TITULO DE LA TESIS

DIAGNÓSTICO DE SITUACIÓN SOBRE CONDICIONES DE VIDA EN LA POBLACIÓN CONSULTANTE EN LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL DE DOS CENTROS DE SALUD DEL ÁREA PROGRAMÁTICA DE SANTA ROSA. AÑO 2012.

Nombre/s y Apellido del Maestrando: MARIA LILIANA OTTAVIANO

Nombre/s y Apellido del Director de Tesis: ANA CECILIA AUGSBURGER

TITULO DE LA TESIS

DIAGNÓSTICO DE SITUACIÓN SOBRE CONDICIONES DE VIDA EN LA POBLACIÓN CONSULTANTE EN LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL DE DOS CENTROS DE SALUD DEL ÁREA PROGRAMÁTICA DE SANTA ROSA. AÑO 2012.

Nombre/s y Apellido del Maestrando: MARIA LILIANA OTTAVIANO

TRIBUNAL DE TESIS

Mgter. María Nicanora Borsotti

Prof. Dr. Leandro Daniel Dionisio

Prof. Mgter. Andrea M. Aiminio

DEDICATORIA:

A Daniel, José, Lucía y Mariana, sin ellos yo sería un "acorde incompleto".

Son cosas chiquitas. No acaban con la pobreza, no nos sacan del subdesarrollo, no socializan los medios de producción y de cambio, no expropian las cuevas de Alí Babá. Pero quizá desencadenen la alegría de hacer, y la traduzcan en actos. Y al fin y al cabo, actuar sobre la realidad y cambiarla, aunque sea un poquito, es la única manera de probar que la realidad es transformable.

Eduardo Galeano

AGRADECIMIENTOS

A mi Directora de Tesis, Mgtr. Ana Cecilia Augsburger, por su generosidad personal y su generosidad intelectual. En ella ambas van de la mano.
Ing. Marcelo Casanovas. Asesor técnico en Sistemas de Información Geográfica.
Lic. Analía Ripoll. Recolección de datos en el Centro de Salud de Fonavi42.
Lic. José Correa y Lic. Sol García. Recolección de datos en el Centro de Salud de Villa Germinal.

Art. 23.- Ord. Rectoral 3/77 "La Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba, no es solidaria con los conceptos vertidos por el autor"

INDICE

- Índice
- Resumen 9
- Summary 10
- Introducción 11
  (Presentación- Antecedentes- Planteo de Problema- Relevancia- Marco teórico -)
- Objetivos (Generales y Específicos) 20
- Materiales y método: 20
  (Tipo de estudio- Población- Universo- Muestra- Instrumentos de Recolección de información- Análisis de la Información)
- Resultados 35
- Discusión- Conclusión 56
- Bibliografía 60
- Anexo 63

RESUMEN

Introducción: El proceso salud-enfermedad-atención es la resultante de las condiciones de vida a la que los diferentes colectivos sociales están sometidos a vivir en el marco del sistema de producción capitalista. Las condiciones de vida se materializan en el conjunto de procesos que caracterizan y reproducen la forma en que cada grupo participa en el funcionamiento de toda la sociedad, la producción, distribución y consumo de bienes y servicios así como las relaciones de poder existentes en la misma.

Objetivo: Elaborar un perfil epidemiológico de la población consultante al servicio de salud mental, de dos Centros de Salud del área programática de Santa Rosa que presentan desiguales condiciones de vida, durante el año 2012.

Métodos: Estudio descriptivo de corte transversal, en dos Centros de Salud seleccionados según la estratificación del NBI: Fonavi 42 y Villa Germinal Se analizaron los diagnósticos, motivos de consulta y variables socioeconómicas y culturales. El tratamiento que se dio a la información es de tipo cuantitativo, el análisis se realizó con el programa Epi –Info versión 3.5.1.

Resultados: El motivo de consulta más frecuente es: problemas familiares y sociales. Es exclusivo de las mujeres y presentan cuadro caracterizado por *Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el stress y trastornos somatomorfos (F40-F48)*. Estas mujeres dijeron no participar de ningún grupo comunitario y son el sostén económico propio y familiar. El georeferenciamiento muestra que un número importante procede de otros barrios de la ciudad.

Discusión: Planificar estrategias de intervención comunitarias desde una perspectiva de género, que genere una mayor participación comunitaria y que involucre a diferentes actores sociales de cada una de las comunidades que forman parte de las áreas geográficas estudiadas.

PALABRAS CLAVES: Diagnóstico de salud. Salud Mental Comunitaria.
Sufrimiento mental. Condiciones de vida. Epidemiología.

SUMMARY

Introduction: The health-disease-care is the result of the conditions of life to which different social groups are subjected to live under the capitalist system of production. Living conditions are embodied in the set of processes that characterize and reproduce the way each group participates in the functioning of society, production, distribution and consumption of goods and services and existing power relations in the same .**Objective:** To develop an epidemiological profile of the population consulting mental health service, two Health Centers Program Area Santa Rosa that have unequal living conditions, in 2012.

Methods: Cross sectional study in two health centers selected as NBI stratification: Fonavi 42 and Villa Germinal diagnoses were analyzed, causes, and socioeconomic and cultural variables. The treatment given to information is a quantitative analysis was performed using Epi-Info version 3.5.1.

Results: The most frequent reason for consultation is: family and social problems. It is exclusive of women and present condition characterized by Neurotic, stress-related disorders and somatoform disorders (F40-F48). These women said they did not participate in any community group and are the breadwinner own family. The georeferencing shows that a significant number come from other areas of the city.

Discussion: Planning Community intervention strategies from a gender perspective, to generate greater community participation and involving different stakeholders in each of the communities that are part of the geographic areas studied.

KEYWORDS: Health diagnosis. Community Mental Health. Mental suffering. Living. Epidemiology.

INTRODUCCION:

Planteamiento y Justificación del problema

Las discusiones y controversias en torno del concepto de salud-enfermedad-atención, lejos de agotarse se reavivan cada vez que asumimos que dicho proceso es el resultante de un determinado contexto histórico, social, cultural, económico, político. *"Las concepciones tradicionales de salud y enfermedad han tenido que abrir espacio para la confrontación con desarrollos conceptuales y metodológicos más integrales, con mayor capacidad de aprehender la complejidad real de los procesos determinantes, de superar la visión simple y unilateral, de describir y explicar las relaciones entre los procesos más generales de la sociedad con la salud de los individuos y los grupos sociales*." (9)

La organización sanitaria y los procesos de atención de la salud siguen manteniendo muchas de las características estructurales que Menéndez (18) denominó Modelo Médico Hegemónico: biologismo, individualismo, ahistoricidad, a-sociabilidad, mercantilismo y eficacia pragmática. El biologismo articula el conjunto de características enumeradas y posibilita la exclusión de las condiciones sociales y económicas en la explicación de la causalidad y desarrollo de las enfermedades. Así aparece toda la conceptualización sobre la "historia natural de la enfermedad" en la cual se excluyen la historia social del sujeto que padece una determinada enfermedad o simplemente la transforma en variables de forma más que de fondo. Ya que el saber médico siempre ha reconocido la existencia de factores socioculturales y económicos pero no siempre los ha utilizado en la explicación e interpretación del proceso salud – enfermedad, a un mismo nivel que los procesos biológicos.

"La enfermedad y la atención de ésta constituyen hechos estructurales en toda sociedad; expresan no sólo fenómenos de tipo epidemiológico y clínico sino que también expresan las condiciones sociales, económicas y culturales que toda sociedad inevitablemente procesa a través de sus formas de enfermar, curar y morir." (18) Desde este enfoque el proceso salud-enfermedad-atención será la

resultante de las condiciones de vida a la que los diferentes colectivos sociales están sometidos a vivir en el marco del sistema de producción y re-producción capitalista.

Entendiendo por condiciones de vida: "*las condiciones objetivas en las que los hombres reproducen su existencia, social e individual; y en las que se reconocen tres conjuntos de condiciones: el trabajo, el entorno familiar y comunal*". [(19)]

Las condiciones de vida se materializan en el conjunto de procesos que caracterizan y reproducen la forma en que cada grupo participa en el funcionamiento de toda la sociedad, la producción, distribución y consumo de bienes y servicios así como las relaciones de poder existentes en la misma.

En este sentido, la Ley Nacional de Salud Mental Nº 26657/2010 en el artículo 3° del capítulo II *"reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramientos implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de las personas*".

El Plan Nacional de Salud Mental, en el marco de la Ley antes mencionada entiende que la Salud Mental atraviesa en la actualidad un proceso de transformación que aspira al desarrollo de acciones territoriales al alcance de toda la población desde la mirada comunitaria y la inclusión social.

El marco teórico de referencia es el de la Salud Mental Comunitaria, en este punto del desarrollo se hace necesario definir a que es la Salud Mental Comunitaria, en el contexto de este trabajo –y en mi concepción de la misma-: abordar y comprender el sufrimiento mental de los sujetos en el conjunto de sus relaciones familiares, grupales y sociales. Como señala Galende (15), no se trata de disolver la singularidad del padecimiento que siempre es de la persona; ni tampoco hacer de lo social y su dinamismo el lugar unicausal de los padecimientos del individuo. *"El objeto de la Salud Mental no es de un modo exclusivo el individuo o*

los conjuntos sociales, sino las relaciones que permiten pensar conjuntamente al individuo y su comunidad". (15)

Tradicionalmente la epidemiología en salud mental se ha organizado alrededor del eje de las clasificaciones internacionales, las cuales han resultado escasas a la hora de poder dar cuenta del sufrimiento mental de los sujetos y de los contextos culturales, económicos y socio históricos que lo determinan.

Seguir pensando en una epidemiología basada en clasificaciones internacionales, también llamada epidemiología psiquiátrica no nos permitirá definir políticas, programas, acciones, intervenciones que den cuenta de lo que sucede a nuestras comunidades y a los sujetos que forman parte de ellas. A la vez que estamos negando a las comunidades la posibilidad de pensar ellas mismas las respuestas al sufrimiento de sus miembros. Los criterios clasificatorios en los que se basan dan cuenta de enfermedad, trastornos, patologías mentales desde una concepción a fin al modelo biologista. Es interés de esta investigación poder describir todas aquellas instancias del sufrimiento mental que no siempre son abarcado en los criterios de "enfermedad mental", ni responde al orden biológico, sino que es la resultante de un entramado complejo contextual en el que el sujeto vive.

Propósito: Realizar un diagnóstico de salud de dos Centros de Salud del área programática de Santa Rosa que permita mostrar la compleja trama de relaciones que se establecen entre condiciones de vida y situaciones de salud. Este diseño se sustenta en los desarrollos de la salud mental comunitaria y en autores como Galende (15-16), Menendez (18), Castellanos (10), Augsburger (3), entre otros; que profundizan el análisis de las condiciones de vida de las personas en la determinación de los problemas de salud.

Formulación de la pregunta de investigación a modo de interrogante

¿Cuál es el perfil epidemiológico de la población consultante a los servicios de salud mental del área programática de Santa Rosa?

¿De qué manera se relacionan las condiciones de vida de las personas con las situaciones de salud y el sufrimiento mental de las mismas?

Marco teórico general y específico.

La epidemiología tiene como objeto de estudio los problemas de salud-enfermedad-atención a nivel colectivo, de grupos de población, de grupos sociales. Entendiendo lo colectivo como grupo humano social e histórico.

Muchos desarrollos epidemiológicos se basan en el estudio y distribución del proceso salud- enfermedad en la población, entendiendo a ésta última como la sumatoria o agregación de individuos y dándole a lo socio –histórico y a lo económico el carácter de factor de riesgo, siendo que para la Epidemiología Crítica esto es más que un simple factor de riesgo, es el principal determinante para enfermar y morir.

Tal como expresa Giovanni Berlinger (7) la enfermedad de una persona es un evento absolutamente ligado a la existencia privada. Pero pocas veces es un caso aislado. Iguales eventos mórbidos se suelen verificar al mismo tiempo en otras personas, o sea son expresiones que se dan en un colectivo. El análisis e interpretación de estas expresiones a nivel colectivo proporcionan datos de naturaleza social y económica, nos orienta para comprender lo que ocurre o ha ocurrido en diferentes sociedades. Permite preveer el futuro.

Los estudios epidemiológicos clásicos en salud mental están fundados en su mayoría, sobre la Clasificación Internacional de Enfermedades – 10º Revisión([9]), cuya organización refiere a un sistema de categorías a las que se les asignan entidades mórbidas de acuerdo a criterios preestablecidos. El proceso de clasificación de las enfermedades mentales es un componente necesario en el que debe fundarse la investigación epidemiológica. Si bien, los criterios o las lógicas con que se clasifican los problemas atinentes a la salud psíquica se ubican como un ámbito de controversias teóricas y operativas. (4)

Emiliano Galende (15) plantea la necesidad de comprender el sufrimiento psíquico en función de cuestiones propias del ser y de su existencia y no sobre la base del modelo médico de enfermedad mental. Este mismo autor es quien señala que los eventos actuales que afectan la salud mental de los sujetos no pueden ser siempre descriptos ni interpretados como entidades patológicas incluidas en las clasificaciones.

Hoy quienes trabajan en los servicios de salud mental encuentran que la demandas de atención están relacionadas a las dificultades que enfrentamos los sujetos en nuestra época (algunos autores hablan de *patologías de época*), problemas de pareja, soledad, dificultades para vincularse, dificultades laborales y económicas, violencia; situaciones que no pueden reducirse a ninguna clasificación, y que generan malestar en las personas.

Ahora, si se comprende que el sufrimiento humano es un problema producido socialmente (no biológico) en contextos históricos – culturales- sociales cobra más fuerza la necesidad de construir una praxis sobre la base del andamiaje teórico de la Epidemiología Critica. Haciendo necesaria la revisión de los sistemas clasificatorios que no contemplan las dimensiones sociales, culturales o institucionales.

Pensar e interrogarnos acerca de las condiciones de vida de ciertos colectivos dentro de nuestra comunidad y cómo estas condiciones afectan la salud de los mismos sin caer en definiciones tautológica es todo un desafío. *"La integración de los individuos a la sociedad depende simultáneamente del empleo y el ingreso económico, del conjunto de sus relaciones sociales y comunitarias, y de los recursos simbólicos con que cuente y que le permitan interactuar en los intercambios de su cultura." (16)*

Actualmente no se discute que las condiciones de vida afectan las situaciones de salud, y que éstas también afectan a las primeras. Pero no podemos pensar tal relación en forma lineal. Estamos, como plantea Samaja (22) frente a un problema

conceptual, que si nos quedamos con una explicación lineal de la relación entre condiciones de vida y situaciones de salud, estaremos incurriendo en una tautología.

No caben dudas de la gran riqueza teórica y el potencial explicativo que tienen las variables vinculadas con las condiciones de vida y su influencia en las situaciones de salud. Ahora bien, podríamos interrogarnos si esto no es una obviedad, ya que no sorprendería a nadie afirmar que "malas condiciones de vida" traen aparejadas "problemas de salud".

"El presupuesto fundamental es que los fenómenos de salud – enfermedad son procesos sociales y, como tal, deben ser concebidos como concretamente son: históricos, complejos, fragmentados, conflictivos, dependientes, ambiguos e inciertos. Sin embargo adicionar nuevos tipos de variables socioculturales a estructuras de explicación preexistentes no resuelve la cuestión, ya que no es suficiente reconocer su complejidad." *(1)* Es necesario aceptar las indefiniciones, tramitar las ambigüedades en la expresión de estos fenómenos y en la naturaleza socio-histórica de su producción y de sus derivaciones. Este abordaje representa una apertura para la exploración de nuevos senderos en la investigación con una actitud transdisciplinar.

Los profesionales de salud mental que desarrollan sus tareas en Centros de Salud del primer nivel de atención, describen a diario el crecimiento en el número de población consultante y la relación del malestar de los sujetos con el contexto histórico y social. "*Al mismo tiempo que crece el número de individuos pertenecientes a los sectores sociales más expuestos a la marginalización o a la exclusión lisa y llana de los intercambios económicos y simbólicos de la vida social […] De hecho, y ha diferencia del psiquiatra de la primera mitad del siglo, el profesional de la salud mental de hoy está obligado a pensar conjuntamente con los problemas del sufrimiento mental del individuo y las dinámicas de inclusión-exclusión social"* *(15)*

Esto requiere de una comprensión más amplia de las relaciones del individuo con lo social, y este es el eje que ordena el presente estudio. Explicar desde la epidemiología el sufrimiento mental de los individuos en el conjunto de sus relaciones familiares y sociales en un sentido amplio, aportando una mirada colectiva sin disolver la singularidad del malestar, patrimonio de la clínica. La mirada individual, la mirada colectiva, la mirada a la comunidad, no son tres miradas contrapuestas ni aisladas son parte del mismo proceso de pensar, abordar, comprender, e intervenir en el proceso salud-enfermedad-atención. La práctica clínica asistencial debe pensar en el individuo en sus relaciones sociales, las intervenciones comunitarias en Salud Mental deben comprender a la comunidad en las relaciones subjetivas de sus miembros.

Como se ha demostrado en repetidas ocasiones a través de las investigaciones dentro de la sociología, la epidemiología y disciplinas afines, las desigualdades sociales trazan las desigualdades en la salud, y nuestras probabilidades de vivir muchos años y de tener vidas sanas dependen de la posición que ocupamos dentro de la jerarquía social.

En la actualidad, desigualdades drásticas dominan la salud mundial. Estas desigualdades en materia de salud nos involucran a todos, a los países ricos y pobres por igual. Las condiciones en las que las personas crecen, viven, trabajan y envejecen tienen una influencia poderosa en la salud. Las desigualdades en estas condiciones conllevan a desigualdades en materia de salud. *Las desigualdades en materia de salud tanto dentro como entre los países surgen de las desigualdades dentro y entre las sociedades: las desigualdades en las condiciones sociales y económicas y sus efectos en las vidas de las personas que determinan el riesgo de enfermedad y las acciones realizadas para prevenir y tratar las enfermedades, cuando éstas tienen lugar."* *(11)*

Desde la epidemiología se ha escrito mucho y discutido otro tanto acerca de la multicausalidad y la complejidad de los denominados factores de riesgo. Algunos son de orden médico-psicológico, otros (la mayoría) son sociales: desocupación,

desamparo, violencia, precariedad en la vivienda, hacinamiento, marginación, deserción escolar, etc. Esta noción de riesgo no debe usarse a los fines del etiquetamiento y la reclusión de las personas en centros, instituciones o programas especializados.

Ante esto, autores como Almeida Filho (2) se cuestionan las limitaciones conceptuales de los factores de riesgo y plantea en su reemplazo el concepto de "modelos de fragilización", poniendo en escena la necesidad de abrir la ciencia epidemiológica a la investigación de los aspectos simbólicos de los determinantes de riesgo, más allá de la significación estadística. Considero interesante poder tomar este concepto de modelo de fragilización y ponerlo en relación con las condiciones de vida y el sufrimiento mental; ya que las actuales formas de organización socioeconómica y cultural asumen una complejidad diferente a las categorías que tradicionalmente se utilizaban de estratificación social, tal como lo señala Castel (8). Existen señales de procesos de profunda e irreversible fragmentación que aumentan la segmentación y la heterogeneidad de los grupos poblacionales que componen las sociedades.

Castel (8) se propone interpretar la forma de existencia de un cierto número de grupos e individuos expulsados del circuito ordinario de los intercambios sociales: indigentes, jóvenes toxicómanos, jóvenes a la deriva, ex pacientes psiquiátricos, delincuentes salidos de instituciones totales, etc. Las personas pertenecientes a estos grupos que se mencionan, no son más que las mismas que consultan diariamente a los servicios de salud mental, portadoras de lo que nosotros llamamos sufrimiento mental, muchas veces como consecuencia de un proceso de exclusión con sus efectos desocializantes.

Es un hecho reconocido que el nivel de salud está determinado por las condiciones de vida de las personas, familias y comunidades y que estas condiciones de vida están vinculadas, a su vez, con el grado de desarrollo y participación de los actores en el ámbito local y comunitario.

Coincidiendo con el planteo de autores como Augsburger (3-4), Almeida Filho(2), donde se destaca la capacidad de la epidemiología por inaugurar una nueva concepción de los procesos de salud-enfermedad-atención y por integrar en su análisis dimensiones muchas veces ignoradas., por ejemplo al incluir los procesos sociales, económicos y políticos en la producción de salud-enfermedad-atención. Sin embargo, permanece como deuda en la asunción de la complejidad de los procesos de salud-enfermedad-atención el carácter estrictamente humano que a esos procesos le confiere la subjetividad. (5)

El desafío a futuro, será salir del apretado e insuficiente "corset" de la "epidemiología psiquiátrica" para avanzar proponiendo una discusión teórico-práctica que logre avanzar hacia la inclusión de lo inter y lo transdisciplinario con el aporte de las ciencias sociales como alternativa de superación.

Teniendo en cuenta las consideraciones teóricas desarrolladas hasta aquí, se organizó un estudio que indagando las condiciones objetivas de vida de grupos de población, permitiera relevar los malestares o sufrimientos subjetivos que los afectan. Con ese fin se diseño la planilla denominada "Ficha Epidemiológica", dicha Ficha fue completada por los profesionales de Salud Mental que se desempeñan en los Centros de Salud de Fonavi 42 y Villa Germinal del área programática de Santa Rosa, durante agosto, septiembre y octubre de 2012.

OBJETIVOS:

Objetivo general.

- Elaborar un perfil epidemiológico de la población consultante al servicio de salud mental de dos Centros de Salud del área programática de Santa Rosa que presenten desiguales condiciones de vida durante 3 meses en el año 2012.

Objetivos específicos.

- Identificar los principales trastornos mentales diagnosticados por consultorio externo en el servicio de salud mental de los dos centros de salud seleccionados del área programática Santa Rosa durante 3 meses el año 2012.

- Describir los motivos de consulta más frecuentes en la población consultante en los dos servicios de salud mental seleccionados del área Santa Rosa durante 3 meses el año 2012, de acuerdo a la clasificación utilizada en la Ficha Epidemiológica.

- Relacionar los motivos de consulta, y diagnóstico con las variables socio económicas y culturales de las personas consultantes.

- Georeferenciar la población consultante en el servicio de salud mental de cada Centro de Salud del área Santa Rosa.

MATERIALES Y METODO:

Tipo de estudio:

Se llevó adelante una investigación epidemiológica de corte transversal, con el propósito de trazar el perfil epidemiológico de la población consultante en el servicio de salud mental de dos centros de salud: Villa Germinal y Fonavi 42 del área programática Santa Rosa durante 3 meses el año 2012.

Se analizaron los diagnósticos, motivos de consulta y variables socioeconómicas y culturales de dicha población consultante.

Población y muestra:

Ámbito de Estudio*:* Se definió seleccionar dos áreas que presentaran las condiciones de vida más heterogéneas, para ello se solicitó a la Dirección de Estadísticas y Censo de la provincia de La Pampa los datos de NBI y población por radio Censal de Santa Rosa (Censo 2001, disponibles a ese momento). Se georreferenció la población con al menos un indicador de NBI por radio censal, según las áreas de cobertura de cada uno de los Centros de Salud del Área Programática Santa Rosa.

Esta delimitación territorial de las áreas de cobertura de cada Centro de salud, es una definición administrativo - geográfica de población, realizada desde la Subsecretaría de Salud de la Provincia. Una vez que se establecieron las áreas de cada centro de salud, en el mes de mayo de 2012, se mantuvo una reunión con la Jefa de área Programática y los Directores de todos los Centros de Salud, a los fines de explicitar los alcances de la investigación y revisar las áreas asignadas. Se realizaron ajustes en virtud de que algunos Centros de Salud habían visto reformulada su área por la construcción de nuevos barrios en la ciudad.

El área Programática de Santa Rosa comprende una población de 113.032 habitantes (Dirección de Estadísticas y Censo de la Provincia) que se encuentra referenciada a diez Centros de Salud del primer nivel de atención, distribuidos en diferentes barrios de la ciudad:

- Villa Germinal
- Rio Atuel
- Aeropuerto
- Mataderos
- Empleados de Comercio
- Villa Parque
- Fonavi 42
- Villa Santillán
- Zona Norte

- Los Hornos

Todos ellos cuentan con profesionales psicólogos/as que brindan atención ambulatoria a la población que la demanda. En general se trata que la población se atienda en el Centro de Salud que corresponda a su domicilio, aunque suelen existir excepciones.

La población con **Necesidades Básicas Insatisfechas** es aquella que presenta al menos una de las siguientes condiciones de privación:

- Hacinamiento más de tres personas por cuarto.
- Vivienda: habitar una vivienda de tipo inconveniente (pieza de inquilinato, vivienda precaria u otro tipo, lo que excluye casa, departamento y rancho).
- Condiciones sanitarias: viviendas que no tienen retrete.
- Asistencia escolar: hogares que tienen al menos un niño en edad escolar (6 a 12 años) que no asiste a la escuela.
- Capacidad de subsistencia: hogares que tienen cuatro o más personas por miembro ocupado, cuyo jefe no hubiese completado el tercer grado de escolaridad primaria.

El NBI se presenta como un instrumento de gran utilidad a la hora de caracterizar la población en términos de la insatisfacción de determinadas necesidades básicas, pero no es una medición de la pobreza cómo tal. Este índice (NBI) está basado en una concepción de la pobreza como "necesidad". No importa si los individuos poseen el ingreso para satisfacer sus necesidades básicas, sino que efectivamente éstas hayan sido cubiertas.

La fuente de información utilizada por el método NBI es el censo de Población y Vivienda. "Esto se debe a que sólo los censos permiten lograr el grado de desagregación geográfica requerido para que un mapa de pobreza sea útil en la identificación de necesidades espacialmente localizadas."(13)

Selección de las áreas y población en estudio:

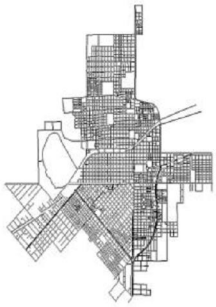
Se trabajó con una Base de Datos en formato Microsoft Excel, con datos absolutos de población por grupos quinquenales que cumplen con al menos un indicador de NBI estratificados por Fracción y Radio Censal de la ciudad.

Con los datos de la Base, se armó una tabla con Microsoft Excel en la que se calcularon los porcentajes de población que cumplían con al menos un indicador de NBI por Fracción y Radio Censal en función del área de cobertura de cada Centro de Salud, para su posterior análisis con un Sistema de Información Geográfico.

A los fines de la presente investigación se empleo el Software Arc View 10 que permitió la creación de un Sistema de Información Geográfico[1] (SIG) para la generación de Mapas de distribución de NBI en la ciudad de Santa Rosa.

Capas de Información Geográfica Utilizadas:

Capa Manzanas de la Ciudad de Santa Rosa.

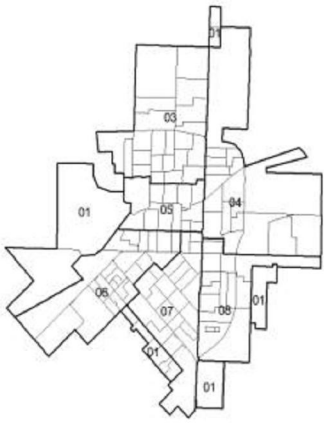


Ésta capa contiene todas las manzanas de la ciudad. Se trabajo en Proyección Gauss Krugger, Faja 3. Esta información fue obtenida de la Dirección de Gral. De Estadísticas y Censos.

[1] Un Sistema de Información Geográfico es un Sistema complejo de Mapas, Bases de Datos, Información básica y temática que permite consultar y manipular información referenciada (con coordenadas geográficas) a fin de realizar análisis espaciales. Los SIG constituyen modelos que representan la realidad y trabajan por un lado, con Capas Vectoriales (Shapes) que representan las entidades gráficas por medio de objetos (puntos, Lineas o Polígonos) vinculados a una tabla de atributos (información asociada al objeto) y por otro, con bases de datos que pueden también vincularse a dichos objetos gráficos. En el armado de un DIG es necesario establecer un sistema de proyección. La república Argentina ha adoptado como proyección para la cartografía topográfica de base oficial, la proyección denominada Gauss Kruger.

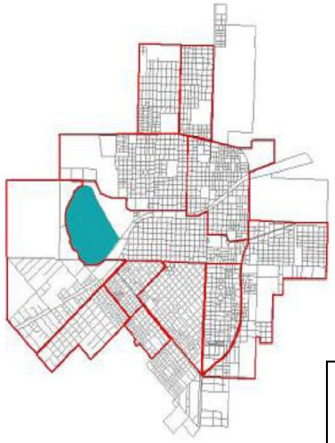
Este sistema de proyección, empleado por el Instituto Geográfico Militar para la confección de todas las cartas topográficas nacionales, divide a la República Argentina (sector continental e Islas Malvinas) en 7 fajas meridianas numeradas de oeste a este. Cada faja de la grilla Gauss-Krüger mide 3º de ancho (longitud) por 34º de largo (latitud) y tiene como propio origen la intersección del Polo Sur con el meridiano central de cada faja.

Capa Fracciones y Radios de la Ciudad de Santa Rosa.



Ésta capa contiene todas las fracciones y Radios de la ciudad. Santa Rosa esta dividida por 7 fracciones cada una de ellas a su vez dividida en Radios Censales que abarcan diferente número de manzanas.
Se trabajo en Proyección Gauss Krugger, Faja 3.y la fuente es la Dirección Gral. De Estadísticas y Censos.

Capa Áreas de los Centros de Salud de Santa Rosa.



Ésta capa fue creada mediante digitalización en función de la descripción del área de influencia que proporciono cada responsable de los centros de salud.
Se creo en Proyección Gauss Krugger, Faja 3. y la fuente consultada fueron los Directores Responsables de los Centros de Salud

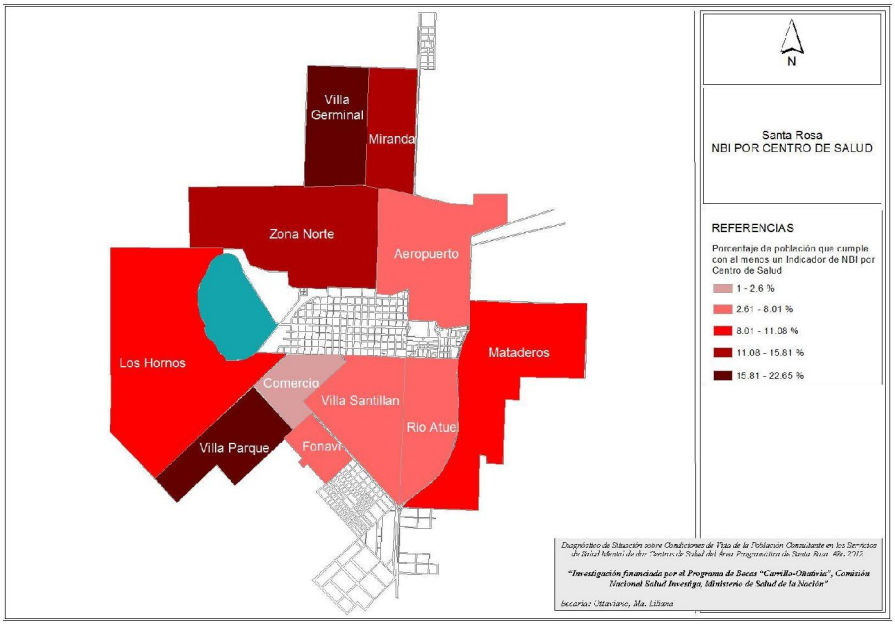
Vinculación de la Base de Datos de NBI con la cartografía de Base.

La estructura y configuración de la base de datos de NBI y la de las Capas o Shapes utilizados, permitió la vinculación de la información entre ambos a través de un campo o nexo único que fue el código de Fracción y Radio Censal. A través de un procedimiento de unión que permite realizar el software se unieron la Tabla de atributos gráficos de la capa (capa vectorial de Fracciones y Radios) y la Base de datos de NBI. De ésta manera se asigno a cada uno de los Radios sus correspondientes datos de NBI.

Generación de Mapas.

Una vez armado el sistema se procedió a la realización de los Mapas en formato JPG de cada centro de salud y sus porcentajes de NBI. Se realizó un Mapa general de NBI por Radio Censal de todos los Centros de Salud **(Mapa 1)**

Mapa 1: Porcentaje de población que cumple al menos un indicador de NBI por área de cobertura de los centros de salud de Santa Rosa.



Fuente: Elaboración propia con datos provistos por la Dirección de Estadísticas y Censos de La Pampa. Censo 2001.

Esto permitió determinar que los Centros de Salud de Villa Parque y Germinal presentan los porcentajes más altos de población con al menos un indicador de NBI; mientras que los Centros de Salud de Comercio, Aeropuerto y Fonavi 42 presentan los más bajos porcentajes de población con al menos un Indicador de NBI. **(Tabla 1)**

Tabla 1: Porcentaje de población según NBI por área de cobertura de cada centro de salud. Santa Rosa.

CENTRO DE SALUD	CUMPLE AL MENOS CON 1 INDICADOR DE NBI	NO CUMPLE CON NINGÚN INDICADOR DE NBI
Comercio	2,60%	97,39%
Aeropuerto	5,24%	94,75%
Fonavi 42	5,56%	94,43%
Rio Atuel	7,01%	92,98%
Villa Santillan	8,01%	91,98%
Matadero	10,13%	89,86%
Los Hornos	11,08%	88,91%
Miranda	14,73%	85,26%
Zona Norte	15,81%	84,18%
Villa Germinal	20,98%	79,01%
Villa Parque	22,65%	77,34%

Fuente: Elaboración propia con datos provistos por la Dirección de Estadísticas y Censos de La Pampa. Censo 2001.

En base a esos datos y a información brindada por la Jefa del Área Programática, acerca de centros de salud que estaban en refacciones, o que tenían los profesionales psi en uso de licencias y pedidos de pase a otro Centro de Salud se seleccionaron los centros de salud: FONAVI 42 y VILLA GERMINAL para desarrollar la investigación.

Población:

a. Universo o población objetivo: 69 personas que consultaron en los servicios de salud mental del Centro de Salud de Fonavi 42 y Villa Germinal del área programática Santa Rosa desde el 1 de agosto al 31de octubre de 2012, incluyendo todos los grupos de edad

b. Unidad de análisis, criterios de inclusión y exclusión:

- **Inclusión:** participaron todas las personas de ambos sexos y de todas las edades que consultaron en los servicios de salud mental de los Centros de Salud de Fonavi 42 y Villa Germinal de Santa Rosa entre agosto y octubre de 2012, y que previamente habían dado su consentimiento informado.
- **Exclusión:** No participaron las personas que no dieron su consentimiento informado.

c. Población accesible. Muestra. Selección y tamaño de la muestra. Análisis de sesgos: no se desarrolló ninguna técnica de muestreo, ya que por las características del estudio se trabajó con el universo de pacientes que se atendieron en los servicios de salud mental de los Centros de Salud: Fonavi 42 y Villa Germinal del área programática Santa Rosa desde el 1 de agosto al 31de octubre de 2012

Definición operacional de las variables y categorías:

Personas Consultantes: persona que concurre a la consulta con profesional psicólogo de algunos de los Centros de salud del área programática Santa Rosa, durante 3 meses el año 2011.

Edad: Edad cronológica en la que se encuentra el paciente al momento en que se completa la ficha epidemiológica.

Sexo: masculino, femenino. Transgénero: entendido este como aquella persona que se sale de las convenciones de los géneros masculino y femenino –sea porque se identifica en un género distinto a hombre o mujer, sea porque altera su cuerpo volviéndolo diferente tanto de los cuerpos masculinos como de los femeninos.[18]

Estado civil: Estado civil (soltero, casado/en pareja, separado, viudo) en el que se encuentra el paciente al realizar la consulta.

Educación: Nivel de escolaridad (sin escolaridad, nivel inicial, primario, secundario, terciario, universitario) alcanzado al momento de realizar la consulta.

Ocupación: actividad que desarrolla (ocupado, desocupado, jubilado, estudiante, ama de casa, jornalero, otros) al momento de realizar la consulta

Condición de la vivienda: Condición de la vivienda (propia, alquilada, prestada/ocupada, pensión, institución, otras) en la que se encuentra al momento de realizar la consulta.

Grupo conviviente: Grupo con el que convive el paciente (solo, familia propia, padres, conyugue/pareja, hijos, parientes, amigos) al momento de realizar la consulta.

Redes sociales: redes sociales y grupos (religiosos, culturales, deportivos, recreativos, educativos y otros) en los que participa el paciente al momento de realizar la consulta.

Problemas de salud: problemas de salud que tiene el paciente (con diagnóstico y sin diagnóstico médico) al momento de realizar la consulta.

Cobertura de salud: (cobertura de salud (con obra social y sin obra social) al momento de realizar la consulta.

Tipo de consulta: tipo de consulta (espontánea o derivado).

Tratamientos anteriores: tratamiento anterior realizado en relación a salud mental (ambulatorio, internación, urgencia, ninguno)

Indicación terapéutica: Indicación terapéutica que se desprende de la consulta realizada (terapia individual, terapia familiar/pareja, psicopedagogía, internación, tratamiento Psiquiátrico y/o farmacológico, otros)

Derivado (a la consulta): el paciente viene derivado por otro servicio de salud, escuela, sistema judicial, familia/amigos.

Motivo de consulta: motivo que lleva al paciente a realizar la consulta: ansiedad, depresión, adicciones, violencia, intento de suicidio, prob. Familiares/sociales, Prob. Psicosomáticos, probl. De aprendizaje o conducta, entrevista Preocupacional, otros problemas.

Diagnostico: diagnóstico realizado por profesional interviniente según: Clasificación Internacional de Enfermedades – 10º Revisión[9]

Derivado a otro servicio: Derivado por el profesional interviniente a otro servicio para su mejor atención.

Instrumentos de recolección de información:

Confección del instrumento:

En el marco de la presente investigación y en el carácter de investigadora diseñé la *FICHA EPIDEMIOLÓGICA*, con la que se recolectaron los datos (Ver anexo). Esta "Ficha Epidemiológica" toma como modelo para su diseño una ficha utilizada por la Dirección de Salud Mental del Gobierno de la ciudad de Buenos Aires en el año 2004. El modelo de ficha así como el permiso para su rediseño y utilización fue aportado por la Lic. Ana Roca - Coordinadora Programa Investigación y Vigilancia Epidemiológica en Salud Mental (PIVESAM) en el mes de marzo de 2007.

La Ficha incorpora las siguientes variables

- DIAGNOSTICO: según la Clasificación Internacional de Enfermedades – 10º Revisión, en la concepción de que la investigación epidemiológica debe partir de criterios de clasificación que permitan describir el colectivo que se pretende estudiar.

- MOTIVOS DE CONSULTA: donde se despliegan un abanico de situaciones, presentes en investigaciones anteriores y en la ficha utilizada como modelo, y que fueron consensuadas con profesionales del área programática de Santa Rosa en función de su práctica cotidiana.

- PROBLEMAS DE SALUD: relacionados con la salud "física". Con diagnóstico médico y sin diagnóstico médico (esto en relación a poder describir la dimensión subjetiva que constituye el proceso de enfermar). También si ha recibido o no ha recibido tratamiento médico y desde hace cuanto tiempo. Freud (14) en el *"Malestar en la Cultura"* sostiene que el sufrimiento amenaza a los hombres desde tres sitios, uno de ellos es el propio

cuerpo, sujeto a la decadencia y finitud. Razón ésta por la que decidí incluir la "vivencia subjetiva de enfermedad física".

- VARIABLES SOCIO DEMOGRÁFICAS: a las variables de edad, sexo y estado civil se le agregan otras tales como, educación, ocupación, condición de la vivienda, sostén económico familiar, cobertura de salud. Escuela, familia, trabajo son ordenadoras en la vida de los sujetos como fundantes de la subjetividad y además como productoras de relaciones sociales. *"La familia, la escuela y el trabajo no constituyen, en el plano de los problemas de salud mental, un contexto o paisaje externo al surgimiento de los conflictos, sino que, por el contrario, se presentan como el ámbito social en el que se gestan y despliegan los mismos."* *(4)* Se incluyó el "sostén económico familiar" tomando como referencia diversos estudios que sostienen que la mutación en la estructura familiar que estamos observando conllevaría a la fragilización del vínculo familiar. "*Si reconocemos que el "trabajo" constituye todavía el principal articulador de la vida de los que trabajan; si aceptamos que las condiciones de trabajo siguen siendo las ordenadoras de los tiempos de trabajo y no trabajo, del tipo de relaciones intra y en parte extralaborales, así como de los niveles posibles de consumo; si asumimos que dichos tiempos suponen marcar las posibilidades de contacto cotidiano con la familia en términos de relaciones de pareja y en función de las relaciones con los hijos, debemos reconocer entonces que las condiciones de trabajo afectan no sólo la salud del trabajador sino también las condiciones de vida de los miembros del grupo familiar."* (18)

Desde esta perspectiva, el proceso salud/enfermedad posibilita observar la articulación entre trabajo y vida cotidiana, en lugar de observarlos como mundos separados.

En cuánto a las características educacionales, permitirá observar las características operativas de la población y la posibilidad de dar respuestas a los requerimientos del mercado laboral. Como así también la inclusión en redes de socialización. En este punto es particularmente importante

considerar los niveles de escolaridad de modo diferencial según los grupos de edad y de los lugares que ocupen en la estructura familiar.

- VARIABLES VINCULADAS A LAS RELACIONES SOCIALES Y VÍNCULOS: tales como grupo conviviente, redes sociales. Que contemple las posibles inserciones de redes de relaciones en sistemas de sociabilidad, de contención que hacen a la integración en diferentes lazos sociales. El mismo Freud[20] en el *"Malestar en la Cultura"* señala como un tercer sitio fuente de sufrimiento a los vínculos con otros seres humanos. Refiriendo además, que tal vez esta sea la fuente de mayor sufrimiento. Considero necesario poder establecer los espacios de pertenencia social, la integración a la comunidad no solo como determinante del proceso salud enfermedad, sino además como recurso comunitario a tener en cuenta a la hora de pensar la salud mental desde una perspectiva comunitaria.

- VARIABLES VINCULADAS A LA CONSULTA EN SALUD MENTAL. Tales como tratamientos anteriores, tipo de consulta, derivado por, derivado a, e indicación terapéutica. Lo que nos dará la posibilidad de describir la percepción que de si mismo y su sufrimiento tiene el paciente y su entorno (familia, amigos, otros profesionales). También podremos describir si la intervención terapéutica se puede desarrollar en la misma comunidad o en otro servicio de salud más alejado.

Prueba del instrumento:

En el mes de mayo, Se desarrollaron dos reuniones, una con la Directora y la Psicóloga del Centro de Salud de Fonavi 42 y otra con la Directora y el Psicólogo del Centro de Salud de Germinal, en esas reuniones se procedió a explicitar los alcances de la Investigación y se acordó la forma de funcionamiento que íbamos a mantener durante el trabajo de campo.

Antes de realizar la prueba piloto, se desarrolló una reunión con los profesionales psicólogos/as de ambos Centros de Salud y la responsable de la investigación; donde se fue definiendo y revisando cada una de las variables que abordaba la Ficha.

En el mes de julio se desarrolló la prueba piloto en los dos Centros de Salud, nos volvimos a reunir y se realizaron los ajustes necesarios a la Ficha Epidemiológica tomando en cuenta algunas sugerencias brindadas por los profesionales que tenían a su cargo la recolección de los datos.

Y se elaboró un INSTRUCTIVO PARA EL TRABAJO DE CAMPO (ver anexo), que fue llevado por la investigadora a cada Profesional psicólogo/a con las FICHAS EPIDEMIOLÓGICAS definitivas, el día anterior a dar comienzo con el trabajo de campo. En el mencionado instructivo se aclaraba y definían aquellos puntos sugeridos pos los profesionales de los Centros de Salud.

Plan de análisis de los resultados:

El tratamiento que se dio a la información es de tipo cuantitativo, el análisis se realizó con el programa Epi –Info versión 3.5.1., lo que permitió establecer distribuciones de frecuencias, cruces de diferentes variables que se describen en los Resultados.

CONSIDERACIONES ETICAS

Aspectos éticos de la Investigación: como toda investigación en salud humana, se trabajó sobre la base de la "Guía de Investigación en Salud Humana"[21].

Principios éticos básicos: Las investigaciones en salud sobre seres humanos deben ajustarse a los tres principios éticos básicos: respeto por las personas, beneficencia y justicia.

El respeto por las personas. Este principio implica que las personas autónomas o capaces de deliberar sobre sus decisiones sean respetadas en su

capacidad de autodeterminación, libres de incentivos e influencia indebidos y de coerción, y que las personas absoluta o relativamente incapaces de otorgar un consentimiento reciban protecciones especiales adicionales.

La beneficencia. Este principio se refiere a la exigencia ética de lograr los máximos beneficios posibles y de reducir al mínimo la probabilidad de daño.

La justicia. Este principio se refiere a la obligación ética de tratar a cada persona de manera equitativa, salvo que haya diferencias relevantes que justifiquen un trato distinto.

En la misma Guía[21] se establece que *"...las investigaciones observacionales que incluyen encuestas o entrevistas o procedimientos diagnósticos de rutina o se limitan al análisis de muestras biológicas o datos vinculados a personas y las investigaciones experimentales epidemiológicas o clínicas que se realizan con productos o procedimientos ya registrados por la autoridad reguladora, requieren de la obtención de un consentimiento informado de los participantes y de la evaluación inicial y periódica por un CEI. Dentro de este grupo, los estudios observacionales considerados de bajo riesgo, es decir, aquellos que presentan el mismo riesgo que la práctica médica de rutina, pueden recibir una evaluación inicial expeditiva y no requieren de revisión periódica." (17)*

Se adjunta en el anexo, el **consentimiento informado** que cada persona firmó, dando de ésta manera su acuerdo para participar de la investigación. Siguiendo la definición que se encuentra en la Guía: *Un consentimiento informado es voluntario y libre cuando lo otorga una persona autónoma y competente que puede entender el propósito y la naturaleza de la investigación, los riesgos que deberá afrontar y los beneficios que podría recibir, y que conoce sus derechos como participante de una investigación. Una persona autónoma y competente es aquella capaz para tomar una decisión de manera voluntaria, únicamente en función de sus propios valores, intereses y preferencias, y siempre que cuente con la información necesaria para evaluar sus opciones. Como principio general, el consentimiento*

deberá obtenerse para toda investigación en la que participen seres humanos o se realicen con muestras biológicas o datos personales. El proceso de consentimiento informado deberá incluir los siguientes elementos: competencia para tomar decisiones del potencial participante o su representante legal, información clara y completa antes y durante la investigación, comprensión de la información, decisión voluntaria y libre, y documentación de todo el proceso. *(17)*

Procedimiento para el Consentimiento informado:

Cada persona que iniciaba su consulta con los profesionales psicólogos/as era informada e invitada a participar de la investigación, aclarándose que no era excluyente para la consulta.

La Investigación contó con la aceptación del Comité de Ética perteneciente al Instituto de la Salud "Juan Lazarte" de Rosario. Para la recolección de la información que se registra en cada Ficha Epidemiológica se consideraron tres elementos éticos: la información verbal por parte del profesional psicólogo/a, consentimiento informado (por escrito) y la confidencialidad de la misma.

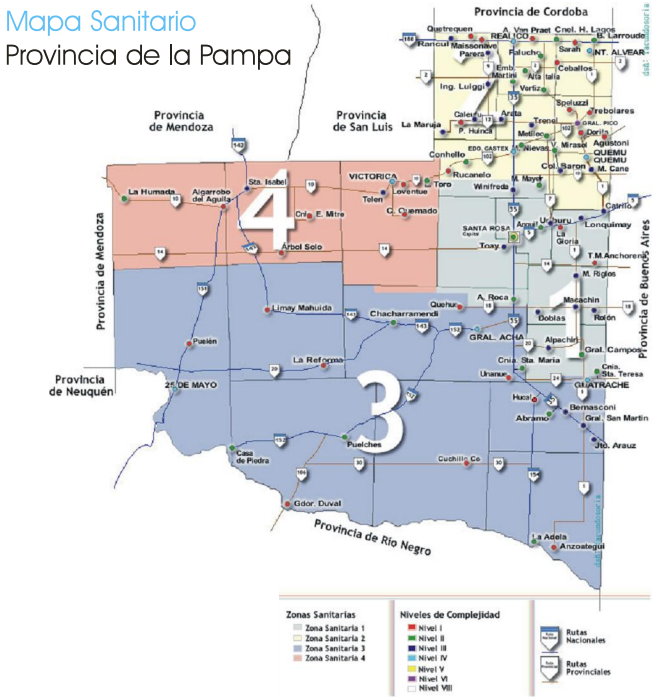
En un solo Centro de Salud hubo una persona que se negó a brindar sus datos para la investigación.

RESULTADOS

El Sistema de Salud Público de la Provincia de La Pampa cuenta con 110 Establecimientos Asistenciales de diferentes niveles de complejidad que van desde Nivel 1 (menor complejidad) al Nivel 8 (mayor complejidad).

Los Establecimientos se encuentran agrupados en 4 Zonas Sanitarias, las que pueden apreciarse en el **Mapa 2** *y* 2 Áreas Programáticas*: S*anta Rosa y General Pico.

Mapa 2: Mapa Sanitario de la Provincia de La Pampa.



Fuente: Sala de Situación de Salud. Dirección de Epidemiología. Ministerio de Salud. La Pampa

La Zona Sanitaria 1 concentra el 46% de la población de la Provincia y comprende los departamentos de Toay, Capital, Catriló, Atreucó y Guatraché. La Zona Sanitaria 2 reúne el 39% de la población y está conformada por los departamentos de Rancul, Realicó, Chapaleufú, Trenel, Maracó, Conhelo y Quemú Quemú.

Las zonas restantes corresponden a los departamentos de menor densidad poblacional de la Provincia. La Zona Sanitaria 3 comprendida por Puelén, Limay Mahuida, Utracán, Hucal, Caleu Caleu, Lihuel Calel y Curacó posee el 11% de la población; por último la Zona Sanitaria 4, conformada por los departamentos de Chical Có, Chalileo y Loventué concentra sólo el 4% de la población de La Pampa.

No todos los establecimientos de salud cuentan con profesionales del campo de la salud mental. En aquellas Instituciones de salud en las que hay profesionales psicólogos, se accede por demanda espontánea en el primer nivel de atención y por derivación de éstos a los Servicios de Salud Mental que se encuentran en los Hospitales de Santa Rosa, General Pico y General Acha.

Los Centros de Salud del Área Programática Santa Rosa, presentan escenarios sociales heterogéneos en cuanto a las condiciones de vida de sus habitantes. En relación a los servicios sanitarios que ofrecen, éstos también muestran cierta heterogeneidad que está dada por el hecho de que no todos los centros de salud cuentan con los mismos recursos humanos ni de servicios. Todos los Centros de Salud garantizan el acceso de la población a la consulta e ingreso al sistema de salud, organizados según grados de complejidad creciente y cuentan con profesionales psicólogos/as a los que se accede en forma espontánea, previo turno asignado en el mismo centro de salud; o derivado de algún servicio de mayor complejidad (internación o guardia en Hospital Dr. Lucio Molas) para que continúe su atención cercanamente a su domicilio. También se reciben derivaciones (aunque en menor número) del sistema educativo y judicial.

Durante los tres meses en los que se desarrolló el trabajo de campo se completaron en ambos Centros de Salud 69 Fichas Epidemiológicas. Distribuyéndose por igual en ambos Centros de Salud: 35 fichas (50,70%) en Fonavi 42, y 34 fichas (49,30%) en Germinal.

1. Caracterización de la población consultante

Sobre el total de la población consultante (N: 69) los hallazgos presentan que la consulta en mujeres (54: 78.30%) es más frecuente que en hombres (15: 21.70%).

El 55.10 % (38) de los encuestados tienen escolaridad Primaria, éstos niveles de Instrucción se distribuyen de manera semejante en ambos Centros de Salud.

En relación al Estado Civil el 53.60% (37) es soltero, el 14.00% (10) es separado y el 32.88% (22) es casado.

La variable Ocupación se distribuye de la siguiente manera: el 31.90% (22) es estudiante, el 30.40% (21) está ocupado, el 18.80% (13) son amas de casa. Estos tienen una distribución dispar según el Centro de Salud, lo que se puede observar en la ***tabla 2***, en el caso de los estudiantes el 81.81% (18) consultaron en Villa Germinal, lo que podría estar influenciado por el hecho de que en ese Centro de Salud atiende una psicóloga que exclusivamente atiende niños y adolescentes. En cuanto a los Ocupados, son más frecuentes en el Centro de Salud de Fonavi 42, donde duplican el valor que alcanzan en Germinal.

Tabla 2: Ocupación según centros de salud. Centros de salud Villa Germinal y Fonavi 42. Santa Rosa. Agosto – octubre. 2012

	CENTROS DE SALUD		
OCUPACION	Fonavi 42	Germinal	TOTAL
Ama de Casa	8	5	13
Desocupado	4	4	8
Estudiante	4	18	22
Jubilado	2	0	2
Ocupado	14	7	21
Otras	3	0	3
TOTAL	35	34	69

Fuente: Elaboración propia con datos surgidos de la *FICHA EPIDEMIOLOGICA* ideada para la presente investigación

La consulta es más frecuente en los menores de 14 años (26.10%), luego le siguen el grupo de 40 a 49 años (24.60%) y el de 20 a 29 años (21.70%). El 63.80 % de las consultas son de personas entre 0 y 49 años ***(tabla 3).*** Si se analizan las consultas por grupos etarios y por Centros de Salud, se puede ver que en Fonavi 42 el grupo de edad que más frecuentemente consulta es el de 40 – 49 años (13) y en Germinal es el de 0 – 14 años (17).

Tabla 3: Frecuencia de consulta según grupos etarios. Centros de salud Villa Germinal y Fonavi 42. Santa Rosa. Agosto – octubre. 2012

GRUPOS ETARIOS	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
0-14 años	18	26,10%	26,10%
15-19 años	3	4,30%	30,40%
20-29 años	15	21,70%	52,20%
30-39 años	8	11,60%	63,80%
40-49 años	17	24,60%	88,40%
50-59 años	7	10,10%	98,60%
60 y más años	1	1,40%	100,00%
Total	69	100,00%	100,00%

Fuente: Elaboración propia con datos surgidos de la *FICHA EPIDEMIOLOGICA* ideada para la presente investigación

En relación al grupo conviviente, el 47.80% (33) viven con la familia propia (pareja + hijos ó padres + hermanos), el 21.70% (15) viven con los hijos y un 10.10% (7) vive con los padres. En ambos Centros de Salud es más frecuente que vivan con la familia propia, en el caso de Germinal en segundo lugar está el vivir con los padres, y en Fonavi 42 el vivir con los hijos. Esto probablemente se puede atribuir a las diferencias encontradas en los grupos de edad de los consultantes a cada centro de salud. Germinal tiene mas consultas en menores de 15 años que Fonavi 42.

El sostén económico familiar es en un 35.30% (24) la misma persona que consulta, y un 42.60% (29) es el padre/madre de quien consulta. Solo 3 encuestados (4.40%) tienen algún tipo de Programa Estatal. Mientras que en Germinal es más frecuente que el sostén del hogar sea el padre/madre (50%) en Fonavi 42 es más frecuente que el sostén familiar sea el propio consultante (42%)

La condición de la vivienda es en un 65.20% (45:69) casa propia, 15.90% (11:69) tienen prestada/ocupada y un 8.70% (6:69) alquilan la vivienda en la que viven. En los consultantes del Centro de Salud de Villa Germinal, la condición de la vivienda presenta valores más favorables que los de Fonavi 42. **(Tabla 4)**

Tabla 4: Condición de la vivienda según centros de salud. Centros de salud Villa Germinal y Fonavi 42. Santa Rosa. Agosto – octubre. 2012

	CENTROS DE SALUD		
CONDICION DE DE LA VIVIENDA	Fonavi 42	Germinal	TOTAL
Alquilada	5	1	6
Casa propia	19	26	45
Compartida	4	1	5
Institución	0	1	1
Pensión	1	0	1
Prestada/Ocupada	6	5	11
TOTAL	35	34	69

Fuente: Elaboración propia con datos surgidos de la *FICHA EPIDEMIOLOGICA* ideada para la presente investigación

Se intenta explicar desde la epidemiología el sufrimiento mental de los individuos en el conjunto de sus relaciones familiares y sociales en un sentido amplio, la práctica clínica asistencial debe pensar en el individuo en sus relaciones sociales, por esto se decidió incluir la variable Participación en grupos como una forma de indagar la pertenencia a diferentes colectivos que pudiera tener la persona consultante. Partiendo del supuesto que es en el grupo donde el sujeto puede no solo construir el lazo social, sino mediatizar situaciones de sufrimiento mental, pensar estrategias colectivas alternativas a su vivencia subjetiva.

En relación a la Participación en grupos, el 62.30% (43:69) no participan de ningún grupo; el 14.50% (10:69) participa de grupos educativos. Esta distribución no es homogénea, hay mayor participación en grupos entre los consultantes de Germinal, que entre los de Fonavi 42 donde el 82.85% (29:35) no participa de ningún grupo. ***(Tabla 5)***

Tabla 5: Participación en grupos según centros de salud. Centros de salud Villa Germinal y Fonavi 42. Santa Rosa. Agosto – octubre. 2012

	CENTROS DE SALUD		
PARTICIPA EN GRUPOS	**Fonavi 42**	**Germinal**	**TOTAL**
Culturales	1	2	3
Deportivos	1	4	5
Educativos	1	9	10
NINGUNO	29	14	43
Recreativos	0	2	2
Religiosos	3	3	6
TOTAL	35	34	69

Fuente: Elaboración propia con datos surgidos de la *FICHA EPIDEMIOLOGICA* ideada para la presente investigación

En cuanto a la variable "consulta por otros motivos en el centro de salud", el 52.22% (37:67) de los consultantes bajo estudio concurren al Centro de salud por otros motivos que requieren atención sanitaria. Pero esto no se distribuye por igual en ambos Centros de Salud; ya que en Fonavi 42, el 69.69% (23:33) concurren al

centro por otras demandas de salud. En el caso de Villa Germinal el 58.82% (20:34) solo lo hace para la consulta psicológica.

2. Motivos de consulta en salud mental de la población consultante:

La Ficha Epidemiológica incluye entre las variables el Motivo de Consulta, definido como el "motivo" que lleva al paciente a realizar la consulta: ansiedad, depresión, adicciones, violencia, intento de suicidio, prob. Familiares/sociales, Prob. Psicosomáticos, probl. De aprendizaje o conducta, entrevista Preocupacional, otros problemas; y que surge del relato del propio consultante.

La Ficha permitió recoger el motivo de consulta de 68 consultas sobre un total de 69 fichas completadas.

Cuando se analizan los motivos de consulta para toda la población se observa que un 30.90% (21:68) expresa problemas familiares y sociales como motivo para acudir a la consulta, luego le siguen con un 19.10% (13:68) los problemas de aprendizaje o conducta (19.10%), esto se puede observa en la ***tabla 6.*** Estos no se distribuyen por igual en mujeres y varones, en el caso de los Problemas familiares y sociales, es un motivo de consulta exclusivo de las mujeres en ambos Centros de Salud ***(tabla 7).***

Tabla 6: Motivos de consulta. Centros de salud Villa Germinal y Fonavi 42. Santa Rosa. Agosto – octubre. 2012

MOTIVO DE CONSULTA	Frecuencia	Porcentaje
Adicciones	1	1,50%
Ansiedad	6	8,80%
depresión	10	14,70%
Otros	10	14,70%
Prob. De aprendizaje o conducta	13	19,10%
Prob. Fliares/sociales	21	30,90%
Prob. Psicosomáticos	2	2,90%
Violencia	5	7,40%
Total	68	100,00%

Fuente: Elaboración propia con datos surgidos de la *FICHA EPIDEMIOLOGICA* ideada para la presente investigación

Tabla 7: Motivos de consulta según sexo. Centros de salud Villa Germinal y Fonavi 42. Santa Rosa. Agosto – octubre. 2012

MOTIVOS DE CONSULTA	Femenino	Masculino	TOTAL
Adicciones	1	0	1
Ansiedad	5	1	6
Depresión	8	2	10
Otros	6	4	10
Prob. De aprendizaje o conducta	8	5	13
Prob. Fliares/sociales	21	0	21
Prob. Psicosomáticos	1	1	2
Violencia	3	2	5
TOTAL	53	15	68

Fuente: Elaboración propia con datos surgidos de la *FICHA EPIDEMIOLOGICA* ideada para la presente investigación

Los problemas familiares y sociales son más frecuentes entre mujeres solteras, 57.21% (12:21) y luego le siguen las mujeres casadas, 33.33% (7:21) y solo en dos casos se corresponden con mujeres separadas. Es más frecuente entre las que viven con la propia familia 52.38% (11:21)

Si se analizan los Motivos de consulta según grupos etarios ***(tabla 8)*** los Problemas familiares y sociales atraviesan todos los grupos de edad desde los 0 hasta los 59 años. En segundo lugar, de acuerdo a su frecuencia, están los problemas de aprendizaje o conducta (13) y es el motivo de consulta más frecuente entre los menores de 15 años. Es importante aclarar que este motivo de consulta se encuentra presente hasta los 49 años y en casos en que los consultantes son los padres y las madres de los niños y adolescentes.

Tabla 8: Motivos de consulta según grupos etarios. Centros de salud Villa Germinal y Fonavi 42. Santa Rosa. Agosto – octubre. 2012

	GRUPOS ETARIOS							
MOTIVO DE CONSULTA	0-14	15-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60 y más	TOTAL
Adicciones	0	0	0	0	1	0	0	1
Ansiedad	1	0	4	0	1	0	0	6
Depresión	0	0	0	1	4	4	1	10
Otros	4	0	4	0	2	0	0	10
Prob. De aprendizaje o conducta	6	1	2	1	3	0	0	13
Prob. Fliares/sociales	4	2	2	4	6	3	0	21
Prob. Psicosomáticos	1	0	1	0	0	0	0	2
Violencia	1	0	2	2	0	0	0	5
TOTAL	17	3	15	8	17	7	1	68

Fuente: Elaboración propia con datos surgidos de la *FICHA EPIDEMIOLOGICA* ideada para la presente investigación

La depresión como motivo de consulta aparece a partir de los 30 a 39 años y se halla presente hasta los 60 años y más, siendo más frecuente en las mujeres.

Analizando los motivos de consulta y la participación en grupos de los consultantes **(tabla 9)**, se puede observar que el 63.23% (43:68) no participa de ningún grupo, y dentro de ellos el motivo de consulta más frecuente es problemas familiares y Sociales, 34.88% (15:43) y depresión, 20.93% (9:43)

Tabla 9: Motivos de consulta según participación en grupos. Centros de salud Villa Germinal y Fonavi 42. Santa Rosa. Agosto – octubre. 2012

	PARTICIPA EN GRUPOS						
MOTIVOS DE CONSULTA	Culturales	Departivos	Educativos	NINGUNO	Recreativos	Religiosos	TOTAL
Adicciones	1	0	0	0	0	0	1
Ansiedad	1	0	0	4	0	1	6
depresión	0	0	0	9	0	1	10
Otros	0	1	2	6	0	1	10
Prob. De aprendizaje o conducta	1	1	4	6	0	1	13
Prob. Fliares/sociales	0	1	3	15	2	0	21
Prob. Psicosomáticos	0	0	0	2	0	0	2
Violencia	0	2	1	1	0	1	5
TOTAL	3	5	10	43	2	5	68

Fuente: Elaboración propia con datos surgidos de la *FICHA EPIDEMIOLOGICA* ideada para la presente investigación

En el Centro de Salud de Fonavi 42 el 82.85% (29:35) de los consultantes no participa de ningún grupo; y dentro de ellos el 31.03% (9:29) presenta como motivo de consulta, problemas familiares y sociales. En Germinal el 42.42% (14:33) de los consultantes no participa de ningún grupo y dentro de ellos el 42.85% (6) presenta como motivo de consulta Problemas familiares y sociales.

Otro aspecto contemplado en el análisis es la relación de los motivos de consulta respecto de la provisión económica para la subsistencia. Si se analizan los motivos de consultas en función del sostén económico familiar ***(Tabla 10)*** se puede observar que cuando la persona que consulta es el sostén económico el motivo de consulta más frecuente son los Problemas Familiares y sociales 30.43% (7:23) seguido en segundo lugar por depresión 21.73% (5:23). En el caso de que el sostén es el padre o la madre de quien consulta, 37.93% (11:29) tiene Problemas de aprendizaje o conducta y el 21.13% (7:29) presentan problemas familiares o sociales. Esto sigue una distribución de similares características en ambos Centros de Salud.

Tabla 10: Motivos de consulta según sostén económico familiar. Centros de salud Villa Germinal y Fonavi 42. Santa Rosa. Agosto – octubre. 2012

	SOSTEN ECONOMICO FAMILIAR					
MOTIVOS DE CONSULTA	El mismo/a	Otros	Padre/madre	Pareja	Programa Estatal	TOTAL
Adicciones	1	0	0	0	0	1
Ansiedad	1	1	2	1	1	6
depresión	5	0	2	2	1	10
Otros	3	1	5	1	0	10
Prob. De aprendizaje o conducta	1	0	11	1	0	13
Prob. Fliares/sociales	7	1	7	4	1	20
Prob. Psicosomáticos	2	0	0	0	0	2
Violencia	3	0	2	0	0	5
TOTAL	23	3	29	9	3	67

Fuente: Elaboración propia con datos surgidos de la *FICHA EPIDEMIOLOGICA* ideada para la presente investigación

3. Diagnósticos en la población consultante:

Se analizan 61 diagnósticos consignados según Clasificación Internacional de Enfermedades décima revisión CIE 10^{9} de un de un total de 69 consultas.

Los diagnósticos más frecuentes entre los consultantes son los comprendidos entre los F40-F48, *Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el stress y trastornos somatomorfos* en un 27.87% (17:61) en segundo lugar los comprendidos entre los F30-F39, *Trastornos del humor* con un 21.31% (13:61) y en tercer lugar los comprendidos en Z55-Z65, *Personas con riesgos potenciales para su salud, relacionados con circunstancias económicas y psicosociales* con el 18.03% (11:61) lo que puede observarse en la ***Tabla 11.***

Tabla 11: Diagnósticos según CIE 10[2]. Centros de salud Villa Germinal y Fonavi 42. Santa Rosa. Agosto – octubre. 2012

DIAGNÓSTICO CIE10	Nº DE CASOS	PORCENTAJE
F30-F39	13	21,31
F40-F48	17	27,87
F60-F69	2	3,28
F80-F89	1	1,64
F90-F98	8	13,11
Z30-Z39	1	1,64
Z40-Z54	2	3,28
Z55-Z65	11	18,03
Z71.0	6	9,84
TOTAL	61	100

Fuente: Elaboración propia con datos surgidos de la *FICHA EPIDEMIOLOGICA* ideada para la presente investigación

En el caso de los F40-F48, *Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el stress y trastornos somatomorfos*, el motivo de consulta más frecuente para ese grupo de diagnósticos son los problemas familiares y sociales. La depresión como motivo de consulta es casi exclusiva de los diagnósticos agrupados entre los *F30-F39, Trastornos del humor*. En los diagnósticos *de Z55-Z65, Personas con*

2

- F30 – F39: Trastornos del humor (afectivos)
- F40 – F48: Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el stress y trastornos somatomorfos
- F60 – F69: Trastornos de la personalidad y del comportamiento en adultos
- F80 – F89: Trastornos del desarrollo psicológico
- F90 – F98: Trast. emocionales y del comport. que aparecen habitualmente en la niñez/ adolescencia
- Z30 – Z39: Personas en contacto con los serv. de salud en circunst relacionadas con la reprod
- Z40 – Z65: Personas en contacto con los serv. de salud para proced. Especif. y cuidados de la salud
- Z55 – Z65: Personas con riesgos potenciales para su salud, relac. con circunst. Económ y psicosoc.
- Z71.0: Personas en contacto con los servicios de salud por otras consultas y consejos médicos, no clasificados en otra parte. Persona Que consulta en nombre de otra persona.
-

riesgos potenciales para su salud, relacionados con circunstancias económicas y psicosociales el motivo de consulta más frecuente son los Problemas familiares y Sociales. ***(Tabla 12)***

Tabla 12: Diagnósticos CIE[3] 10 según motivos de consulta. Centros de salud Villa Germinal y Fonavi 42. Santa Rosa. Agosto – octubre. 2012

	MOTIVOS DE CONSULTA							
CIE 10 diag	Ansiedad	Depresión	Otros	Prob. De aprendizaje o conducta	Prob. Fliares/sociales	Prob. Psicosomáticos	Violencia	TOTAL
F30-F39	1	9	1	0	1	0	1	13
F40-F48	5	0	2	0	7	2	1	17
F60-F69	0	0	0	0	2	0	0	2
F80-F89	0	0	0	1	0	0	0	1
F90-F98	0	0	3	4	1	0	0	8
Z30-Z39	0	1	0	0	0	0	0	1
Z40-Z54	0	0	2	0	0	0	0	2
Z55-Z65	0	0	0	2	7	0	2	11
Z71.0	0	0	1	3	2	0	0	6
TOTAL	6	10	9	10	20	2	4	61

Fuente: Elaboración propia con datos surgidos de la *FICHA EPIDEMIOLOGICA* ideada para la presente investigación

Si se analizan los Diagnósticos según grupos de edad **y** tal como se presenta en la **tabla 13** se puede ver que:

- F40-F48, *Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el stress y trastornos somatomorfos,* es más frecuente entre los 0-14 años y entre los 20–29 años
- F30-F39, *Trastornos del humor,* se presenta entre los consultantes a partir de los 20 años y es más frecuente entre los 50-59 años.

[3] F30 – F39: Trastornos del humor (afectivos)
F40 – F48: Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el stress y trastornos somatomorfos
F60 – F69: Trastornos de la personalidad y del comportamiento en adultos
F80 – F89: Trastornos del desarrollo psicológico
F90 – F98: Trast. emocionales y del comport. que aparecen habitualmente en la niñez/ adolescencia

Z30 – Z39: Personas en contacto con los serv. de salud en circunst relacionadas con la reprod
Z40 – Z65: Personas en contacto con los serv. de salud para proced. Especif. y cuidados de la salud
Z55 – Z65: Personas con riesgos potenciales para su salud, relac. con circunst. Económ y psicosoc.
Z71.0: Personas en contacto con los servicios de salud por otras consultas y consejos médicos, no clasificados en otra parte. Persona Que consulta en nombre de otra persona.

- *Z55-Z65, Personas con riesgos potenciales para su salud, relacionados con circunstancias económicas y psicosociales,* se distribuye entre los 0 y los 49 años.

Tabla 13: Diagnósticos [4] según grupos etarios centros de salud Villa Germinal y Fonavi 42. Santa Rosa. Agosto – octubre. 2012

	GRUPOS ETARIOS							
DIAGNOSTICOS CIE 10	0-14	15-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60 y más	TOTAL
F30-F39	0	0	2	3	3	4	1	13
F40-F48	5	0	5	2	3	2	0	17
F60-F69	0	0	1	1	0	0	0	2
F81	0	1	0	0	0	0	0	1
F90-F98	7	0	1	0	0	0	0	8
Z33	0	0	0	0	1	0	0	1
Z50	1	0	0	0	1	0	0	2
Z55-Z65	3	1	2	1	4	0	0	11
Z71.0	0	0	1	0	4	1	0	6
TOTAL	16	2	12	7	16	7	1	61

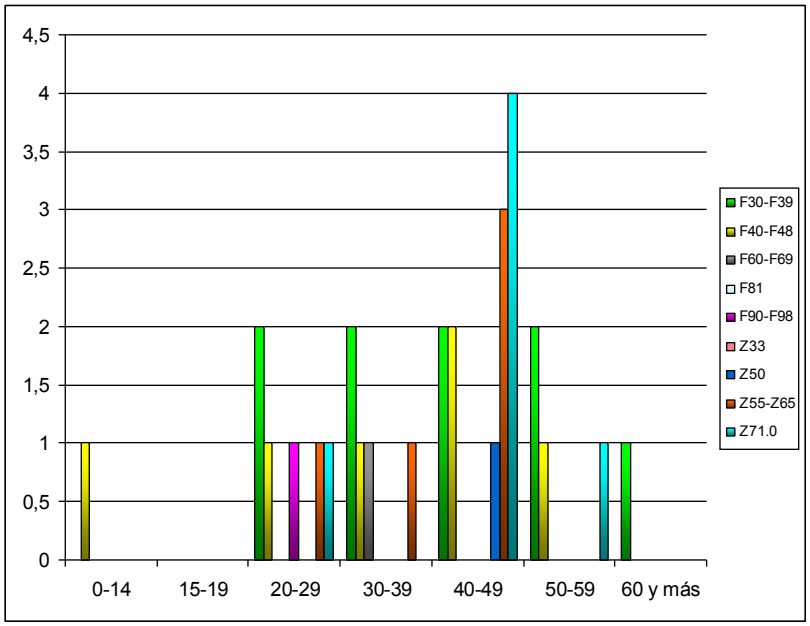
Fuente: Elaboración propia con datos surgidos de la *FICHA EPIDEMIOLOGICA* ideada para la presente investigación

En el caso de los F90 – F98, *Trastornos emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la niñez/ adolescencia,* el 87.5% (7) se presenta entre los 0–14 años y se corresponden con consultantes del Centro de salud de Germinal, el otro caso es en el grupo de 20 – 29 años, y es de Fonavi 42

En el centro de Salud de Villa Germinal no hay consultas que se correspondan con diagnóstico de Z71.0, *Personas en contacto con los servicios de salud por otras consultas y consejos médicos, no clasificados en otra parte. Persona Que consulta en nombre de otra persona*, mientras que en Fonavi 42 hay 6 consultantes con éste diagnóstico.

La diferencia en las características etarias de los consultantes en cada Centro de Salud hace que la distribución de los diagnósticos según los grupos de edad adopten una tendencia diferente según el Centro de Salud de que se trate ***(Gráficos 1 y 2)***

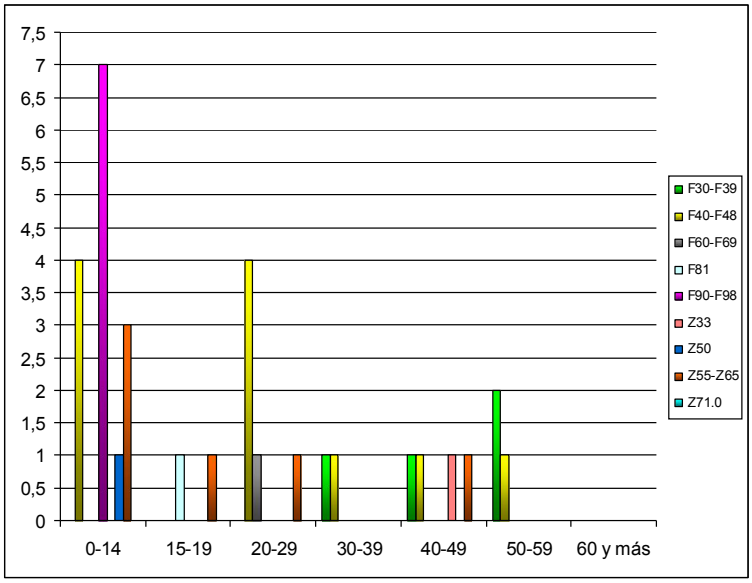
Gráfico 1: Diagnósticos[5] según grupos etarios. Centro de salud Fonavi 42. Santa Rosa. Agosto – octubre. 2012



Fuente: Elaboración propia con datos surgidos de la *FICHA EPIDEMIOLOGICA* ideada para la presente investigación

- [4] Idem referencia nota al pie anterior (3)
- [5] F30 – F39: Trastornos del humor (afectivos)
- F40 – F48: Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el stress y trastornos somatomorfos
- F60 – F69: Trastornos de la personalidad y del comportamiento en adultos
- F80 – F89: Trastornos del desarrollo psicológico
- F90 – F98: Trast. emocionales y del comport. que aparecen habitualmente en la niñez/ adolescencia
- Z30 – Z39: Personas en contacto con los serv. de salud en circunst relacionadas con la reprod
- Z40 – Z65: Personas en contacto con los serv. de salud para proced. Especif. y cuidados de la salud
- Z55 – Z65: Personas con riesgos potenciales para su salud, relac. con circunst. Económ y psicosoc.
- Z71.0: Personas en contacto con los servicios de salud por otras consultas y consejos médicos, no clasificados en otra parte. Persona Que consulta en nombre de otra persona.

Gráfico 2: Diagnósticos[6] según grupos etarios. Centro de salud Villa Germinal. Santa Rosa. Agosto – octubre. 2012



Fuente: Elaboración propia con datos surgidos de la *FICHA EPIDEMIOLOGICA* ideada para la presente investigación

Los *Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el stress y trastornos somatomorfos* (F40 – F48) se distribuyen por igual entre casados y solteros y es más frecuente entre los consultantes que viven con la familia propia (definida como la convivencia en un mismo hogar del o la cosultante con su pareja y los hijos). Estas variables se distribuyen por igual en ambos centros de salud.

- [6] F30 – F39: Trastornos del humor (afectivos)
- F40 – F48: Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el stress y trastornos somatomorfos
- F60 – F69: Trastornos de la personalidad y del comportamiento en adultos
- F80 – F89: Trastornos del desarrollo psicológico
- F90 – F98: Trast. emocionales y del comport. que aparecen habitualmente en la niñez/ adolescencia
- Z30 – Z39: Personas en contacto con los serv. de salud en circunst relacionadas con la reprod
- Z40 – Z65: Personas en contacto con los serv. de salud para proced. Especif. y cuidados de la salud
- Z55 – Z65: Personas con riesgos potenciales para su salud, relac. con circunst. Económ y psicosoc.
- Z71.0: Personas en contacto con los servicios de salud por otras consultas y consejos médicos, no clasificados en otra parte. Persona Que consulta en nombre de otra persona.

4. Caracterización de la demanda, la atención e Indicación terapéutica:

De las 69 personas que participaron en la investigación, el 47.82% (33:69) llega a la consulta psicológica en el Centro de Salud por propia iniciativa. El 52.17% (36.39) llega derivado por otros Servicios de Salud, Escuela, Sistema Judicial o por sugerencia de familia y/o amigos. Esto es más frecuente en el Centro de Salud de Villa Germinal donde el 54.16% (13:24) es derivado por otro servicio de Salud. **(Tabla 14)**

Tabla 14: Derivado por otros Servicios e Instituciones según centros de salud. Centros de salud Villa Germinal y Fonavi 42. Santa Rosa. Agosto – octubre. 2012

	CENTRO DE SALUD		
DERIVADO POR	Fonavi 42	Germinal	TOTAL
Escuela	6	3	9
Familia/amigos	0	5	5
Otro Servicio de salud	4	13	17
Sistema Judicial	2	3	5
TOTAL	12	24	36

Fuente: Elaboración propia con datos surgidos de la *FICHA EPIDEMIOLOGICA* ideada para la presente investigación

En relación a los tratamiento anteriores, en ambos centros de salud es más frecuente la consulta de personas que ya han estado en tratamiento psicológico/psiquiátrico de forma ambulatoria, 55.07% (38:69). En segundo lugar quienes nunca han estado en tratamiento psicológico y/o psiquiátrico, 39.13% (27:69). Y en cuanto a quienes han tenido internaciones en algún servicio de salud mental, solo acuden a la consulta en estos centros de salud un 5.79% (4:69). Esto último podría estar dado por la estrategia de seguimiento por consultorio externo, que tiene implementado el Servicio de salud Mental del Hospital Dr. Lucio Molas (nivel referencial del primer nivel de atención del área Santa Rosa) de los pacientes que han estado internados en el mencionado servicio.

En cuanto a la derivación a otro servicio de salud para su atención, el 86.36% (57:66) es tratado y asistido en el propio centro de salud donde realizó la consulta inicial., solo el 13.63% (9:66) es derivado a otro servicio de salud para continuar su atención. Lo cual considero como un dato interesante a la hora de pensar las estrategias de intervención y/o atención lo más cercanas al espacio o territorio donde habitan los sujetos.

El 79.01% (53:67) de los consultantes encuestados, recibe como indicación terapéutica la terapia individual:

- Si se entrecruzan las variables de Indicación Terapéutica y Diagnóstico ***(tabla15)*** *se* observa que en 60 encuestas se consignan ambos datos, en este caso del total de consultantes que reciben como indicación terapéutica la terapia individual (48) el 33.33% (16:48) tienen como diagnóstico consignado los *Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el stress y trastornos somatomorfos* (F40-F48)

- Si se entrecruza la variable de Indicación terapéutica y Motivos de Consulta se puede observar que el 90.47% (19:21) de los problemas familiares reciben indicación terapéutica de terapia individual. ***(tabla 16)***

Tabla 15: Diagnósticos[7] según Indicación terapéutica. Centro de salud Villa Germinal. Santa Rosa. Agosto – octubre. 2012

	INDICACION TERAPEUTICA					
gruposdiagnosticos	Otras	Psicodiagnóstico	terapia familiar/pareja	Terapia individual	Tto psiquiat y/o farmacolog	TOTAL
F30-F39	0	0	0	11	2	13
F40-F48	0	0	1	16	0	17
F60-F69	0	0	0	2	0	2
F81	0	0	1	0	0	1
F90-F98	0	0	3	5	0	8
Z33	0	0	0	1	0	1
Z50	1	0	0	1	0	2
Z55-Z65	0	0	1	10	0	11
Z71.0	0	1	2	2	0	5
TOTAL	1	1	8	48	2	60

Fuente: Elaboración propia con datos surgidos de la *FICHA EPIDEMIOLOGICA* ideada para la presente investigación

Tabla 16: Motivos de consulta según Indicación terapéutica. Centros de salud Villa Germinal y Fonavi 42. Santa Rosa. Agosto – octubre. 2012

	MOTIVO DE CONSULTA								
INDICACION TERAPEUTICA	Adicciones	Ansiedad	depresión	Otros	Prob. aprendizaje o conducta	Prob. Fliares/sociales	Prob. Psicosomáticos	Violencia	TOTAL
Otras	0	0	0	1	0	0	0	0	1
Psicodiagnóstico	0	0	0	0	0	1	0	0	1
terapia familiar/pareja	0	0	0	3	6	1	0	0	10
Terapia individual	1	6	8	6	6	19	2	5	53
Tto psiquiat y/o farmacolog	0	0	2	0	0	0	0	0	2
TOTAL	1	6	10	10	12	21	2	5	67

Fuente: Elaboración propia con datos surgidos de la *FICHA EPIDEMIOLOGICA* ideada para la presente investigación

[7] F30 – F39: Trastornos del humor (afectivos)
- F40 – F48: Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el stress y trastornos somatomorfos
- F60 – F69: Trastornos de la personalidad y del comportamiento en adultos
- F80 – F89: Trastornos del desarrollo psicológico
- F90 – F98: Trast. emocionales y del comport. que aparecen habitualmente en la niñez/ adolescencia
- Z30 – Z39: Personas en contacto con los serv. de salud en circunst relacionadas con la reprod
- Z40 – Z65: Personas en contacto con los serv. de salud para proced. Especif. y cuidados de la salud
- Z55 – Z65: Personas con riesgos potenciales para su salud, relac. con circunst. Económ y psicosoc.
- Z71.0: Personas en contacto con los servicios de salud por otras consultas y consejos médicos, no clasificados en otra parte. Persona Que consulta en nombre de otra persona.

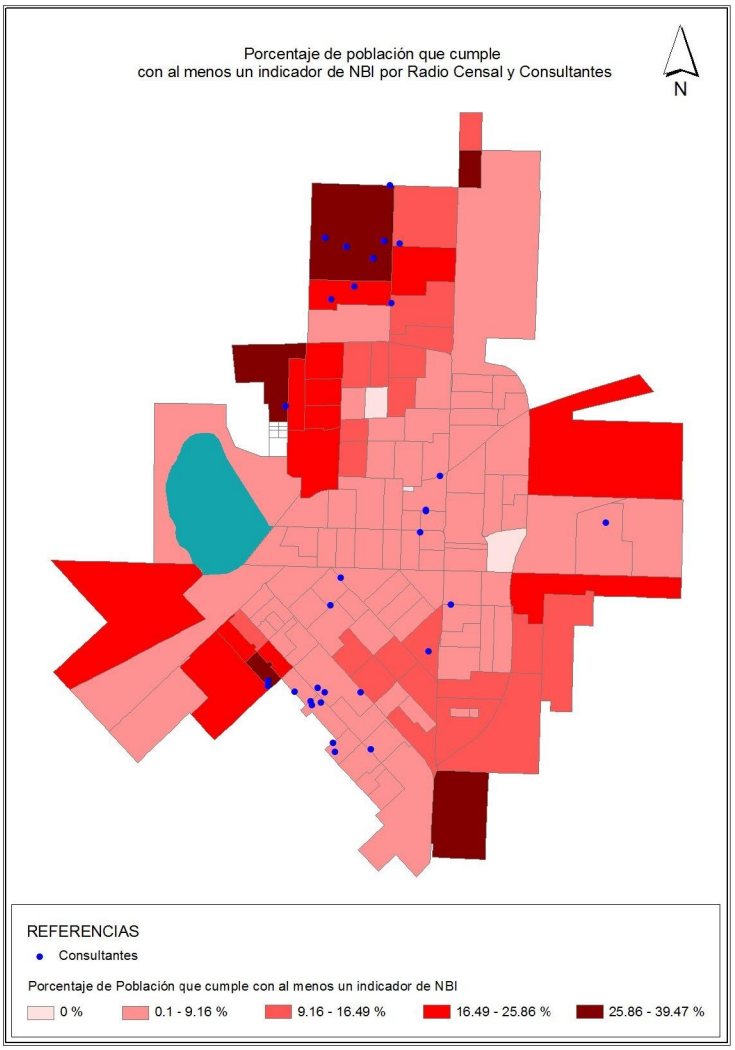
5. Georeferenciamiento de los consultantes:

Como ya fue descripto en el punto "ámbito de estudio" las áreas de cobertura de cada Centro de salud son una delimitación territorial de la población a cargo, definida en términos geográficos, realizada desde la Subsecretaría de Salud de la Provincia. Según lo establecido cada Centro de Salud, debería atender y dar respuesta a la población que habita su área de cobertura. En los hechos se observa que habitualmente las personas se trasladan, a veces a otros Centros de salud, distantes de su domicilio, pero dentro de la misma ciudad de Santa Rosa.

Con el objetivo de observar la zona u área de donde provenían los consultantes se georeferenció a los mismos en función del domicilio aportado por ellos. Del total de encuestados se pudieron georeferenciar 31 domicilios, ya que el resto de los mismos no tenían numeración, algunos porque la calle no cuenta con la misma, y otros porque estaba consignada solamente el nombre de la calle. En el **Mapa 3** se puede observar que hay consultantes que no pertenecen al área de cobertura de los Centro de Salud donde se realizó el trabajo de campo, pero la Ficha Epidemiológica no investigaba el motivo por el que se trasladan hacia el Centro elegido para la consulta psicológica. Estas personas provienen de áreas o barrios con mejores porcentajes de NBI.

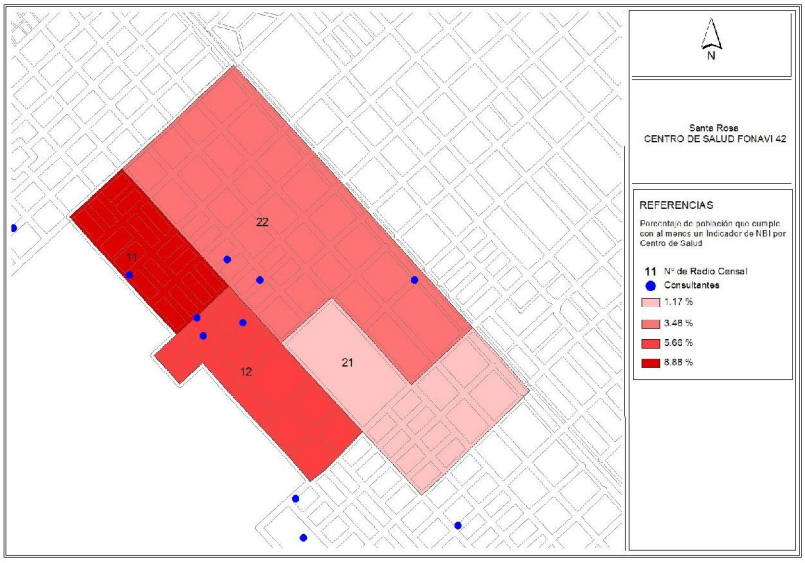
En los **Mapas 4 y 5**, se georeferenciaron en cada área de cobertura de los dos Centros de Salud, los consultantes y el NBI por radio censal. En virtud de que el número de casos georeferenciados es pequeño, no se puede establecer algún patrón de distribución espacial que permita establecer algún tipo de inferencia.

Mapa 3: Porcentaje de población que cumple al menos con un indicador de NBI y consultantes. Área Programática Santa Rosa.



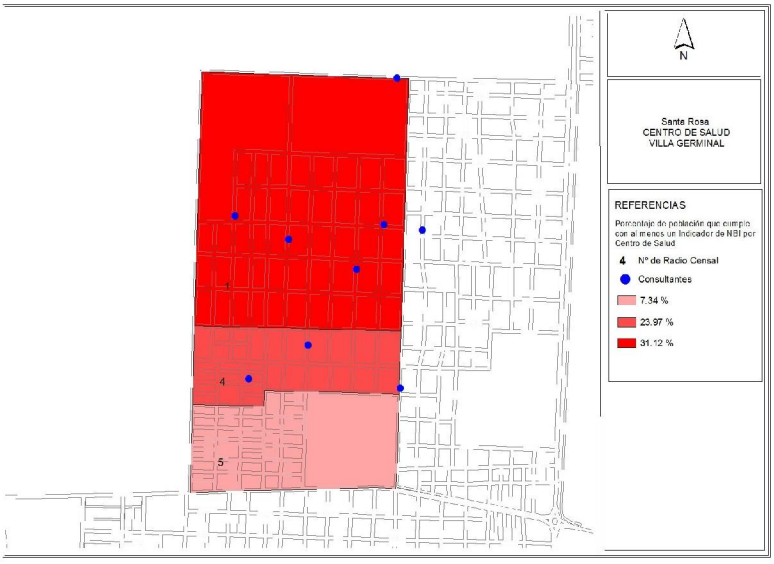
Fuente: Elaboración propia con datos provistos por la Dirección de Estadísticas y Censos de La Pampa. Censo 2001, y datos propios de la Ficha Epidemiológica.

Mapa 4: Porcentaje de población que cumple al menos con un indicador de NBI y consultantes. Área de cobertura Centro de Salud Fonavi 42.



Fuente: Elaboración propia con datos provistos por la Dirección de Estadísticas y Censos de La Pampa. Censo 2001, y datos propios de la Ficha Epidemiológica.

Mapa 5: Porcentaje de población que cumple al menos con un indicador de NBI y consultantes. Área de cobertura Centro de Salud Villa Germinal.



Fuente: Elaboración propia con datos provistos por la Dirección de Estadísticas y Censos de La Pampa. Censo 2001, y datos propios de la Ficha Epidemiológica.

DISCUSION y CONCLUSIONES

Esta investigación posibilitó darle visibilidad a los procesos de padecimiento psíquico de los diversos grupos de población que demandan atención ambulatoria en dos servicios de salud mental del área programática Santa Rosa: Fonavi 42 y Villa Germinal y poder describir algunas variables socio económicas y culturales de dicha población.

Permitió estudiar y analizar las condiciones de vida (sociales, económicas, laborales, familiares) de los sujetos consultantes en los servicios de salud mental, establecer descripciones generales en torno a lo colectivo, que sustenten la formulación de políticas claves para el campo de la Salud Mental en particular, y que se transformen en planes y programas integrales de atención y prevención.

Se reconoce la importancia de contar con la información local necesaria para orientar las acciones de los trabajadores sanitarios en su actividad cotidiana y la gestión local dirigida a reducir las desigualdades en salud: "…*convertir sus propios datos e información en evidencias que aporten conocimientos suficientes para tomar decisiones informadas que conduzcan al cierre de las brechas e inequidades sociales y en salud"*. (6)

La noción de los determinantes sociales de la salud sostiene que la salud no se logra solamente por tener acceso a la atención sanitaria sino, fundamentalmente por las condiciones de vida del individuo.

Los resultados de la presente investigación no pueden ser generalizados pero considero relevante el tema planteado ya que permite caracterizar la demanda en salud mental en los centros de salud estudiados, con el fin de recomendar medidas de prevención y de promoción de la Salud en la población de las áreas estudiadas. Esto tiene una importancia fundamental a la hora de delinear políticas públicas específicas, implementar una planificación estratégica y desarrollar programas que puedan dar cuenta de la realidad de los problemas relacionados con el campo de la salud mental en la población consultante analizada en particular.

La Provincia de La Pampa cuenta desde el año 2010, con una Sala de Situación en Salud coordinada por la Dirección de Epidemiología, dicha Sala de Situación ha sido el marco institucional desde donde se realizó la investigación, poder contar con el análisis de la información referida a las consultas de salud mental es un aporte interesante, sobre todo tomando en cuenta que el propósito fundamental de la sala de situación generar evidencia para la toma de decisiones.

Los resultados obtenidos merecen comentarios en varios aspectos: El motivo de consulta más frecuente es el de los problemas familiares y sociales, y se presenta exclusivamente entre las mujeres, atravesando los grupos de edad que van de los 0 a los 59 años.

A su vez este motivo de consulta se presenta con mayor frecuencia entre las consultantes que dijeron no participar de ningún grupo comunitario, y entre mujeres que son el sostén económico propio y/o de su familia. En estudios previos Augsburger[7] sostiene que en los sectores más pobres del país, el 45% de las familias tiene como cabeza y sostén a una mujer. Lo que suele traer como consecuencia configuraciones vinculares familiares complejas. También está largamente descripto en la bibliografía consultada acerca de que a mayor aislamiento y empobrecimiento social es mayor la prevalencia de enfermedades orgánicas, accidentes o diferentes problemas de salud mental.

Al entrecruzar los Problemas familiares y sociales como motivo de consulta, con los diagnósticos es más frecuente entre las mujeres que presentan cuadro caracterizado por *Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el stress y trastornos somatomorfos (F40-F48)*. Estos diagnósticos son más frecuentes en los grupos etarios de 0 a 14 años y entre los 20 y los 29 años.

El flujo de pacientes encuestados y que se pudo georeferenciar, indica que solo una parte de los atendidos reside en el área de influencia de los dos centros de salud y que un número importante procede de otros barrios de la ciudad.

Estos resultados sugieren pensar estrategias de intervención comunitarias desde una perspectiva de género, que genere una mayor participación comunitaria y

que involucre a diferentes actores sociales de cada una de las comunidades que forman parte de las áreas geográficas estudiadas.

La Ley Nacional 26.657/10 en el artículo 8 establece: *"Debe promoverse que la atención en salud mental esté a cargo de un equipo interdisciplinario integrado por profesionales, técnicos y otros trabajadores capacitados con la debida acreditación de la autoridad competente. Se incluyen las áreas de psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas o campos pertinentes*.

Si no se piensan, planifican y ejecutan otros tipos de intervenciones y dispositivos comunitarios que puedan atender de manera integral la problemática de estas mujeres que vivencian esta forma particular de sufrimiento mental y que demandan atención psicológica, la oferta de atención en su variante terapia individual será no solo frágil, sino además escasa, pensando en que lo que llega al Centro de Salud es siempre una parte mínima del problema, la ley 26657/10 en su artículo 9 establece: "*El proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, basado en los principios de la atención primaria de la salud. Se orientará al reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales"*

La salud mental desde una perspectiva comunitaria debe ser entendida como un campo de prácticas sociales heterogéneas es la articulación entre lo social y lo singular, es un campo donde los modos de vida, lo cultural, lo económico y social de determinados grupos o colectivos se expresa en la subjetividades de los individuos. "S*e presentan múltiples expresiones que indicando sufrimiento o malestar no pueden encuadrarse en la categoría de enfermedad*" (4)

Las acciones en salud mental no debieran limitarse a tratar la "enfermedad", sino que buscará mejorar las condiciones de vida de las personas, a través de la implementación de redes sociales: *"Se trata en consecuencia, de promover la inclusión de acciones desde una perspectiva de prevención y promoción (Carta de Ottawa, 1986) de la salud mental que permitan a las mujeres reubicar las*

problemáticas que promueven padecimiento, para mejorar sus vidas cotidianas y sostener adecuadamente su propio cuidado y el de sus personas significativas". (21)

BIBLIOGRAFIA

1. Almeida Filho N. 2002. *La ciencia tímida. Ensayos de Deconstrucción de la Epidemiología*. Lugar Editorial. Buenos Aires

2. Almeida Filho N. 2007. *Por una Epidemiología con (más que) números: como superar la falsa oposición cuantitativo-cualitativa.* Salud Colectiva.

3. Augsburger AC. 2002. *De la epidemiología psiquiátrica la epidemiología en salud mental: el sufrimiento psíquico como categoría clave.* Cuadernos médico sociales 81:61-75.

4. Augsburger AC. 2004.; *La inclusión del sufrimiento psíquico: un desafío para la epidemiología*. Psicología & Sociedad, 6 (2): 71-80;

5. Augsburger AC, Gerlero SS. 2005. *La construcción interdisciplinaria: potencialidades para la epidemiología en salud mental.* KAIROS Revista de Temas sociales**.** Universidad Nacional de San Luis, Año 9 – nº 15.

6. Bergonzoli G. 2006.Sala Situacional. Instrumento para la Vigilancia de Salud Pública Guatemala: OPS/OMS;

7. Berlinguer, Giovanni. 2007. *La enfermedad. Sufrimiento. Diferencia. Peligro. Señal. Estímulo.* Buenos Aires. Lugar Editorial.

8. Castel, R. 1991. La dinámica de los procesos de marginalización: de la vulnerabilidad a la exclusión. En Revista Topía, Año 1, Nº II.

9. Castellanos P. 1990. L. *Sobre el concepto de salud enfermedad. Descripción y explicación de la situación de salud*. Boletín Epidemiológico OPS. Vol. 10, N°4.

10. Castellanos P. L. 1997. Epidemiología, Salud Pública, Situación de salud y condiciones de vida. Consideraciones conceptuales**.** En Condições de vida e situação de saúde. Rita Barradas Barata Org. Abrasco,

11. Comisión sobre determinantes Sociales de la salud. *Lograr la equidad en salud: Desde las causas iniciales a los resultados justos*. OMS.

12. Durantti, R, "*HSH-Tv", ONUSIDA / PNUD*, 2010, citado por: *Sentir, desear y hablar experiencias de vida de personas homosexuales, bisexuales y trans. Condiciones de vulnerabilidad al VIH/Sida e ITS y problemas de acceso a la atención de la salud en personas homosexuales, bisexuales y Trans en la Argentina.* Publicación del Ministerio de Salud de la Nación. Onusida. UNFPA

13. Feres JC., Mancero X. *2001. El Método de las necesidades básicas insatisfechas (NBI) y sus aplicaciones en América Latina.* Santiago de Chile. *CEPAL.*

14. Freud, S. 1979.*El malestar en la cultura*. Volumen XXI. 1979. Buenos Aires. Amorrortu Editores.

15. Galende, E. *1998. De un horizonte incierto. Psicoanálisis y Salud Mental en la sociedad actual*. Buenos *Aires.* Paidós.

16. Galende, E. 2008. *Psicofármacos y salud mental: la ilusión de no ser*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

17. Guía De Investigación En Salud Humana. Disponible en: http://www.saludinvestiga.org.ar

18. Menendez, E. Enero - Abril, 2005. *El Modelo Médico y la salud de los trabajadores.* SALUD COLECTIVA, La Plata, 1(1): 9-32,

19. Moliner, R; Coutien, G; Cañizares, P: 2001. *Condiciones de Vida y Salud Materno-Infantil.* Rev. Cubana de Salud Pública.

20. O.M.S.: CIE-10. 1992. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Descripciones Clínicas y pautas para el diagnóstico. Ginebra. Organización Mundial de la Salud.

21. Obiols MJ. Inclusión de la Noción de Sufrimiento Psíquico para el abordaje de la problemática en Salud Mental de Mujeres que viven con VIH/Sida. 2012. Salud Mental y Comunidad. Año 2, Nº 2 - Disponible en: http://www.unla.edu.ar/saludmentalcomunidad/Revista-Salud-Mental-y-Comunidad-2.pdf

22. Samaja, J. 2004. *Epistemología de la Salud. Reproducción social, subjetividad y transdisciplina.* Buenos Aires. Lugar Editorial.

Leyes y decretos:

Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657/2010. Decreto Reglamentario 603/2013 Argentina.

ANEXOS

TITULO: Diagnóstico de situación sobre condiciones de vida en la población consultante en los Servicios de Salud Mental de los Centros de Salud del Área Programática de XXXXX. Año 2012.

Estudio de tipo descriptivo, de corte transversal.

Usted está siendo invitado/a a participar de una investigación que tiene como objetivo elaborar un perfil epidemiológico de la población consultante a los servicios de salud mental de dos centros de salud del área programática de Santa Rosa durante 3 meses el año 2012 y describir la relación entre las condiciones de vida de las personas consultantes y las situaciones de sufrimiento mental.

SU PARTICIPACION ES VOLUNTARIA: usted recibirá toda la información necesaria acerca de la investigación, una vez que entienda de que se trata, y si decide participar, se le pedirá que lo firme. Es muy importante que Ud. Sepa que su participación es voluntaria; y que puede no participar, sin que esto afecte sus beneficios habituales con respecto a la atención que habitualmente recibe en el Centro de Salud.

PROCEDIMIENTO: Luego que usted haya aceptado participar, se le realizarán una series de preguntas y se registrarán sus respuestas en un formulario denominado "Ficha Epidemiológica"

CONFIDENCIALIDAD: La información de esta investigación será confidencial. En ninguna publicación sobre el estudio usted será identificado personalmente. Solo el investigador, y quien complete la encuesta tendrán acceso a sus datos.

RIESGOS: No existen riesgos adicionales por participar del estudio.

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN: Los resultados alcanzados serán de tipo colectivo, no habrá interpretaciones, referencias, como así tampoco identificaciones de tipo personal.

----------	----------	---/---/-------
Firma del paciente	Aclaración: nombre y apellido	Fecha
----------	----------	---/---/-------
Firma del Encuestador	Aclaración: nombre y apellido	Fecha
----------	----------	---/---/-------
Firma del Investigador	Aclaración: nombre y apellido	Fecha

FICHA EPIDEMIOLOGICA
Consultorios externos de Salud Mental
Área Programática Santa Rosa

Centro de Salud…… Fecha de admisión:…./…./…… Profesional: ……

Nombre y Apellido:…… Historia Clínica:……Edad:…….

Sexo: Masculino ☐ Femenino ☐ Transgénero * ☐

Domicilio……

ESTADO CIVIL ☐ Soltero ☐Casado/en pareja ☐Separado ☐Viudo	**TRATAMIENTOS ANTERIORES** ☐Ambulatorio ☐Internación ☐Urgencia ☐Ninguno	**EDUCACION** ☐Sin escolaridad ☐Primaria ☐Secundaria ☐Terciaria ☐Universitaria:
OCUPACION ☐Ocupado ☐Desocupado ☐Jubilado ☐Estudiante ☐Ama de casa ☐Jornalero ☐Otras	**CONDICION DE LA VIVIENDA** ☐Casa Propia ☐Alquilada ☐Prestada/ocupada ☐Pensión ☐Institución ☐Compartida ☐Otras	**GRUPO CONVIVIENTE** ☐Solo ☐Padres ☐Conyugue/pareja ☐Hijos ☐Parientes ☐Amigos
SOSTEN ECONOMICO FLIAR ☐El mismo/a ☐Padre ☐Madre ☐Hermano/a ☐Pareja ☐Otro	**PARTICIPA EN GRUPOS**: ☐Religiosos ☐Culturales ☐Deportivos ☐Recreativos ☐Educativos ☐otros	**PROBLEMAS DE SALUD** ☐SI ☐NO ☐Sin diagnóstico médico ☐Con diagnóstico médico En Tratamiento: ☐SI ☐NO Desde hace cuánto tiempo: ☐ 6 meses ☐1 año ☐2 y 5 años ☐mas de 5 años
COBERTURA DE SALUD ☐Obra social ☐Sin cobertura	**CONSULTA POR OTROS MOTIVOS EN EL CENTRO DE SALUD** ☐SI ☐NO	
TIPO DE CONSULTA ☐Espontánea ☐Derivado	**DERIVADO POR** ☐Otro servicio de Salud ☐Escuela ☐Sistema judicial ☐Familia/amigos	**DERIVACION A** ☐NO ☐SI ☐Otro servicio de salud: ☐Otro
MOTIVO DE CONSULTA ☐Ansiedad ☐Depresión ☐Adicciones ☐Violencia ☐Intento de suicidio ☐Prob. Familiares/sociales ☐Prob. Psicosomáticos ☐Prob. De aprendizaje o conducta ☐Entrevista Preocupacional ☐Otros prob.	**INDICACION TERAPEUTICA** ☐Terapia individual ☐Terapia familiar/pareja ☐Psicopedagogía ☐Internación ☐Tto psiquiátrico y/o farmacológico ☐Otras	**DIAGNOSTICO** ☐CIE-10:…… …… ……

Observaciones……

* **transgénero**, una persona que se sale de las convenciones de los géneros masculino y femenino –sea porque se identifica en un género distinto a hombre o mujer, sea porque altera su cuerpo volviéndolo diferente tanto de los cuerpos masculinos como de los femeninos. (Durantti, Ricardo, "HSH-Tv", ONUSIDA / PNUD, 2010).