra una mujer de unos 35 años caminando en zigzag, en dirección a la playa, intentando cruzar la avenida. Se trata de un fin de semana con bastante tránsito, característica poco común del lugar.

La mujer está vestida con un pantalón de jean, una remera blanca y un saco gris. Pasa un patrullero y los dos oficiales observan algo raro en su andar. Se dan cuenta de que está sola, que tiene la mirada perdida y balbucea, con poco equilibrio. Deciden intervenir.

Ambos policías descienden del móvil, se acercan, la saludan: “Buenas tardes, señora. ¿Necesita ayuda?”. Uno de ellos le pregunta su nombre. El otro intenta tomar la cartera, le parece ver algo extraño, como un cuchillo. La mujer balbucea, el oficial no identifica lo que dice.

La mujer mantiene apretada su cartera y hace una expresión de enojo hacia el policía. El policía insiste, la mujer grita. La mujer se da media vuelta, abre su cartera, parece que busca algo y no lo encuentra, y empieza a gritar: “No, no, no...”. Y algo más que no llegan a comprender.



La mujer mira hacia los costados, los policías intercambian opiniones y se dan cuenta de que la mujer está desorientada, pero no identifican el motivo. La miran a los ojos y la mujer se pone en posición rígida y en silencio, sin pestañear. Uno de los policías se sube al móvil y solicita ayuda. El otro se mantiene atento al accionar de la mujer y continúa repitiendo: “Buenas tardes, señora. ¿Consumió algo?”.

De repente la mujer se da vuelta, hace como que le habla a alguien, muestra una expresión de susto. Mira atentamente al policía por unos segundos, quien le sigue preguntando: “¿Consumió algo? ¿Necesita ayuda?”. La mujer se enoja, empieza a gritar: “¿Por qué? ¿Por qué?”. Comienza a agredirse, a golpearse el rostro con los puños y a llorar.

El policía le pregunta si consume algo. La mujer se enoja más, pateo un cesto de basura. Luego, se calma. Toma con fuerza la cartera, la lleva a su pecho y saca una cuchilla. Sale corriendo. Mientras corre intenta lastimarse. El policía la sigue, camina dos cuadras a la redonda detrás de ella y le impide cruzar la calle. Le pide que se detenga en reiteradas oportunidades. La mujer se sienta sola en la calle y se desvanece con la cuchilla en la mano. El policía la sostiene y la ayuda a reponerse, le retira la cuchilla de la mano sin decir nada. La mujer cierra el puño, se mantiene recostada en la calle y cierra los ojos, pero por minutos vuelve a gritar. Su compañero se acerca con el patrullero, y le dice que ya está llegando la ambulancia y otro móvil. Le hablan a la mujer, no se dan cuenta si registra lo que ellos dicen, pero le siguen hablando porque parece que los escucha o, al menos, las palabras la mantienen en situación de calma. Toman la cartera de la mujer y la revisan pensando encontrar estupefacientes, pero solo hay un monedero con cosméticos, una billetera y un celular.

Llega una ambulancia y le brinda atención. Se acerca una vecina que observó parte de la situación y les comenta que la persona sufre de una enfermedad, que es de San Miguel, pero la conocen porque hace años que veranea en esta playa. El policía le agradece la información y le solicita colaboración para ubicar a la familia y brindar datos sobre el hecho.

2 • Segundo momento

En pequeños grupos, responder las siguientes preguntas considerando las pautas de actuación:

1. ¿Cómo percibe el policía el accionar de la mujer?, ¿en qué situación la encuadra?
2. ¿Cómo se encuadraría la situación de la persona afectada? Señalar indicios.
3. ¿Se identifica algún error en la intervención policial?, ¿cuál/es?
4. ¿Se identifican aciertos en la intervención policial?, ¿cuál/es?
5. ¿Qué sugerencias les darían a los policías para mejorar sus intervenciones ante personas en situaciones de crisis de salud mental y/o consumos problemáticos?
6. ¿Qué aspectos de la intervención pueden tomarse como un buen ejemplo?



3 • Tercer momento

En plenario, cada grupo realiza una puesta en común.



NOTAS

[illegible]

Recursos electrónicos

► Ministerio de Salud de la Nación. (2013). Lineamientos para la Atención de la Urgencia en Salud Mental.

Disponible en:

https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-08/2020-atencion-de-las-urgencias-en-la-salud-mental_0.pdf

► Ministerio de Seguridad de la Nación. (2015). Manual de capacitación policial en el Uso Racional de la Fuerza.

Disponible en:

[https://www.policinglaw.info/assets/downloads/National_Police_Training_Manual_\(Spanish_original\).pdf](https://www.policinglaw.info/assets/downloads/National_Police_Training_Manual_(Spanish_original).pdf)

► OMS. (1946). Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York, del 19 de junio al 22 de julio de 1946.

Disponible en:

<https://www.who.int/es/about/governance/constitution>

► OMS (2004). Invertir en Salud Mental.

Disponible en:

<https://www.who.int/es/publications/item/9241562579>

► Schmidt S. (2013). Proxémica y comunicación intercultural: la comunicación no verbal en la enseñanza de e/le. Universitat Autònoma de Barcelona.

Disponible en:

<https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/125906/ss1de1.pdf>

Normativa

► **Decreto 603/2013.** Ley 26.657. Apruébase reglamentación. 28 de mayo de 2013.

► **Ley 23.737.** Ley de Estupefacientes. 21 de septiembre de 1989.

► **Ley Nacional 26.657.** Derecho a la Protección de la Salud Mental. 2 de diciembre de 2010.

► **Resolución 506/2013.** [Ministerio de Seguridad] Pautas de intervención para determinadas situaciones. 31 de mayo de 2013.

► **Resolución 843/2022.** [Ministerio de Seguridad] Pautas de intervención para las Fuerzas Policiales y de Seguridad en situaciones que involucran a personas con crisis de salud mental y/o con consumos problemáticos en el espacio público. 15 de diciembre de 2022.

Información útil para el lector



¿Sentís que vos o alguien de tu entorno atraviesan alguna situación de salud mental y/o consumos problemáticos que requiere de asistencia? Podés contactarte con las siguientes instituciones de salud:

En caso de consumos problemáticos:

- **Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina (SEDRONAR)**

Línea 141: las 24 h los 365 días del año / Chat

- **Hospital Nacional de Salud Mental y Adicciones "Lic. Laura Bonaparte"**

Las 24 hs. los 365 días del año.

Dirección: Combate de los Pozos 2133, CABA.

4305-0091

- Dispositivo de Orientación y Apoyo en la Urgencia de Salud Mental:

0800-999-0091

Las 24 h los 365 días del año, a nivel federal.

- **Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires:**


0800-222-5462

De lunes a viernes las 24 h Fines de semana y feriados de 9 a 24 h

- **Salud Mental Responde (Gob. de la Ciudad de Buenos Aires):**

0800-333-1665

Todos los días de la semana, las 24 h Ciudad Autónoma de Buenos Aires



El Manual **Buenas prácticas en la intervención policial con personas en situación de crisis de salud mental y/o con consumos problemáticos en el espacio público** es el segundo número de la colección **Capacitar en Seguridad**, editada por el Ministerio de Seguridad de la Nación. Esta serie de publicaciones tiene como objetivo brindar herramientas para fortalecer el desarrollo profesional del personal policial y de los funcionarios y funcionarias que intervienen en el campo de la seguridad desde un enfoque integral. **Capacitar en Seguridad** asume una propuesta formativa que articula el **nuevo paradigma de derechos, principios normativos, criterios para la toma de decisiones y pautas de actuación.**