

**XIV Jornadas de la Carrera de Sociología Facultad de Ciencias Sociales-
Universidad de Buenos Aires**

1 al 5 de noviembre 2021

Sur, pandemia y después

Eje 3 | MESA 128 | Cuidados, salud, familias y géneros (ET: Género/Pandemia)

Coordinadoras: Dra. Paula Lehner (UBA-IIGG), Dra. Marisa Ponce (UBA-IIGG).

Título de la ponencia: ¿Cómo y con quiénes atendemos los problemas de salud mental? Estrategias de atención, accesibilidad y cuidados en un Estudio Epidemiológico en el Gran Buenos Aires.

Autores: María Pía Pawlowicz, Florencia Vissicchio, Mara Tesoriero, Gonzalo Ralón, Diana Rossi. **Intercambios Asociación Civil.**

E-mail de la ponencia mariapiapawlowicz@hotmail.com

Resumen (máximo 200 palabras)

Esta ponencia se centra en la descripción de las estrategias de atención que utilizan las personas para atender sus problemas de Salud Mental y consumos problemáticos de sustancias a partir del "Estudio epidemiológico descriptivo de las problemáticas de Salud Mental y consumos problemáticos de sustancias en un Municipio del conurbano Bonaerense". El diseño metodológico fue cuanti-cualitativo, con una muestra probabilística estratificada. Se realizaron 605 cuestionarios semi-estructurados domiciliarios que integran instrumentos validados nacional e internacionalmente. Se empleó consentimiento informado. El trabajo de campo se realizó entre octubre y noviembre de 2016.

Entre los resultados centrales se destaca que un 19,4% había consultado por problemas de salud mental en el último año, de los cuales, el 60,9% lo hizo con profesionales del área de salud mental, un 28,7% con algún médico de formación no específica en el área; y un 10,4% con curanderos o religiosos. Se describen las estrategias frente a situaciones que afectan a la salud mental y de consumos problemáticos, ya sean: de auto-atención -centradas en los grupos primarios de apoyo y en estrategias individuales ante el malestar-; de estrategias de atención de tipo biomédico; y de saberes y formas de atención de tipo popular o tradicional.

Palabras claves: Salud Mental - Trastornos Relacionados con Sustancias- Accesibilidad

¿Cómo y con quiénes atendemos los problemas de salud mental?

Estrategias de atención, accesibilidad y cuidados en un

Estudio Epidemiológico en el Gran Buenos Aires¹

María Pía Pawlowicz (mariapiapawlowicz@hotmail.com),

Florencia Vissicchio, Mara Tesoriero, Gonzalo Ralón, Diana Rossi.

Intercambios Asociación Civil.

1. Introducción

Esta ponencia se centra en la descripción de las estrategias de atención que utilizan las personas para atender sus problemas de Salud Mental y consumos problemáticos de sustancias en el Municipio de Lanús, a partir del “Estudio epidemiológico descriptivo de las problemáticas de Salud Mental y consumos problemáticos de sustancias en un Municipio del conurbano Bonaerense”. Ante todo es importante remarcar la originalidad de esta investigación dada la escasez de estudios epidemiológicos con muestras probabilísticas en el campo de Salud Mental y consumos problemáticos. Vale aclarar que el estudio fue previo a la pandemia de COVID-19, y que por lo tanto permite una foto de aquel momento, en particular de problemáticas que se complejizaron en el contexto de la pandemia y de las medidas de cuidado poblacional como la restricción de la circulación.

Los problemas del campo de Salud Mental vienen teniendo una creciente incidencia en la morbilidad y mortalidad prematura. En el año 2010 el Institute for Health Metrics and Evaluation estimó que los Trastornos Mentales y del Comportamiento (TMC) así como las patologías neurológicas explicaban el 10,38% de los años de vida ajustados por discapacidad (DALY) en el mundo, el 13,65% en América Latina y el Caribe y el 15,36% en Argentina, porcentajes levemente menores que los debidos a patologías cardiovasculares y circulatorias (OMS, 2020).

¹ Este “Estudio epidemiológico descriptivo de las problemáticas de Salud Mental y consumos problemáticos de sustancias en un Municipio del Conurbano Bonaerense” fue ejecutado por Intercambios Asociación, en articulación con el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires y el Municipio de Lanús, con financiamiento del Consejo Federal de Inversiones (Exp. No. 15693 00 01). Agradecemos a los consultores: Julián Antman, Alejandra Barcala y Silvia Faraone.

Tabla 1 - Porcentajes de años de vida perdidos por causas relacionadas con desórdenes de salud mental y de uso de sustancias según géneros en Argentina, en América Latina y el Caribe y a nivel global (2000-2019)

	Argentina			América Latina y el Caribe*			Estados Miembros OMS#		
	Total	F	M	Total	F	M	Total	F	M
2000	7.84	8.66	7.15	8.05	9.07	7.23	4.97	5.11	4.86
2010	8.03	8.59	7.54	8.28	9.54	7.26	5.85	6.13	5.61
2015	8.24	8.79	7.74	9.06	10.12	8.16	6.34	6.63	6.08
2019	8.32	8.73	7.93	9.08	10.12	8.18	6.64	6.91	6.40

* Antigua y Barbuda, Argentina, Bahamas, Barbados, Belice, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, República Dominicana, Ecuador, El Salvador, Granada, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas, Surinam, Trinidad y Tobago, Uruguay, Venezuela.

Con 90.000 o más habitantes en 2019.

Elaboración propia con datos de OMS (2020).

Con varias fuentes de datos combinadas se estimó una *brecha de tratamiento* en el conjunto de los países de América del 71,2% para cualquier trastorno mental, del 57,6% para trastornos graves y del 65,7% para trastornos severos a moderados. En los países latinoamericanos las estimaciones fueron menores para el conjunto de los trastornos, del 66,8%, pero sustancialmente mayores para los trastornos severos a moderados, del 74,7%, en tanto que aquellos relacionados con el uso de sustancias tuvieron la brecha más alta, del 83,7% contra el 69,1% estimado en América del Norte (Kohn et al., 2018).

En Argentina, el campo de la Salud Mental ha tenido un hito que lo resitúa en el marco del paradigma de los derechos humanos: la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657. El Artículo 3 define la Salud Mental como un “proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona”. La ley también toma posición en el debate sobre institucionalización-desinstitucionalización al establecer la internación como el último recurso. El primer Estudio epidemiológico de salud mental en población general realizado como parte de la Encuesta Mundial de Salud Mental con una amplia muestra en los ocho principales centros urbanos estimó que los trastornos de ansiedad fueron los más frecuentes con una prevalencia de vida del 16,4%, seguidos por los trastornos del estado de ánimo con el 12,3%, los trastornos por uso de sustancias con el 10,4% y, en cuarto lugar con el 2,5%, los trastornos del control de impulsos. La prevalencia de vida y el número de trastornos fueron los mayores entre las personas *más jóvenes* (18-34 años), reduciéndose progresivamente en los demás tramos de edades. En cuanto a la atención por esos trastornos el estudio señala que un 13,2% del total de la población recibió algún tratamiento en los 12 meses previos, principalmente brindados por profesionales del sector salud (11,5%), específicamente en el sector de la salud

mental (7,7%) y profesionales en medicina general (3,8%) versus otro sector (1,7%). Las personas con trastornos leves recibieron menos tratamiento (22,1%) que las personas con trastornos moderados (32,5%) o severos (30,2%) (Stagnaro et al., 2018: 289).

La Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) de la Organización Mundial de la Salud (OMS), afirma que la “distribución desigual de experiencias perjudiciales para la salud, no es en ningún caso un fenómeno “natural”, sino resultado de una nefasta combinación de políticas y programas sociales deficientes, arreglos económicos injustos y una mala gestión política” (OMS, 2008). Las desigualdades en las formas de organización social, dadas por las condiciones de vida en la infancia, la escolarización, los tipos de empleo a los que se accede, las condiciones de trabajo y las características del medio ambiente en el que vive una población ocasionan que las posibilidades de tener buena salud no sean iguales para todos y que ciertos grupos poblacionales sean más o menos vulnerables a la enfermedad (OMS, 2008). Siguiendo a Breilh, “más que “ex-posición” a riesgos externos, los sujetos sufren procesos de “im-posición” de condiciones de vida” (Breilh, 2003).

En este sentido, los procesos de salud enfermedad atención fueron abordados a partir del concepto de autoatención desarrollado por Eduardo Menéndez, enmarcado dentro de la salud colectiva, que se define como: las representaciones y prácticas que la población utiliza para diagnosticar, explicar, atender los procesos que afectan su salud sin la intervención directa e intencional de curadores profesionales, que en ocasiones implica decidir la autoprescripción y el uso de un tratamiento en forma autónoma (Menéndez, 2009). El concepto de autoatención, a diferencia del autocuidado más del lado de la denominada salud positiva, visibiliza “las condiciones de vida que hacen posible que dichas actividades de autocuidado y estilos de vida fracasen o sean exitosas” (Menéndez, 2003).

En la misma línea, el análisis de los datos de un estudio del año 2015, a partir de una muestra no probabilística aplicada a adultos de dos barrios de Gran Mendoza, mostraron que el desempleo, el bajo nivel educativo y estar separados o divorciados se relacionan con alta sintomatología vinculada al sufrimiento psíquico. En los grupos con alta sintomatología hubo pocas consultas a servicios sanitarios (Muñoz Rodríguez y Basco, 2015).

Las dimensiones centrales en los procesos de acceso a los servicios de salud están dadas por aspectos geográficos, económicos, organizacionales, referidos a las instancias burocráticas-administrativas y culturales ligados a los hábitos, prácticas, actitudes y creencias de los trabajadores de la salud y de los usuarios de los servicios (Comes, 2004). Estos últimos dos aspectos fueron los más destacados por trabajadores de la salud en un estudio acerca de la accesibilidad de los usuarios de drogas a los servicios públicos de salud en las ciudades de Buenos Aires y Rosario (Rossi, Pawlowicz y Zunino Singh, 2007). Se destacaron en la esfera organizacional problemas como alto grado de fragmentación intra e interinstitucional, burocracia, insuficiencia de horarios y largos períodos de espera. Con respecto a las barreras

de acceso simbólico se detectaron situaciones como problemas vinculares y de comunicación entre el profesional de la salud y los pacientes, y prejuicios respecto al “modo de vida” que atribuyen a los usuarios de drogas, entre otras.

En consonancia con estos resultados, en un estudio reciente sobre estigma y acceso a la atención hospitalaria de personas con VIH y otras poblaciones clave, además de las barreras ya mencionadas, se destacó la relevancia que adquiere la interseccionalidad en el análisis de éstas. Se observó que cuando los usuarios pertenecen a una o más de las denominadas poblaciones clave, por ejemplo personas migrantes o de pueblos originarios, personas trans, personas con VIH y personas que usan drogas, se profundizan las dificultades de acceso y la vulneración de sus derechos (Pawlowicz, Abal y Rossi, 2019).

Disponer de información sustentada en datos válidos y confiables es una condición necesaria para la toma de decisiones enmarcadas en los programas de salud. Con ese fin, se recabó información epidemiológica sobre prevalencia de problemas de Salud Mental y consumos problemáticos de sustancias, distribución por sexo, edad, y otros determinantes sociales, así como las estrategias de atención y el análisis de las barreras y facilitadores de acceso a los servicios de salud.

2. Materiales y métodos

El diseño metodológico fue cuanti-cualitativo. Para la producción de datos mediante encuestas se accedió a la población a partir de un diseño muestral de cinco etapas: (1) se identificaron los radios censales establecidos por el INDEC en las localidades de Monte Chingolo y Lanús Oeste; (2) se seleccionaron de manera aleatorizada los radios censales de cada localidad; (3) en cada radio se seleccionó al azar una manzana original (MO) –primera en ser recorrida por los encuestadores– y las manzanas de reemplazo; (4) se inició el proceso por una *esquina de arranque* predefinida, recorriéndose cada manzana en el sentido de las agujas del reloj, y saltando dos viviendas por cada encuesta completada para cumplir con un patrón de selección sistemática de viviendas; por último, (5) los encuestados fueron seleccionados en cada hogar cumpliendo con cuotas de sexo y edad proporcionales a la distribución general de población censada en el partido en 2010.

El trabajo de campo se realizó entre octubre y noviembre de 2016. Se aplicaron 605 cuestionarios semi-estructurados que integran indicadores validados nacional e internacionalmente para medir diferentes variables. La participación de las personas en este estudio siguió los principios éticos de igualdad, voluntariedad, anonimato, confidencialidad y seguridad. Se empleó consentimiento informado.

El análisis estadístico de los datos obtenidos a partir de la muestra probabilística se inició por la depuración de los registros realizados con los cuestionarios, su incorporación en una base

de datos informatizada y la descripción de las distribuciones de frecuencias y tendencias centrales de las principales variables. Sobre esa base se realizaron estimaciones de parámetros descriptivos y de asociaciones entre variables relevantes.

Se realizó un análisis temático de las respuestas obtenidas a preguntas abiertas sobre motivos, situaciones o condiciones en las que los encuestados recibieron atención o acudieron a las instituciones sanitarias. La categorización y codificación de acuerdo con los objetivos del proyecto permitió construir redes conceptuales para identificar regularidades y desarrollar un análisis de contenidos de las respuestas.

3. Localidades

De los 605 encuestados, el 34,9% residían en Monte Chingolo y el 65,1% en Lanús Oeste. Ambas localidades pertenecen al partido de Lanús, que forma parte del principal conglomerado del país junto con la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, con la que limita al norte y noreste separado por el río Matanza-Riachuelo. Se trata del noveno distrito más poblado del AMBA con una población registrada en 2010 por el Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas de 459.263 habitantes, con un 52.3 % de mujeres. Después de la CABA es el distrito más densamente poblado del país, con 10.077,8 hab/km².

Lanús es parte, además, de una región metropolitana con un amplio desarrollo de actividades industriales manufactureras --curtiembres, calzados y textiles, alimenticias, metalúrgicas y autopartistas, plásticas, químicas y cristalerías entre algunas de las actividades y producciones más importantes--, comerciales y de servicios integrados en lo que se denomina el primer cordón del Conurbano Bonaerense alrededor de la CABA.

La estación Lanús de la línea Roca es un centro interconexión de servicios metropolitanos que se prestan entre Plaza Constitución en la Ciudad de Buenos Aires, Alejandro Korn, Ezeiza, Glew y Bosques. Todos estos elementos están asociados con la amplia movilidad urbana de población que se desarrolla a través del conjunto del Partido, y que implica actividades económicas y culturales de importante magnitud.

4. Resultados

Género = Femenino (%)	317 (52,4)	Tipo de vivienda (%)	n (%)	
Años de edad (media (DE))	39,34 (13,82)	<i>Casa</i>	507 (84,1)	
Localidad = Lanús Oeste (%)	394 (65,1)	<i>Departamento</i>	55 (9,1)	
Nacionalidad	n (%)	<i>Casilla</i>	34 (5,6)	
<i>Argentina</i>	567 (94,7)	<i>Pieza inquilinato</i>	4 (0,7)	
<i>Paraguay</i>	16 (2,7)	<i>Otro tipo</i>	3 (0,5)	
<i>Bolivia</i>	5 (0,8)	Hacinamiento crítico = Sí (%)	12 (2,0)	
<i>Uruguay</i>	5 (0,8)	Situación laboral	n (%)	
<i>Perú</i>	4 (0,7)	<i>Ocupado</i>	420 (70,2)	496 (82,9)
<i>Otros: Chile e Italia</i>	2 (0,4)	<i>Ocupado (trab, doméstico)</i>	76 (12,7)	
Máximo nivel educativo alcanzado (%)	n (%)	<i>Desocupado</i>	22 (3,7)	
<i>PI</i>	50 (8,5)	<i>Inactivo</i>	80 (13,4)	
<i>PC</i>	118 (20,0)	Subsistemas de salud utilizados	n (%)	
<i>SI</i>	119 (20,1)	<i>Sólo público</i>	231 (38,2)	
<i>SC</i>	166 (28,1)	<i>Sólo OS</i>	193 (31,9)	
<i>TI</i>	68 (11,5)	<i>Público y OS</i>	81 (13,4)	
<i>TC</i>	70 (11,8)	<i>OS y privado</i>	52 (8,6)	
Tipo de hogar (%)	n (%)	<i>Sólo privado</i>	34 (5,6)	
<i>Familiar Compuesto</i>	2 (0,3)	<i>Público y privado</i>	11 (1,8)	
<i>Multipersonal no familiar</i>	2 (0,3)	<i>Los tres subsistemas</i>	3 (0,5)	
<i>Unipersonal</i>	44 (7,3)	Tipo de vivienda (%)	n (%)	
<i>Pareja sin hijos</i>	63 (10,4)	<i>Casa</i>	507 (84,1)	
<i>Progenitor e hijos</i>	64 (10,6)	<i>Departamento</i>	55 (9,1)	
<i>Familiar Extendido</i>	143 (23,7)	<i>Casilla</i>	34 (5,6)	
<i>Pareja e hijos</i>	286 (47,4)	<i>Pieza inquilinato</i>	4 (0,7)	
Número de hijos (media (DE)) n = 431	2,31 (1,4)	<i>Otro tipo</i>	3 (0,5)	

Se presentan en este párrafo las características sociodemográficas de la muestra (Tabla 2) y en los subsiguientes recorreremos las estrategias que las personas refieren frente a situaciones que afectan su salud en general y su salud mental en particular, deteniéndonos en los consumos problemáticos. Distinguimos el gran abanico de acciones no excluyentes puestas en marcha para aliviar, mitigar y/o superar el malestar y el dolor.

4.1. ¿Dónde atienden sus problemas de salud en general?

Los subsistemas de salud más utilizados por los encuestados fueron el público, en un 38,2%, el de obras sociales en un 31,9%, y la combinación de ambos, subsistema público y de obras

sociales, en un 13,4%. La suma de los encuestados que utilizaban el subsistema privado, solo o combinado con el público y/o el de obras sociales, representa el 16,5% de la muestra (Tabla 2).

El 54,4% expresó que contaba con cobertura de obras sociales sindicales o del Programa de Atención Médica Integral --PAMI, obra social del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados--. Un 142% estaba cubierto por medicina prepaga. Además, otras 13 personas se atendían solventando de manera particular los costos.

En cuanto a los efectores a los que se recurría para atender los problemas de salud, los más nombrados fueron las clínicas y hospitales privados, mencionados por el 45,7% de los encuestados. La atención por esos efectores puede tener coberturas tanto particulares, por servicios de medicina prepaga como por obras sociales, que suman el 61,8% de la muestra. Además, el 15,7% se atendía por consultorios privados, también con cobertura prepaga, de obras sociales y/o particular.

En tanto, el hospital público fue mencionado por el 43,6% de los encuestados, y los centros de salud, también públicos, por el 28,7%. Menos del 1%, por último, mencionó que atendía sus problemas de salud en farmacias o en otro tipo de efectores.

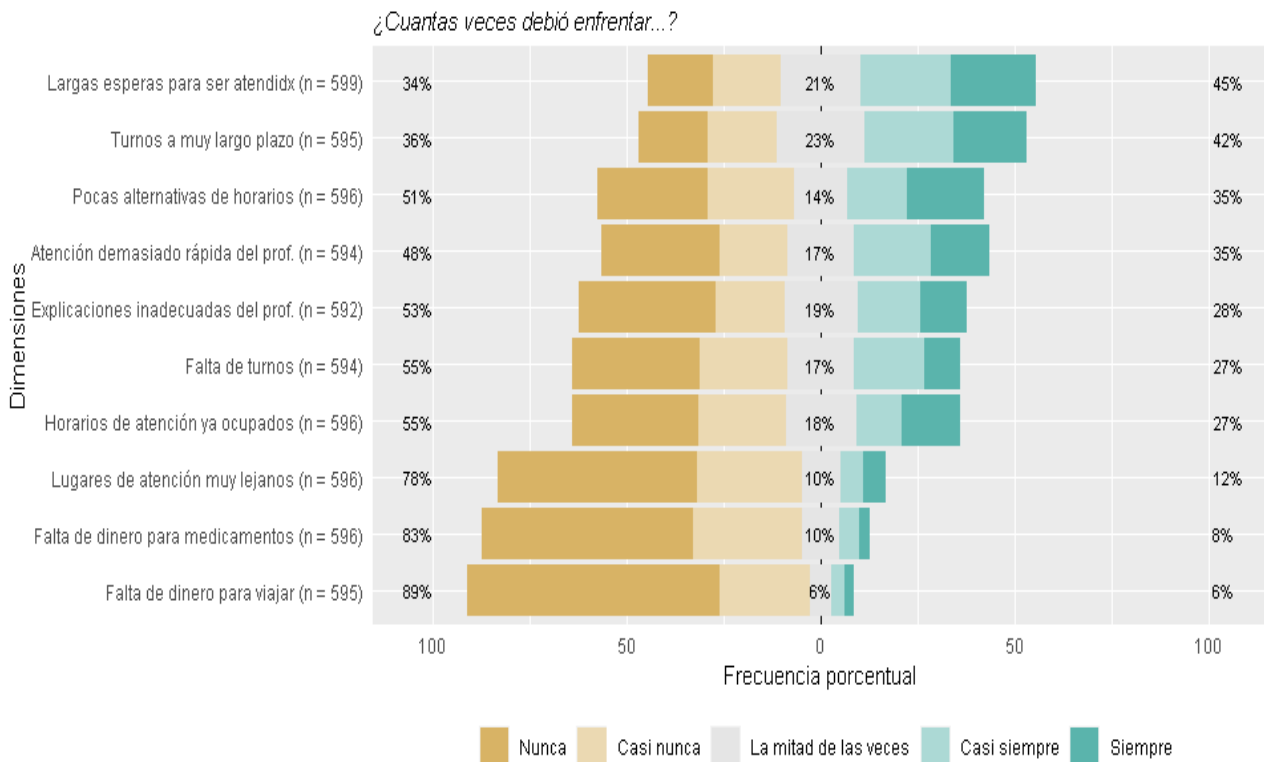
	# de respuestas	% de respuestas
Clínica u hospital privado	274	45,7
Hospital Público	261	43,6
Centro de Salud	172	28,7
Consultorio privado	94	15,7
Farmacia	5	0,835
Otros	5	0,835

4.2. Accesibilidad a los servicios de salud

El acceso a los servicios de salud se encuentra facilitado u obstaculizado por distintos motivos. Las barreras de accesibilidad identificadas con mayor frecuencia (gráfico N° 1), fueron las organizacionales y las culturales. Las respuestas de siempre/casi siempre con mayor proporción: el 45,2% (599) refirió tener que *“esperar mucho hasta ser atendido”*, al 41,9% (595) *“le dan turnos a muy largo plazo”*, mientras que al 35,4% (594) le dieron *“pocas alternativas de horarios”*.

Entre las barreras culturales o simbólicas, al 34,8% (594) le ocurrió *“que el profesional la/lo atiende muy rápido”*, y al 28% (592) *“que el profesional no le explique bien lo que le pasa”*, teniendo estas dos últimas categorías un 17% y un 18,9% de los entrevistados que también respondieron que esto les sucedía la mitad de las veces.

Gráfico 1- Dimensiones de las dificultades para acceder a la atención de los problemas de salud



Si bien el 55,4% (329) de los entrevistados respondieron que nunca/casi nunca les ocurrió “que no haya turnos”, se destaca que el 17,3% (103) y el 27,3% (162) dijo que la mitad de las veces o casi siempre/siempre le ha sucedido esa situación, lo que habla de una proporción importante que lo ha interpretado como barrera de acceso.

Asimismo, se han identificado como facilitadores de la accesibilidad que al 55,1% (328) nunca/casi nunca le dieran “horarios de atención en los que no pueda asistir porque tiene otras actividades”, siendo este un facilitador organizacional, o que al 78,2% (466) “el lugar donde se tiene que atender le quede muy lejos”, mientras que al 82,5% (492) “no tener dinero para comprar los medicamentos”, y al 88,6% (527) nunca o casi nunca le sucedió “no tener dinero para viajar”. Ni las dimensiones geográficas ni las económicas de la accesibilidad por las que se preguntara parecieran haber resultado un problema jerárquicamente importante para los entrevistados.

4.3. Las consultas específicas de salud mental

Un 19,4% (115) de los encuestados había consultado o se había atendido por problemas de salud mental en el último año. De esos 115 sujetos, un 60% (69) dijo haber hecho tratamiento, con uno o varios especialistas. En la siguiente tabla se observa que fundamentalmente consultaron con psicólogos y con distintos especialistas médicos, aunque 19 personas

optaron por consultar a un religioso, un curandero sin formación académica acreditada por el Estado.

Tabla 4 - A quiénes consultaron por problemas de salud mental (respuestas múltiples)		
	Cantidad de respuestas (n = 160)	Porcentaje de casos (n = 115)
Psicólogo	57	49,6 %
Clínico	42	36,5 %
Psiquiatra	22	19,1 %
Pastor / sacerdote	10	8,7 %
Otros especialistas médicos (homeópata, traumatólogo, oftalmólogo, oncólogo, reumatólogo, diabetólogo, alergista)	8	7,0 %
Ginecólogo u obstetra	7	6,1 %
Neurólogo	6	5,2 %
Otros especialistas no profesionales acreditados (profesor de yoga, grupo de autoayuda, curandero)	4	3,5 %
Cardiólogo	3	2,6 %

Si se agrupan las mismas categorías de modo de diferenciar los médicos de los no médicos, encontramos que el 60% (69) se atendió con al menos un médico, de diferentes especialidades.

Dos tercios de la muestra, 63,5% (73) consultó sólo con un especialista, se destaca que un 27,8% (32) consultó sólo con un psicólogo, y un 10,4% (12) sólo con otros especialistas sin formación académica -religiosos, curanderos-.

Si presentamos los mismos datos, pero distinguiendo que los profesionales tengan o no formación específica en salud mental encontramos que el 60,9% (70) se atendió con psicólogos, psiquiatras y/o neurólogos --aunque 21 mencionaron también a otros médicos que no son del área de salud mental, y 2 a un religioso--. Luego, un 28,7% (33) atendió sus problemas de salud mental sólo con algún médico de formación no específica en el área, y un 10,4% (12) refiere que sólo se atendió con otros especialistas sin formación académica específica del campo de la salud mental como curanderos, pastores y sacerdotes.

La principal zona en la que se realizó la consulta fue el municipio de Lanús en el 55,7% (67) de los casos, seguida por la Ciudad Autónoma de Buenos Aires para el 31,3% (36) y un 13% (15) en otra localidad de la provincia de Buenos Aires.

¿Qué tipo de tratamiento de salud mental realizó? Sobre 77 que contestaron, la mayoría de los entrevistados -algunos contestaron más de una opción- mencionaron principalmente

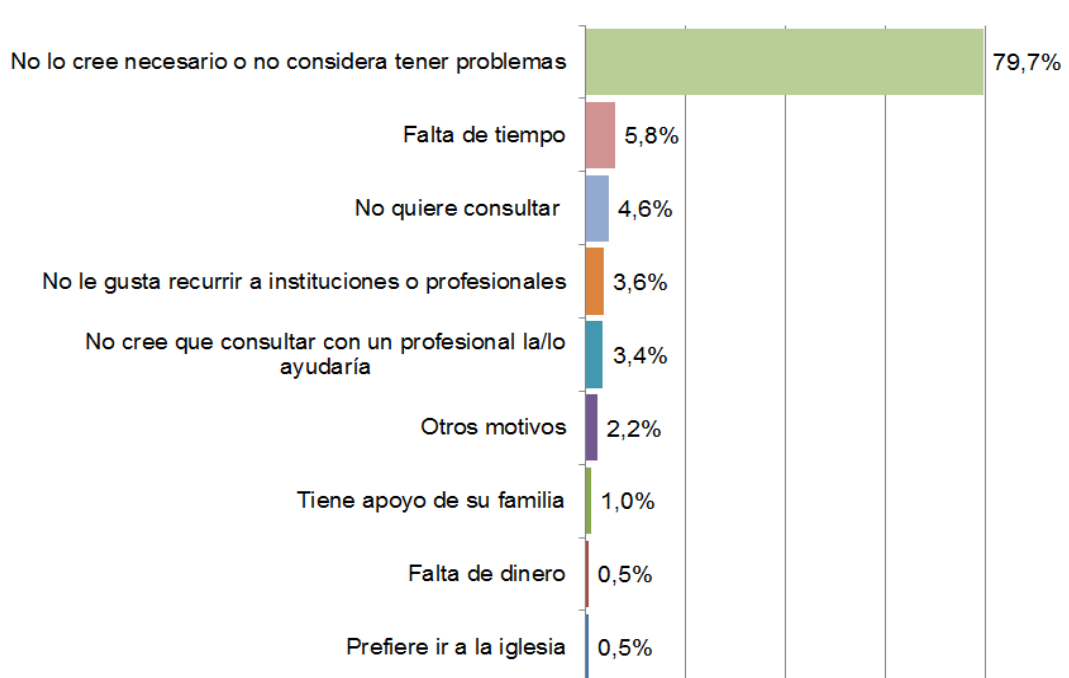
tratamiento psicológico 47,7% (31). En menor medida refirieron tomar alguna medicación 30,8% (20); haber realizado tratamiento psiquiátrico 6,7% (5) o de otras especialidades médicas 18,5% (12), como hacerse controles, estudios de sangre y chequeos generales. También se mencionaron en 3 casos dispositivos grupales -grupos de autoayuda y terapia de grupos- y 6 personas refirieron otros tratamientos como *“espiritual”*; *“meditación”*; *“médico psíquico”*; *“orar”*; *“ejercicio de registro de emociones”*.

4.3.1. Los que no consultaron por algún problema de salud mental

En los casos de los 477 encuestados (80,3%) que explicitaron no haber realizado consultas, se indagó también *“¿Por qué no consultó?”*. La mayoría (gráfico N° 2) respondió no haber consultado porque no lo creyó *“necesario”* o no consideró que tuviera problemas (*“no me siento mal”*, *“soy fuerte y muy sano”*, *“no lo veo necesario”*). Entre el resto de las razones más mencionadas, el 5,8% (24) afirmó que no tiene tiempo (*“no tuve tiempo aunque me gustaría”*, *“por tiempo o ganas”*, *“no puedo faltar al trabajo”*). Por otra parte, y siempre de modo no excluyente el 4,6% (19) reportó que no quiere consultar, sin especificar los motivos aludiendo respuestas del tipo: *“porque no”*, *“prefiero no ir”*, *“porque no quería”*.

Y en similar proporción el 3,6% (15) informó que no le gusta ir a médicos/psicólogos (*“no me gustan los hospitales ni los médicos”*, *“no me gusta contar mis cosas a quien no conozco”*) y el 3,4% (14) que no cree que consultar con un profesional la/lo ayudaría. Estas respuestas desestiman la intervención de un profesional con respuestas del tipo: *“siento que un profesional no podría comprenderme”*, *“lo puedo llevar adelante yo misma”*, *“no se me ocurriría ir a un psicólogo, hablo con mis amigos”*, *“no creo que resuelva mi situación, está en mí”*. Finalmente, unas pocas personas (4) expresaron no consultan porque tienen apoyo de su familia (*“resuelvo todo con mi pareja”*, *“me distraigo con mis hijos”*, *“hablando con mi mujer me es suficiente”*) y otras que prefieren *“ir a la iglesia”* (*“mi problema no es físico es emocional, puedo charlar con un cura”*).

Gráfico 2 - ¿Por qué no consultó? (respuestas múltiples, n = 477)



Que la gran mayoría no haya consultado porque no lo creyó necesario podría ser interpretado como el reflejo de cierta subestimación del propio padecimiento mental o incluso como la persistencia del estigma asociado a la salud mental. Sin embargo, al indagar en relación a terceros que hubieran mostrado preocupación por la salud mental de los encuestados, el 25,5% (154) respondió que efectivamente alguien había mostrado preocupación. Las personas más mencionadas (de modo no excluyente ya que algunos mencionaron a varias personas) fueron: amigo 32,9% (49), pareja 19,5% (29), hermano 15,4% (23), hijo 14,1% (21), madre 13,4% (20). En este sentido, pareciera que la preocupación por parte de otros seres queridos es la contracara de este subregistro/minimización de los padecimientos. Al apreciar las diferencias por género, se observó que entre los varones fue más frecuente la preocupación de sus amigos (87% vs. 31,2% en las mujeres), y las parejas (26,8% vs. 15,1% en las mujeres). En cambio, entre las mujeres fue más frecuente la mención preocupación por parte de su madre (16,1% vs. 0,9% en los varones. Esto podría vincularse con las formas de socialización según género y la naturalización del rol de cuidado asignado a las mujeres y feminidades. Frente a esto, los mandatos de masculinidad hegemónica, que se vinculan con el descuido de la propia salud por parte de los varones, constituyen un factor de riesgo en sí mismo. Así, son las mujeres las que se cuidan entre ellas, cuidan a otras y también a los varones.

Al indagar sobre los motivos por los que un amigo, un familiar o alguien más mostró preocupación, se obtuvieron un número variado de respuestas. La variedad de situaciones y de registros del padecimiento psíquico se desplegó en diversos sentidos, que al recorrer

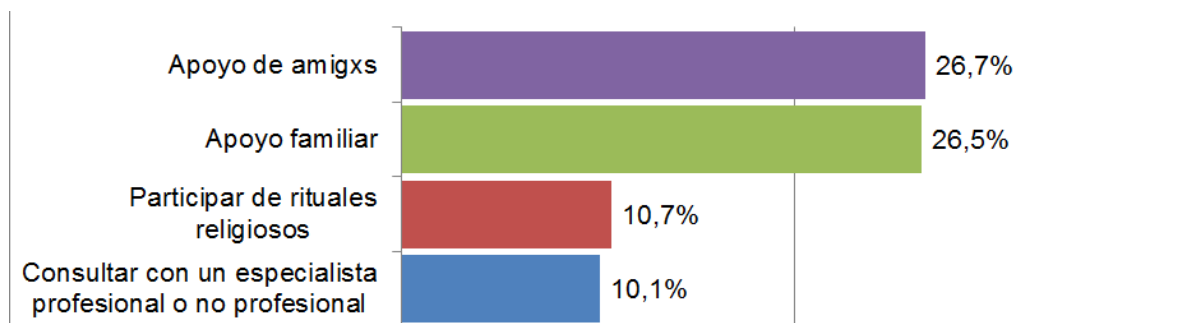
indican alguna clave acerca de las formas en qué se problematiza y define un malestar subjetivo o grupal.

Los entrevistados relataron que *“otros se preocuparon por”*: sus problemas familiares, como conflictos de pareja/divorcio/separación y problemas en relación al cuidado de los hijos; su sufrimiento subjetivo, es decir, estados de angustia, tristeza, ansiedad, miedo y situaciones traumáticas vinculadas a la inseguridad, sus cambios o pérdidas en lo afectivo: fallecimiento de un familiar, u otros cambios o pérdidas en lo afectivo; sus problemas laborales: estrés o pérdida del empleo; y problemas familiares, problemas de salud en general, problemas por consumo de sustancias, problemas con el juego, otros motivos.

4.3.2. Estrategias de atención de la salud mental

Frente a situaciones que afectan a la salud mental de los encuestados se obtuvieron múltiples respuestas que luego se categorizaron. Así, frente a la pregunta *“¿Qué hace para sentirse mejor?”*, de un total de 495 encuestados que respondieron a esta pregunta se distinguieron, siguiendo a la clasificación del antropólogo Eduardo Menéndez (2009) dos formas principales de autoatención: una centrada en los saberes y formas de autoatención,, principalmente en los grupos primarios naturales especialmente el grupo doméstico y otra en estrategias individuales frente al malestar que involucran saberes y formas de atención tanto de tipo biomédico como de tipo popular o tradicional.

Gráfico 3 - ¿Qué hace para sentirse mejor? (respuestas múltiples, n = 495)



Ampliaremos el gráfico (N° 3) retomando las voces de las personas e identificando las respuestas más frecuentes. En la mención de los grupos primarios conformados por amistades (26,5%), se distinguen: compartir actividades lúdicas o deportivas ligadas al bienestar y la sociabilidad (*“trato de salir a divertirme con amigos”*; *“salgo con amigas a caminar”*; *“hablo con amigos, vamos a comer, a pasear, salimos”*; *“salgo a bailar con mis amigos”*), y expresarles y poner en palabras los sentimientos (*“la mayoría de las veces me voy a la casa de mi mejor amiga”*; *“llamo a una vecina o amiga para hablar”*; *“lo hablé con mi mejor amiga”*; *“llamo a un amigo, me enoja y sigo”*). Se observa la relevancia que adquieren

el lazo social entre pares como lugar de cuidado vinculado, por un lado, a un lugar de refugio, conversación y escucha, y por otro lado, como lugar de distracción, donde puede leerse una dimensión de la salud mental más ligada a lo recreativo y placentero.

En un sentido y con una frecuencia similar mencionan la función de familiares (26,5%) pero con el foco mayor en la escucha y el sostén afectivo (*“trato de despejarme y refugiarme en mi familia”; “paso tiempo en familia”; “aferrarme a mi familia, agradecer tenerlos”; “charlo con mi mujer, amigos, muy compañeros, salimos con amigos o solos también”, “converso con mi hermana”, “con mi marido hablamos mucho y nos escuchamos, eso hace que yo esté tranquila”*).

Las otras formas de autoatención destacadas fueron las centradas en estrategias individuales frente al malestar. Los sentidos más reiterados en ese 10,7% de respuestas vinculadas a saberes de tipo popular o tradicional se concentraron en la participación en rituales religiosos: *“voy a la iglesia, rezo mucho”; “voy a la parroquia, encuentro contención”; “me entrego a dios”; “orar a dios para sentirme mejor”; “recé mucho y me aferré a Jesús”*.

En una proporción similar, ante la pregunta de qué hace para sentirse mejor, el 10,1% expresó que recurría a un especialista profesional o no profesional (*“voy al psicólogo”; “consulto a un médico”, “escucho a un profesional para que me ayude a salir”*). Estas últimas, se corresponden con saberes denominados de tipo biomédico, que se definen como las estrategias implementadas “por médicos y personal paramédico que trabajan en los tres niveles de atención respecto de padecimientos físicos y mentales” (Menéndez, 2009).

4.4. Estrategias de cuidado de la salud vinculadas con los consumos de sustancias

A continuación abordaremos las situaciones de consumos problemáticos, enmarcados en el campo de la salud mental, tal como indica la Ley N° 26.657 en su artículo 4.

Al preguntar si en los últimos 12 meses los entrevistados de Lanús hicieron tratamiento por drogas, sólo 3 personas contestaron que sí lo hicieron. Vale aclarar que en esta investigación no se relevaron problemas graves de consumo de sustancias psicoactivas; pero sí algunas situaciones de riesgo moderado².

Indagar acerca de las estrategias de resolución de problemas relacionados con los consumos de sustancias, legales e ilegales, nos puede brindar pistas para lograr una mayor comprensión sobre la complejidad que caracteriza el vínculo que esta población suele tener con los servicios de salud. Especialmente quienes viven en situaciones de exclusión social reportan

² Estos datos pueden ser consultados en el Informe final de este estudio, que se encuentra disponible en la biblioteca digital de CFI (Consejo Federal de Inversiones). Disponible en <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/viewer.html?pdfurl=http%3A%2F%2Fbiblioteca.cfi.org.ar%2Fwp-content%2Fuploads%2Fsites%2F2%2F2017%2F11%2Finforme-final-intercambios-ac.pdf&cflen=8322904&chunk=true>

toda una serie de dificultades para acceder a los servicios de salud entre las que se destacan las barreras culturales y la vigencia de algunos modelos de intervención que no siempre serían los más adecuados para sus pautas culturales, sus posibilidades y sus necesidades” (Pawlowicz y otros, 2011:180).

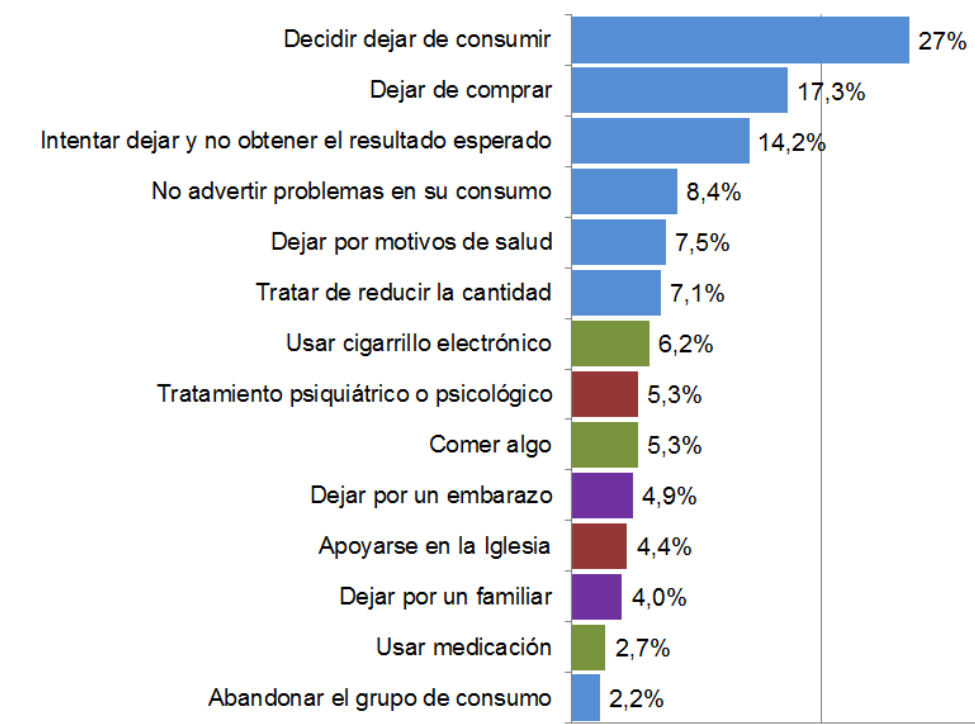
A los 226 encuestados que refirieron haber intentado dejar de consumir alguna sustancia, se les realizó una pregunta abierta acerca de las estrategias utilizadas para interrumpir dicho consumo. Es importante resaltar que no son estrategias excluyentes entre sí, sino que una misma persona puede optar por más de una. También ubicar estas regulaciones de los consumos en las trayectorias singulares de cada persona que a lo largo de su historia se va vinculando de distinto modo con las sustancias, en el marco de prácticas sociales simbólicas, y delimitadas espacio-temporalmente.

Las respuestas fueron organizadas en las siguientes categorías a partir del proceso de análisis de los datos:

- a) regulación del propio consumo;
- b) sustitución del consumo;
- c) motivación por algún evento vital y/o por preocupación de terceros; y
- d) consulta con un especialista profesional o no profesional.

En el gráfico siguiente (N° 4) presentamos las frecuencias correspondientes a las categorías mencionadas, y las subcategorías nominadas de acuerdo a los sentidos y las expresiones de las personas que participaron del estudio.

Gráfico 4 - ¿Qué hizo para dejar de consumir? (respuestas múltiples, n = 226)



Así se observó que las estrategias más mencionadas fueron las centradas en **prácticas individuales de autorregulación**, representadas en barras de color celeste. Casi un tercio de las personas (27%) indicó que directamente dejó de consumir, apelando a la *“voluntad propia”* y la decisión personal. En segundo lugar, un 17% expresó que *“dejó de comprar”*, nuevamente vinculándolo con la *“fuerza de voluntad”*. En menor medida, algunos (14,2%) refirieron que intentaron dejar sin obtener el resultado esperado (*“traté”* pero *“no resultó”*).

La moderación del consumo apareció asociada a dos ideas. Por un lado, con los consumos de sustancias no significados como problemáticos, en un 8,4% por ser *“poco”*, *“recreativo”* o *“no dependiente”* lo cual no requeriría una abandono (*“bebo socialmente, en familia”*, *“las drogas y la bebida no son adicción sino que consumo como diversión cuando salgo con amigos”*). Por otro lado, en un 7,1% se observó la búsqueda de reducción de la cantidad como una alternativa distinta al cese absoluto del consumo (*“tomo menos porque así me lo propuse, lo logré aunque en las fiestas brindo de más”*, *“bajé la cantidad de cigarrillos”*, *“conté los cigarrillos y los dividí por horas; fumo menos pero no lo pude dejar”*). Como otras formas de autorregulación de la práctica de consumo de sustancias, se mencionó en un 7,5% el abandono del consumo a raíz de algún problema de salud (*“dejé de consumir por enfermedad: bronquitis”*, *“por diabetes dejé todo”*). En muy pocas situaciones (2,2%) se refirió al abandono del grupo de consumo como vía para *“dejar el consumo”* (*“cambié las amistades que en su*

mayoría fumaba y luego dejó de consumir”, “no juntarme con los pibes, ellos te convidan. Una vuelta decis que no pero después ya está”).

También se hizo referencia, en pocos casos a la **sustitución de una sustancia por otra** para reducir los daños, que en el gráfico está representado con color verde. Se mencionó en tres situaciones: el uso del cigarrillo electrónico sustituyendo el cigarrillo clásico de tabaco (6,2%) (*“terminé fumando más”; “no funcionó”*), comer algo (5,3%) como caramelos, chicles o chupetines para bajar la ansiedad producida por la abstinencia y la utilización de medicación (2,7%) para reemplazar el tabaco a través de parches de nicotina, pastillas o rayos láser.

Otras motivaciones para disminuir el consumo de sustancias fueron **algún evento vital y/o la preocupación de terceros** (corresponde a las barras de color violeta en el gráfico). Las personas remitieron a que discontinuaron o abandonaron el consumo por una situación de embarazo (4,9%), propio o de la pareja (*“dejé de fumar por los embarazos”, “durante la lactancia”*). En el mismo sentido expresan que el abandono se debió a que un familiar (4%) se los pidió (*“dejé de fumar porque a mi hija le hacía mal, por ende no podía estar cerca de ella”; “con la ayuda de mi mujer e hijos, no era un buen ejemplo para la familia”*).

Estos giros en las trayectorias los hemos registrado en otros estudios tanto con población usuaria de cocaína (Rossi y otros, 2003) como en los relatos de los trabajadores de hospitales públicos acerca de las barreras de acceso (Rossi y otros, 2008). En ambas investigaciones se señalaba que algunos eventos críticos, como un problema con la pareja o un accidente, funcionan a modo de alarma, despiertan el temor a una pérdida y producen un punto de inflexión que lleva a la consulta, o incluso, a una transformación subjetiva buscando *“rescatarse”*. También se relevó en qué medida ciertos cambios en los grupos de pertenencia, como un duelo, un nacimiento o una separación, pueden cumplir una función como disparadores críticos.

Finalmente, y en una baja frecuencia, ante la pregunta de *¿qué hicieron para abandonar el consumo?* contestaron que **consultaron con un especialista** ya sea profesional o no (señalado en las barras de color bordó del gráfico). Un 5,3 % mencionaron que recibieron atención biomédica a través de la realización de un tratamiento psiquiátrico o psicológico; y un 4,4% refirió a la consulta referentes religiosos (*“apoyarse en la Iglesia”, “hablé con mi pastor y eso me ayudó”, “me sumé a la comunidad evangélica; el pastor y la fé me ayudaron a dejarlo”*).

5. Reflexiones finales

Los resultados muestran diversidad y mixtura de respuestas ante los problemas significados como de salud mental y de consumos problemáticos, y una subestimación del sufrimiento psíquico. En relación a las formas de enfrentar esos problemas, observamos que se superponen representaciones del sentido común, formas de cura tradicionales - ancestrales,

y matrices religiosas. Éstas coexisten con la utilización de los saberes propios de los campos disciplinares que el Estado regula y licencia como formas instituidas de dar respuesta a estas problemáticas en los distintos subsistemas de salud.

La descripción de las barreras y facilitadores de acceso, y sus diferencias según la cobertura en salud dan cuenta de la importancia de las lecturas y análisis de las condiciones socio-estructurales de vida de las poblaciones. Sus condiciones de acceso varían según cuente con obra social, prepaga y/o atención en el subsistema público de salud. A su vez, se destaca la preeminencia del nivel de lo institucional que interroga las formas de organizar los servicios de salud en relación con los turnos, los tiempos de espera, y la adecuación de los dispositivos a las particularidades de las diferentes poblaciones específicas.

Otra cuestión que amerita seguir reflexionando y estudiando es la construcción social de “el/la especialista” en salud mental. Lo muestran cuestiones como la consulta a profesionales médicos sin formación específica en salud mental y a especialistas del campo religioso. En esta línea de pensamiento, también vale la pena subrayar la valoración que estos adultos encuestados realizan de las pertenencias grupales, de las conversaciones con otros significativos, de actividades lúdicas y artísticas. Dichos resultados refuerzan la importancia de la prevención y la producción de salud desde un enfoque de la Salud Colectiva, así como la formación integral y las prácticas interdisciplinarias para favorecer la disponibilidad y predisposición de los servicios de salud. En este punto, también es notoria la brecha que existe entre las estrategias de autoatención de la población y la posibilidad de reconocimiento y legitimación de éstas por parte de los agentes de salud. La dimensión simbólica y relacional del vínculo entre las personas que asisten a un servicio de salud para sanar algún malestar es nodal para conceptualizar, intervenir y ampliar el derecho al acceso.

Por último, en base a los resultados consideramos necesario reflexionar acerca de cómo entendemos la salud mental. La Medicina Social-Salud Colectiva Latinoamericana (MS-SC) asume que la salud es un asunto de orden político y social, que debe ser pensada en un sentido integral, en contraposición a modelos de pensamiento dicotómicos y ahistóricos, y por lo tanto reduccionistas. En este sentido, los Determinantes Sociales de la Salud son una herramienta que visibiliza los aspectos estructurales involucrados en el proceso salud-enfermedad-atención/cuidado tales como las formas de organización de las sociedades para producir y consumir; y la distribución de recursos económicos, de poder y conocimiento (López Arellano, Escudero, Carmona, 2008). Esta conceptualización implica asumir un posicionamiento ético-político (Blanco J, López O, Rivera, 2007), y consecuentemente, también visibilizar e incluir en el diseño de las políticas sociosanitarias categorías como clase social, interculturalidad, género y otros marcadores sociales.

6. Referencias bibliográficas

- Blanco J, López O, Rivera, JA. (2007) Módulo II: Distribución y Determinantes de la Salud Enfermedad. Maestría en Medicina Social México: UAM-Xochimilco.
- Breilh J. (2003). *Epidemiología Crítica. Ciencia emancipadora e intercultural*. Buenos Aires: Universidad Nacional de Lanús, Lugar Editorial.
- Comes Y. (2004) "Accesibilidad: Una revisión conceptual". Documento Laboris realizado en el marco del proyecto de Investigación Equity and decentralization: Accessibility of poor families from Buenos Aires province to health public services of Buenos Aires City. International Development Research Centre of Canadá. Bs. As.: Mimeo.
- Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) (2008) "Subsanar las desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud". Informe Final de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud, OMS. p.1.
- IGN. (2021) *Población*. Instituto Geográfico Nacional, Ministerio de Defensa de la Nación. Disponible en: <https://www.ign.gob.ar/NuestrasActividades/Geografia/DatosArgentina/Poblacion2>
- Kohn, R., Ali, A. A., Puac-Polanco, V., Figueroa, C., López-Soto, V., Morgan, K., Saldivia, S., & Vicente, B. (2018) Mental health in the Americas: An overview of the treatment gap. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 42. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.165>
- Ley de Salud Mental N° 26.657/10. Disponible en: http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000951cnt-2018_ley-nacional-salud-mental-decreto-reglamentario.pdf
- López Arellano O, Escudero JC, Carmona LD. (2008) Los determinantes sociales de la salud. Una perspectiva desde el Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud, ALAMES, México. vol 3, n°8. Disponible en: <https://www.socialmedicine.info/index.php/medicinasocial/article/view/260/538>
- Menéndez, Eduardo L. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2003, v. 8, n. 1 [Accedido 30 Agosto 2021] , pp. 185-207. Disponible en: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232003000100014>>. Epub 26 Jun 2007. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232003000100014>.

- Menéndez E. (2009) *De sujetos saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*. Bs.As:Lugar.
- Muñoz-Rodríguez M, Basco ME. (2015) Indagaciones epidemiológicas en salud mental: usos de servicios de salud y percepción del apoyo social. Universidad Nacional de San Luis. Universidad de Mendoza. Mendoza, Argentina. Disponible en <https://www.scielosp.org/article/rsap/2016.v18n2/188-200/>
- OMS. *Global Health Estimates 2019: Disease burden by Cause, Age, Sex, by Country and by Region, 2000-2019*. <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/global-health-estimates-leading-causes-of-dalys>
- Pawlowicz, M. P., Abal, Y. y Rossi, D. (2019) *Persistencias en la epidemia de VIH. Estigma y acceso a la atención hospitalaria de personas con VIH y otras poblaciones clave*. Buenos Aires: Intercambios Asociación Civil. Disponible en: https://intercambios.org.ar/Persistencias_en_la_epidemia_del_VIH.pdf
- Rossi D, Pawlowicz MP, Cymerman P, Goltzman P, Touzé G. (2003) Evaluación Rápida y Desarrollo de Respuestas en el Uso de Cocaína Inhalable y la Conducta de Riesgo Sexual en Bs. As. 2002-2003. Informe Final.Bs. As.: Intercambios AC. Mimeo.
- Rossi D, Pawlowicz MP, Zunino Singh D. (2007) *Accesibilidad de los usuarios de drogas a los servicios públicos de salud en las ciudades de Bs. As. y Rosario. La perspectiva de los trabajadores de la salud*. Bs. As.: Intercambios AC y ONUDD; 81p. Disponible en: <https://intercambios.org.ar/assets/files/Accesibilidad-dedelosusuariosdedrogas.pdf>
- Stagnaro, J. C., Cía, A., Vázquez, N., Vommaro, H., Nemirovsky, M., Serfaty, E., Sustas, S. E., Mora, M. E. M., Benjet, C., Aguilar-Gaxiola, S., & Kessler, R. (2018). Estudio epidemiológico de salud mental en población general de la República Argentina. *VERTEX - Revista Argentina de Psiquiatría*, XXIX, 275–299.