

PROVINCIA DE BUENOS AIRES

CONSEJO FEDERAL DE INVERSIONES

ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DESCRIPTIVO DE LAS PROBLEMÁTICAS DE
SALUD MENTAL Y CONSUMOS PROBLEMÁTICOS DE SUSTANCIAS EN UN
MUNICIPIO DEL CONURBANO BONAERENSE

INFORME FINAL

MARZO DE 2017

AUTORA MARÍA PÍA PAWLOWICZ

INDICE GENERAL

SINTESIS DEL DOCUMENTO	1
INTRODUCCIÓN.....	2
CAPITULO I. OBJETIVOS, METODOLOGÍA, ANTECEDENTES, ACUERDOS PARA DESARROLLAR EL ESTUDIO, AGRADECIMIENTOS Y ETAPAS DEL PLAN DE TRABAJO	3
Propósito y objetivos específicos del Estudio	4
Metodología.....	5
Antecedentes del Estudio.....	7
Acuerdos para desarrollar el estudio.....	8
Agradecimientos.....	9
Etapas del Plan de Trabajo	10
CAPITULO II. ETAPA I.....	12
Actividad 1. Establecimiento de la unidad de población a relevar	12
Tarea 1: Determinar ubicación y tamaño de la muestra	13
Tarea 2: Revisar el estado del arte.....	15
2.1. Recopilación de estudios previos	15
2.2. Descripción de los instrumentos utilizados para cada módulo del cuestionario aplicado.....	18
Actividad 2. Diseño del instrumento y modalidad de aplicación	22
Tarea 3: Plantear alternativas en función de los objetivos propuestos y seleccionar la más adecuada	22
Tarea 4: Elaborar el plan de acción y la disposición del material para realizar el relevamiento	27
Tarea 5: Diseñar, elaborar y realizar la prueba piloto del instrumento	28
Tarea 6: Editar los cuestionarios a fin de identificar problemas a partir de su revisión detallada.....	30
CAPITULO III. ETAPA II.....	34
ACTIVIDAD 3. RELEVAMIENTO DE DATOS	34

Tarea 7: Capacitar a los encuestadores	35
Tarea 8: Realizar el trabajo de campo.....	38
Tarea 9: Ordenar y sistematizar los datos relevados	43
Tarea 10: Diseñar las bases de datos para cargar los datos cuantitativos y cualitativos.	46
CAPÍTULO IV. ETAPA III.....	50
ACTIVIDAD 4. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	50
Tarea 11: Analizar los resultados obtenidos con base en indicadores relevantes, triangulando el análisis cuantitativo (cálculos de frecuencias, medidas estadísticas de tendencia central, y análisis bivariados cuando sea pertinente) y el cualitativo (análisis de contenido a partir de codificación y de armado de redes conceptuales).	51
11.1. Procedimientos.....	51
11.2. Resultados	60
11.2. a) Características sociodemográficas de la muestra.....	60
11.2.b) Depresión	68
11.2.c) Salud mental y consumo de sustancias	74
<input type="checkbox"/> Variables socio-demográficas y riesgo en el uso de sustancias	78
11.2.d) Salud mental y violencia de género	86
<input type="checkbox"/> Violencia psicológica.....	94
<input type="checkbox"/> Descripción de los episodios de violencia de género durante el último año ..	94
11.2.e) La perspectiva de los padres/madres sobre la salud mental de sus hijos ...	97
<input type="checkbox"/> Estrategias de atención de la salud mental de los niños.....	102
11.2.e) Percepción y estrategias de atención ante los problemas de salud mental	106
¿Dónde atienden sus problemas generales de salud?	108
Accesibilidad a los servicios de salud	109
¿Dónde atienden sus problemas de salud mental?	111
Estrategias de atención de la salud mental.....	113
<input type="checkbox"/> Estrategias de cuidado de la salud vinculadas con los consumos de sustancias 118	
Tarea 12: Capacitar y acompañar al equipo de investigación durante el trabajo de análisis de los datos para asegurar la calidad de la información relevada	122

Tarea 13: Elaborar conclusiones y recomendaciones	123
CONCLUSIONES.....	126
RECOMENDACIONES.....	135
BIBLIOGRAFIA.....	139

ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

TABLAS

Tabla N° 1. Estimaciones de prevalencia de uso alguna vez en la vida y en los últimos 30 días de drogas ilegales (DI) y alcohol, 2011	17
Tabla N° 2. Dimensiones y tipos de violencia de género	57
Tabla N° 3. Distribución poblacional por grupos de edad	61
Tabla N° 4. País de nacimiento	62
Tabla N° 5. Nivel de educación según región	62
Tabla N° 6. Tamaño del hogar	63
Tabla N° 7. Tipo de hogar	63
Tabla N° 8. Número de hijos	64
Tabla N° 9. Condición de ocupación	64
Tabla N° 10. Fuentes de ingresos en los últimos 12 meses	65
Tabla N° 11. Subsidios gubernamentales	65
Tabla N° 12. Tipo de vivienda	66
Tabla N° 13. Nivel de presencia de síntomas de depresión según localidad de residencia.....	69
Tabla N° 14. Sustancias psicoactivas por riesgo según localidad, edad y género.....	79
Tabla N° 15. Sustancias psicoactivas por riesgo según tipo de hogar y pareja	81
Tabla N° 16. Sustancias psicoactivas por riesgo según apoyo social y situación laboral	83
Tabla N° 17. Sustancias psicoactivas por riesgo según nivel educativo y cobertura en salud	85
Tabla N° 18. Datos comparativos entre el estudio del Ministerio de Justicia (2015) y la muestra de Lanús.....	89
Tabla N° 19. Principales motivos por los que cita la escuela	101
Tabla N° 20. Principales motivos por los que algún familiar mostró preocupación	102
Tabla N° 21. Principales motivos de consulta	103
Tabla N° 22. ¿Por qué no consultó?	104

Tabla N° 23. Efectores de salud al que refieren acudir	108
Tabla N° 24. Instituciones en las que refieren atender los problemas de salud	109
Tabla N° 25. A quiénes consultaron por problemas de salud mental	111
Tabla N° 26. ¿Por qué no consultó?	113
Tabla N° 27.a. ¿Qué hace para sentirse mejor?	114
Tabla N° 27.b. ¿Qué hace para sentirse mejor?	115
Tabla N° 28. Motivos por los que un tercero mostró preocupación	117
Tabla N° 29.a. ¿Qué hizo para dejar de consumir?	119
Tabla N° 29.b. ¿Qué hizo para dejar de consumir?	120
Tabla N° 29.c. ¿Qué hizo para dejar de consumir?	121

GRÁFICOS

Gráfico N° 1. Nivel de apoyo social	67
Gráfico N° 2. Presencia y severidad de síntomas de depresión.....	68
Gráfico N° 3. Presencia de síntomas de depresión según edad.....	70
Gráfico N° 4. Presencia de síntomas de depresión según nivel de educación.....	71
Gráfico N° 5. Presencia de síntomas de depresión según categoría ocupacional.....	72
Gráfico N° 6. Presencia y severidad de síntomas de depresión según niveles de apoyo social.....	72
Gráfico N° 7. Prevalencia de uso de sustancias, alguna vez en la vida.....	74
Gráfico N° 8. Prevalencia de uso de sustancias, últimos 3 meses.....	75
Gráfico N° 9. Prevalencia de uso de sustancias según nivel de riesgo.....	77
Gráfico N° 10. Formas de violencia física.....	87
Gráfico N° 11. Formas de violencia sexual.....	88
Gráfico N° 12. Violencia de género física o sexual según edad agrupada.....	90
Gráfico N° 13. Violencia de género física o sexual según tipo de hogar.....	91
Gráfico N° 14. Violencia de género física o sexual según nivel de apoyo.....	92
Gráfico N° 15. Violencia de género física o sexual según nivel de educación.....	92
Gráfico N° 16. Violencia de género física o sexual según situación laboral.....	93
Gráfico N° 17. Formas de violencia psicológica.....	94
Gráfico N° 18. ¿Con quién viven los niños?	97
Gráfico N° 19. ¿Su hijo tuvo alguno de los siguientes problemas?	99
Gráfico N° 20. Percepción del estado de salud.....	106
Gráfico N° 21. Porcentaje de distribución de la cobertura de salud.	108
Gráfico N° 22. Accesibilidad a los servicios de salud.....	110
Gráfico N° 23. Tipo de relación con las personas que han mostrado preocupación por su salud mental.....	116

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo I: Foto del acuerdo con el Municipio de Lanús	146
Anexo II: Cuestionario.....	147
Anexo III: Consentimiento Informado.....	160
Anexo IV: Fotos de la prueba piloto del cuestionario.....	161
Anexo V: Fotos de las reuniones de capacitación y supervisión.....	162
Anexo VI: Ejemplo de Power Point utilizado en la capacitación	163
Anexo VII: Guía de orientaciones para el trabajo de campo.....	164
Anexo VIII: Credenciales.....	168
Anexo IX: Recurso	169
Anexo X: Radios Censales	171
Anexo XI: Guía de recomendaciones	172

SINTESIS DEL DOCUMENTO

El "Estudio epidemiológico descriptivo de las problemáticas de Salud Mental y consumos problemáticos de sustancias en un Municipio del conurbano Bonaerense" tuvo como objetivo estimar la magnitud de los problemas de salud mental tales como los consumos problemáticos de sustancias, las situaciones de depresión y de violencia de género en población adulta y en la infancia. A su vez, se buscó caracterizarlas según los determinantes sociales y las estrategias de atención de la salud.

La Subsecretaría de Determinantes Sociales de la Salud y Enfermedad Física, Mental, y de las Adicciones del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires llevó a cabo este estudio, que ejecutó Intercambios Asociación Civil y que fue financiado por el Consejo Federal de Inversiones. Para el trabajo de campo Intercambios articuló la tarea con la Dirección de Salud Mental y Adicciones del Municipio de Lanús.

Se completaron 605 cuestionarios semi-estructurados domiciliarios, que recabaron información de mujeres y varones de 18 a 65 años residentes en las localidades de Monte Chingolo y Lanús Oeste. La muestra fue probabilística estratificada, y el trabajo de campo se realizó en los meses de octubre y noviembre de 2016.

El diseño metodológico fue cuanti-cualitativo. Se empleó un consentimiento informado y se respetaron los principios éticos de igualdad, voluntariedad, anonimato, confidencialidad y seguridad.

El análisis de los datos permitió concluir que hubo presencia de síntomas de depresión en el 20,2% de los entrevistados, y consumos de riesgo moderado principalmente de tabaco y el alcohol. Un tercio de las mujeres fue víctima alguna vez en su vida de violencia física y 43,2% de violencia psicológica. Entre los 159 hijos de 6 a 12 años de los entrevistados, se reportaron eventos de maltrato psicológico (14,5%) y/o físico (8,2%) entre pares. Las barreras organizacionales y culturales de acceso a los servicios de salud fueron las más frecuentes. Los determinantes sociales se asociaron de manera diversa a las distintas problemáticas.

Finalmente, se espera que la información producida permita que los decisores políticos y los equipos de salud cuenten con evidencia actualizada que permita mejorar la calidad, disponibilidad y adecuación de la atención y la promoción de la salud.

INTRODUCCIÓN

El informe final incluye una síntesis del documento que resume la estructura y el contenido del trabajo realizado, las etapas, actividades y tareas desarrolladas, los principales resultados obtenidos, las conclusiones del trabajo de investigación y las recomendaciones generales.

El informe final cuenta con cuatro capítulos. El primer capítulo refiere a los propósitos y objetivos del estudio, la metodología empleada, así como los antecedentes considerados en proyectos previamente desarrollados por la Subsecretaría de Salud Mental y Adicciones del Gobierno de la Provincia de Buenos Aires con apoyo del Consejo Federal de Inversiones. Se mencionan los acuerdos de trabajo del equipo de investigación de Intercambios Asociación Civil con las autoridades locales y provinciales para dar cumplimiento al estudio, así como una enumeración de las Etapas del Plan de Trabajo con sus respectivas actividades y tareas.

El segundo capítulo presenta la información correspondiente a la Etapa I del estudio con sus respectivas actividades dedicadas al establecimiento de la unidad de población a relevar y al diseño del instrumento y modalidad de aplicación.

El tercer capítulo describe la Etapa II del estudio, centrándose en la actividad de relevamiento de datos.

El cuarto capítulo está dedicado a la Etapa III del Estudio y presenta la información correspondiente a la actividad de análisis e interpretación de resultados que da cuenta de las características de la población entrevistada en dos localidades del Municipio de Lanús: Monte Chingolo y Lanús Oeste.

El equipo de trabajo estuvo conformado por la coordinadora general, las dos investigadoras, la asistente administrativa y tres consultores en temas específicos del estudio. El trabajo de campo se desarrolló junto con la dotación de encuestadoras seleccionadas y capacitadas para la tarea. Para la actividad de ordenamiento y sistematización de los datos se incorporó un data entry.

Se agregan conclusiones y recomendaciones que surgen del desarrollo del estudio y de los datos obtenidos.

Se acompaña la bibliografía empleada y los anexos citados en el cuerpo del informe.

**CAPITULO I. Objetivos, Metodología, Antecedentes,
Acuerdos para Desarrollar el Estudio,
Agradecimientos y Etapas del Plan de Trabajo**

Propósito y objetivos específicos del Estudio

El estudio epidemiológico cuyos resultados se presentan, tuvo como propósito contribuir a la sistematización de información sobre la prevalencia de problemas de Salud Mental y consumos problemáticos de sustancias en el conurbano bonaerense; y producir información que permita que los decisores políticos y los equipos de salud cuenten con evidencia actualizada para mejorar la calidad, disponibilidad y adecuación de la atención.

El estudio epidemiológico descriptivo de las problemáticas de Salud Mental y consumos problemáticos de sustancias en el Municipio de Lanús definió tres objetivos específicos que fueron considerados para revisar el estado del arte, definir el cuestionario que se aplicó y analizar los resultados obtenidos en el estudio.

El primer objetivo fue:

1. Estimar la magnitud de los problemas de salud mental tales como los consumos problemáticos de sustancias, las situaciones de depresión y de violencia de género en población adulta y en la infancia.

El primer objetivo, cuya redacción definitiva es la que se incluye en este apartado, fue reformulado durante el proceso de elaboración del cuestionario del estudio y los motivos del cambio fueron debidamente informados a la contraparte provincial, así como al Consejo Federal de Inversiones. Tanto el Secretario General del CFI como la Presidenta y la Secretaria de Intercambios Asociación Civil, firmaron con fecha 15 de diciembre de 2016, una adenda del contrato inicial que incluye este cambio en la redacción del primer objetivo. Los motivos del cambio se enumeran tanto en el apartado 6.2.2. titulado “Descripción de los instrumentos utilizados para cada módulo del cuestionario aplicado” como en el apartado 7.3. titulado “Plantear alternativas en función de los objetivos propuestos y seleccionar la más adecuada” incluidos en el Capítulo II de este informe.

El segundo objetivo fue el siguiente:

2. Caracterizar los problemas de Salud Mental y consumos problemáticos de sustancias según los determinantes sociales de la salud, jerarquizando cuestiones como edad, sexo, nivel educativo, configuración familiar, situación ocupacional, y las redes sociales de apoyo.

El tercer objetivo fue el siguiente:

3. Describir las estrategias de atención que utilizan las personas para atender sus problemas de Salud Mental y consumos problemáticos de sustancias, así como los facilitadores y barreras de accesibilidad a los servicios de salud para atender de modo específico (Servicios de Salud Mental y/o Adicciones) e inespecífico (otras prestaciones en las que indirectamente se atiendan problemas de Salud Mental).

Metodología

El diseño metodológico del estudio fue cuanti-cualitativo y descriptivo, es decir, en términos epidemiológicos un estudio de prevalencias.

Las fuentes de datos fueron primarias a partir de la aplicación de un cuestionario cuanti-cualitativo en el que se incluyeron preguntas abiertas y cerradas formuladas a 605 personas residentes en dos localidades del Municipio Lanús: Monte Chingolo y Lanús Oeste.

Los criterios de inclusión incorporaron al estudio personas mayores de 18 y menores de 66 años y que residieran en el Municipio de Lanús.

En cuanto a la muestra de la población, el proyecto había programado aplicar una metodología híbrida combinando tres tipos de reclutamiento probabilísticos y no probabilísticos entre a) una selección al azar simple con las personas que asisten a 8 de los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) del Municipio, siendo 4 de la Localidad de Lanús Oeste y 4 de Monte Chingolo, b) en la calle utilizando puntos muestrales callejeros usando horarios al azar para evitar sesgos debido a la hora del día, y c) a los contactos de los encuestados en su red de conocidos.

En las sucesivas reuniones mantenidas con autoridades de la Secretaría de Salud del Municipio de Lanús se evaluó que los registros de las personas que asisten a los 8 Centros de Salud mencionados estaban desactualizados en varios de los CAPS además de no ser homogéneos en sus características básicas. Por lo tanto, se dificultaba su uso como marco muestral. Por ese motivo, en conjunto con el consultor en análisis cuantitativo de datos Julián Antman, se generó una redefinición de los criterios para seleccionar la muestra que consignamos a continuación:

1) Sobre el mapa de Monte Chingolo y Lanús Oeste se identificaron los radios censales establecidos por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC) de cada una de las dos localidades.

2) En cada localidad se sortearon al azar la cantidad de radios censales necesarios según la cantidad de encuestas a realizar en la localidad y según la cantidad asignada de encuestas en cada radio censal.

3) Una vez seleccionados los radios censales, en cada uno de ellos se sorteó al azar la manzana original (MO), que es la primera manzana que recorrió la encuestadora, y las manzanas de reemplazo, que son las manzanas que recorrió la encuestadora en el caso que no completara todas las encuestas en la manzana original.

4) En la manzana original la esquina de arranque fue la que corresponde al ángulo inferior derecho. Las encuestadoras empezaron a recorrer la manzana en el sentido de las agujas del reloj con el hombro derecho pegado a la pared. Se dejó un intervalo de dos viviendas sin timbrear por cada encuesta completa.

5) La persona a entrevistar en cada hogar se seleccionó considerando cuotas por sexo y edad establecidas según la distribución en la población de Lanús publicada por el INDEC en el Censo 2010.

Consideramos que la posibilidad de realizar un muestreo probabilístico estratificado fortaleció los datos de este estudio ya que, en el campo epidemiológico, estos muestreos son valorados por el nivel de generalización de los resultados que permiten.

En cuanto a las consideraciones éticas, la participación de las personas en este estudio siguió los principios de igualdad, voluntariedad, anonimato, confidencialidad y seguridad. En la nota de consentimiento informado individual se explicitaron los objetivos del estudio. Se aclaró también que como la participación es voluntaria, el encuestado podría interrumpir su participación en cualquier momento, sin que esto implicara para él/ella ningún tipo de perjuicio. Se adoptaron estrictas medidas para garantizar la confidencialidad. El participante eligió un nombre ficticio, que luego, al transcribir los datos, se convirtió en un número. Se dio a los encuestados los nombres de las personas responsables del estudio, de modo tal que los participantes pudieran contactarse con ellas si lo deseaban. La nota de consentimiento fue firmada por el participante con un nombre ficticio y por un representante del equipo de investigación, que atestiguó que el participante fue informado de los beneficios y riesgos de cualquier investigación de este

tipo y tuvo la oportunidad de formular preguntas antes de expresar su acuerdo para participar del estudio.

Se trianguló el análisis de datos cuantitativos y cualitativos. El análisis cuantitativo involucró el ordenamiento de los cuestionarios, la construcción de una base de datos y el uso del programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) para analizar las variables realizando estimaciones, según fuera el caso, de medidas estadísticas de tendencia central (media, mediana y modo), cálculos de frecuencias y análisis bivariados cuando fue pertinente.

El material cualitativo fue analizado a través de procesos de codificación de acuerdo con los objetivos del proyecto y se organizaron redes conceptuales que permitieran su interpretación. Se realizó el análisis de contenido a partir del reconocimiento de regularidades y patrones identificados en repetidas lecturas del material y discutiendo los resultados en reuniones grupales. Todo este proceso involucró capacitaciones y supervisiones de las integrantes del equipo de investigación.

Finalmente, el proceso de triangulación en la investigación en salud presenta muchas ventajas porque al utilizar diferentes métodos, éstos pueden actuar como filtros para captar la realidad de modo selectivo. Sirve para superar las dicotomías tradicionales de métodos cualitativos-cuantitativos; enfoques disciplinarios-interdisciplinarios (Samaja, 1993, citado en De Souza Minayo, 2005).

Antecedentes del Estudio

El estudio avanzó en la misma línea que algunas de las acciones que se previeron en el Plan Nacional de Salud Mental, tales como:

- Diseñar e implementar un sistema de información en Salud Mental y adicciones con una perspectiva interdisciplinaria e intersectorial, articulado al desarrollo de la epidemiología a nivel federal, para la obtención, interpretación y divulgación de información, que permitan conocer los factores de riesgo, las condiciones de vulnerabilidad y la población afectada, el acceso, la calidad y cobertura de los servicios. Un cúmulo informativo que servirá para determinar las prioridades en la toma de decisiones y orientar futuras políticas públicas;
- Promover el desarrollo de la investigación epidemiológica en Salud Mental y adicciones de modo interdisciplinario e intersectorial.

- Diseñar, definir, desarrollar, fortalecer, monitorear y/o evaluar directrices y/u otros instrumentos que contribuyan a garantizar la calidad de los servicios de Salud/Salud Mental y adicciones.
- Monitorear y evaluar el proceso de adecuación de los efectores públicos, privados y de la seguridad social, de la red de servicios de Salud/Salud Mental, a la Ley Nacional de Salud Mental y su Decreto reglamentario.

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.

Este estudio se concibió como una continuidad de otros dos proyectos que en los últimos años la Subsecretaría de Salud Mental y Adicciones del Gobierno de la Provincia de Buenos Aires llevó a cabo con apoyo del Consejo Federal de Inversiones. Por un lado, el proyecto "*Comunicación y Salud Mental. Estrategias para la aplicación de la nueva Ley de Salud Mental*" que tuvo como objetivo dar a conocer dicha ley a través de una metodología de Investigación Acción Participativa (IAP). Con un recorte en la Región Sanitaria XI, se realizaron jornadas de capacitación y reflexión así como productos comunicacionales a partir de los debates con miembros del ámbito de la Salud Mental y su comunidad. Por otro lado, el proyecto "*Capacitación y talleres para jóvenes en el marco de la prevención de las adicciones `Protagonistas de nuestra comunidad`*" que tuvo como objetivo formar y empoderar jóvenes en estrategias de promoción de salud y multiplicación entre pares en la Región Sanitaria IV.

Acuerdos para desarrollar el estudio

El equipo de investigación de Intercambios Asociación Civil implementó un estudio epidemiológico descriptivo de las problemáticas de Salud Mental y consumos problemáticos de sustancias en acuerdo con la Subsecretaria de Determinantes Sociales de la Salud y Enfermedad Física, Mental, y de las Adicciones del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. En el proyecto aprobado definimos como objetivo general "caracterizar epidemiológicamente problemas de Salud Mental y consumos problemáticos

de sustancias de la población del Municipio de Lanús”. En consecuencia, se realizaron acuerdos con el municipio que se formalizaron en un “Acuerdo de cooperación entre la Secretaría de Salud del Municipio de Lanús e Intercambios Asociación Civil” firmado en la ciudad de Lanús el 27 de julio de 2016. En la ocasión estuvieron presentes la Subsecretaria de Determinantes Sociales de la Salud y Enfermedad Física, Mental, y de las Adicciones del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires; el Subsecretario de Atención Integral de la Salud del Municipio de Lanús y la Presidenta de Intercambios Asociación Civil. Se acompañan fotografía de ese acto en el Anexo I.

La Presidenta y la Secretaria de Intercambios Asociación Civil firmaron el contrato con el Secretario General Provisorio del Consejo Federal de Inversiones el 7 de septiembre de 2016.

Asimismo, los días 24 de mayo y 30 de agosto se reunieron la Directora de Salud Mental y Adicciones del Municipio y la Coordinadora General de este estudio para planificar acciones conjuntas, en locaciones del Municipio, manteniendo la comunicación referida a las diferentes etapas del estudio.

El Área Planificación y Evaluación de la Unidad Coordinadora de Proyectos del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires asistió y asesoró al equipo de investigación durante todo el estudio.

En todas las actividades del estudio participaron la coordinadora general, las dos investigadoras y la administrativa. Los 3 consultores expertos, así como otros investigadores reconocidos en los temas que se investigaron, fueron asiduamente consultados en las distintas etapas de trabajo tanto por correo electrónico como en diversas reuniones presenciales.

Agradecimientos

Equipo de Investigación:

Coordinadora general:

María Pía Pawlowicz

Investigadoras:

Mara Tesoriero

Florencia Vissicchio

Consultores:

Silvia Faraone

Diana Rossi

Encuestadoras:

Julián Antman
Carmen Itatí Báez
Mónica Beatriz Cheroni
María Del Rosario D'Angola
Ana Mónica Longo
María Luz Mantari Morales
Nancy Lilian Sotelo
Karina Villagra
Laura Haydee Serrabón
Stella Maris Altavelapiz
Florencia Elizabeth Farías
Valeria Fonseca
Luciana Sonia Javier
Nicolás Silva
Eleonora Pfister

Data entry:

Asistente administrativa:

A todos/as los/as entrevistados/as por su predisposición y su tiempo.

A todas las personas que nos han asesorado durante todo el proceso como Silvina Ramos, Alejandra Barcala y Gonzalo Ralón.

A la Subsecretaria de Determinantes Sociales de la Salud y Enfermedad Física, Mental, y de las Adicciones del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos, al Consejo Federal de Inversiones, al Área de Planificación y Evaluación de la Unidad Coordinadora de Proyectos del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, y a la Dirección de Salud Mental y Adicciones del Municipio de Lanús.

A todos los integrantes de Intercambios Asociación Civil.

Etapas del Plan de Trabajo

El estudio se desarrolló en 3 etapas alineadas con los objetivos propuestos:

Etapa I.

Actividad 1: Establecimiento de la unidad de población a relevar.

1) Determinar ubicación y tamaño de la muestra.

2) Revisar el estado del arte (recopilar los estudios previos sobre el tema que anteceden este proyecto, y los instrumentos disponibles de investigaciones epidemiológicas similares).

Actividad 2: Diseño del instrumento y modalidad de aplicación

3) Plantear alternativas en función de los objetivos propuestos y seleccionar la más adecuada.

4) Elaborar el plan de acción y la disposición del material para realizar el relevamiento.

5) Diseñar, elaborar y realizar la prueba piloto del instrumento.

6) Editar los cuestionarios a fin de identificar problemas a partir de su revisión detallada.

Etapa II.

Actividad 3: Relevamiento de datos

7) Capacitar a los encuestadores.

8) Realizar el trabajo de campo.

9) Ordenar y sistematizar los datos relevados.

10) Diseñar las bases de datos para cargar los datos cuantitativos y cualitativos utilizando el programa SPSS. Será una tarea a cargo de sendos investigadores junto con la coordinadora.

Etapa III.

Actividad 4: Análisis e interpretación de resultados

11) Analizar los resultados obtenidos con base en indicadores relevantes, triangulando el análisis cuantitativo (cálculos de frecuencias, medidas estadísticas de tendencia central, y análisis bivariados cuando sea pertinente) y el cualitativo (análisis de contenido a partir de codificación y de armado de redes conceptuales).

12) Capacitar y acompañar al equipo de investigación durante el trabajo de análisis de los datos para asegurar la calidad de la información relevada.

13) Elaborar conclusiones y recomendaciones.

CAPITULO II. Etapa I

Actividad 1. Establecimiento de la unidad de población a relevar

Actividad 2. Diseño del instrumento y modalidad de aplicación

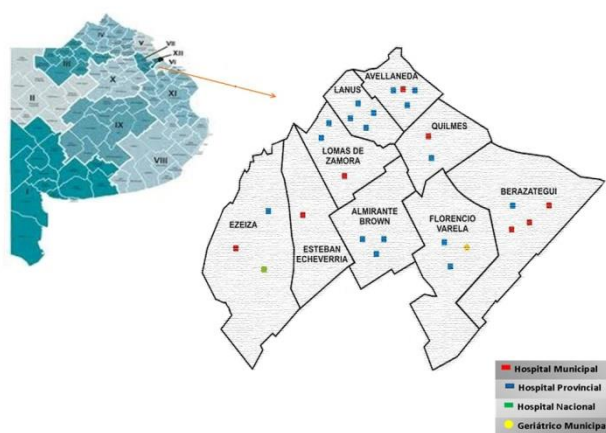
La **Actividad 1. Establecimiento de la unidad de población a relevar**, tuvo dos tareas incluidas en este Capítulo:

Tarea 1: Determinar ubicación y tamaño de la muestra

El proceso de definición del diseño muestral fue descrito en el apartado metodológico de este informe. Se decidió realizar un muestreo probabilístico estratificado que permitió la generalización de los resultados obtenidos.

El estudio se localizó en el Municipio de Lanús, que fue seleccionado entre los 24 municipios del área del conurbano bonaerense, considerando que los resultados de este estudio pueden ser de utilidad para las Regiones Sanitarias pertenecientes al área.

El Municipio de Lanús forma parte de la Región Sanitaria VI, que es una de las más populosas y más extensas- alberga a una población estimada en 3.650.198 personas.



Fuente: sitio web del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires

El partido de Lanús es uno de los más pequeños municipios del Gran Buenos Aires pero cuenta con una mayor densidad de población que los otros por kilómetro cuadrado. Contaba con 459.263 al momento del Censo Nacional del Población y Vivienda de 2010, y se divide en 6 localidades, conformadas, cada una, por variedad de barrios.

Las localidades son: Lanús Oeste, Lanús Este, Remedios de Escalada, Gerli, Valentín Alsina y Monte Chingolo.



Fuente: sitio web del Municipio de Lanús

Los efectores de salud del Municipio son diversos, de acuerdo a lo informado por la Dirección de Salud Mental y Adicciones del Municipio. Los servicios hospitalarios del subsector estatal son: un hospital interzonal general de agudos -“Evita”-, un hospital zonal general de agudos -“Dr. Narciso López”-, uno local general de agudos -“Dr. Arturo Melo”- y uno zonal especializado en oncología, todos de dependencia provincial.

La Secretaría de salud municipal cuenta con 8 unidades sanitarias y 32 centros de atención de la salud, además de 1 Departamento de Medicina Preventiva que desarrolla ocho programas. Las unidades sanitarias se consideran parte del primer nivel de atención pero, a diferencia de los centros de salud, cuentan con servicio de guardia permanente en clínica médica, pediatría y enfermería y algunas de ellas realizan análisis clínicos, radiografías, colposcopias, Papanicolau y ecografías.

Con respecto a los temas específicos de Salud Mental y consumos problemáticos, el Municipio de Lanús cuenta con un Programa de Prevención y asistencia de las adicciones. Para las emergencias en Salud Mental, desde 2007, la Coordinación Regional de Salud Mental de la Región Sanitaria VI implementa un dispositivo de apoyatura o asesoramiento en los hospitales generales, que se denomina ERIC -Equipo Regional de Intervención en Crisis- y está conformado por psiquiatras, psicólogos y trabajadores sociales. A las personas dadas de alta por ese equipo, desde 2008, se les realiza un seguimiento a través de equipos comunitarios llamados ERICO -Equipo Regional de Intervención Comunitaria- que trabajan en centros de salud, hospitales, o centros de integración comunitaria. También en Lanús Oeste hay un Centro Provincial de Atención de Adicciones (CPA), que es de gestión provincial.

La localización en Monte Chingolo y en Lanús Oeste, se basa en que constituyen dos territorios de vulnerabilidad social y son localidades del Municipio de Lanús donde hay escasos relevamientos realizados con anterioridad.

Tarea 2: Revisar el estado del arte

2.1. Recopilación de estudios previos

Los problemas del campo de Salud Mental tienen 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 (DALYs) 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. La depresión, por ejemplo, ocupaba en 2009 el segundo lugar a nivel mundial como causa de discapacidad, con una tendencia en incremento.

Considerando la situación de este campo de problemas, la Organización Mundial de la Salud y el Banco Mundial se pronunciaron en abril de 2016 en torno a la necesidad de poner a la Salud Mental como prioridad en la agenda de desarrollo global.

La situación de la Salud Mental en América Latina y el Caribe es crítica. “Los trastornos mentales y neurológicos representan el 22% de la carga total de enfermedad. (...) Las necesidades de Salud Mental de las poblaciones se tornan crecientes, en especial para los grupos más vulnerables y en condiciones especiales. Se evidencia que no hay poblaciones inmunes a los trastornos mentales, si bien afectan más quienes tienen menos. Las respuestas que ofrecen los programas y servicios de Salud Mental evidencian numerosas debilidades” (OPS, 2011).

Al mismo tiempo, existe una importante “brecha de tratamiento”, es decir una alta proporción de sujetos con sufrimiento psíquico que no reciben ningún tipo de atención en los servicios de salud. En un estudio continental, se mostró que no habían recibido tratamiento de un servicio de salud específico de Salud Mental o de tipo general: “más de la tercera parte de las personas afectadas por psicosis no afectivas, más de la mitad de las afectadas por trastornos de ansiedad, y cerca de tres cuartas partes de las que abusaban o dependían del alcohol” (Kohn y otros, 2005).

La información epidemiológica acerca de las problemáticas del campo de la Salud Mental en la Argentina, estimaba en el año 2010 que el 21% de la población adulta -mayores de 15 años- padecía algún “trastorno mental”, entre los cuales el de mayor prevalencia era el “alcoholismo” que llegaba a un 27,5%; seguido por la depresión mayor (26,5%), los trastornos post traumáticos (7,4%) y la ansiedad generalizada (6,4%).

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. Esta normativa nacional establece en su Artículo 3, un giro en la concepción de 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”. Dicha definición, desde una perspectiva de la salud integral requiere conocer no sólo la mera distribución poblacional de los trastornos, sino describir los problemas de Salud Mental de modo integral comprendiendo su variabilidad de acuerdo a los diferentes determinantes sociales de diversos grupos poblacionales. Esta ley también toma posición en el debate sobre institucionalización-desinstitucionalización al estipular que la internación tiene que ser el último recurso.

En consonancia con estos debates se ha realizado un estudio nacional considerando datos de los últimos años para estimar los egresos hospitalarios por TMC en el sector público entre 2005-2010. Los egresos de varones fueron mayores (56%) que los de mujeres (44%) en casi todos los grupos de edad. Entre los primeros en mayor medida durante la juventud, mientras que en mujeres, presentaron su punto máximo en la mediana edad -mediana de 35 años en varones y de 39 en mujeres-.

El mismo estudio mostró que entre los varones los egresos más frecuentes fueron el consumo de sustancias psicotrópicas (48,3%) y las psicosis (22,4%). En cambio entre las mujeres, las psicosis (24,3%), los trastornos de ansiedad (15,1%), y los del estado de ánimo (11,4%). Se pudo visibilizar la magnitud de la problemática del consumo de sustancias en los egresos por TMC porque se debieron principalmente al uso de alcohol (74,4% en hombres y 68,8% en mujeres).

Considerando los mismos egresos hospitalarios pero en niños/as y adolescentes en 2012, según los registros de la Dirección de Estadística e Información en Salud (DEIS), los trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos constituyeron la principal causa de internación hasta los 9 años, seguidos por el retraso

mental y los trastornos del desarrollo psicológico. A partir de los 10 años, el principal motivo de internación fueron los trastornos mentales debidos al consumo de psicotrópicos.

En relación con la situación particular de la Provincia de Buenos Aires -que tiene la particularidad de albergar al 38.6% de la población total del país- el Boletín Epidemiológico Provincial de 2014 releva los egresos por TMC de los Hospitales con Servicio de Salud Mental en la Provincia de Buenos Aires. En ese documento se señala que el promedio más alto de estadía en 2013 fue, en primer lugar, por problemas vinculados con delirium, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos; y en segundo lugar, la esquizofrenia y otros trastornos.

Además de otras problemáticas descriptas, dicho Boletín Provincial releva las problemáticas de violencia familiar y de género, cuya notificación correspondió mayormente (93,6%) a la asistencia de mujeres, que más de la mitad (54,9%) tenían en ese momento entre 20 y 39 años. El tipo de violencia predominante -física, sexual, verbal/psicológica- se asoció a la edad de las mujeres, siendo mayormente violencia sexual (55,7%) en niñas menores de hasta 14 años, violencia física hacia adolescentes de 15 a 19 años (64,9%) y mujeres de 20 a 39 años (79,2%), y violencia verbal/psicológica hacia las mujeres de 40 a 60 años (85,6%) y mayores de 60 años (95%).

Con respecto al consumo de sustancias ilegales en la provincia de Buenos Aires es algo mayor que a nivel nacional considerando tanto la prevalencia de vida y como la del último mes. El consumo de alcohol presenta valores similares en la prevalencia de vida, y algo menor en el último mes.

Tabla N° 1. Estimaciones de prevalencia de uso alguna vez en la vida y en los últimos 30 días de drogas ilegales (DI) y alcohol, 2011.

	Estudio	Prevalencias (%)			
		Drogas ilegales		Alcohol	
		De vida	30 días	De vida	30 días
ARGENTINA	ENPreCoSP 2011	12,8	1,9	77,7	50,6
BUENOS AIRES	ENPreCoSP 2011	14,7	2,4	77,7	49,1

Fuente: Encuesta Nacional sobre Prevalencias de Consumo de Sustancias Psicoactivas, INDEC 2011.

2.2. Descripción de los instrumentos utilizados para cada módulo del cuestionario aplicado

Para el módulo de depresión luego de múltiples consultas a diferentes especialistas, se decidió utilizar la escala de Beck- segunda edición (Beck-II). El Inventario de Depresión de Beck - segunda edición (Beck Depression Inventory - Second Edition, BDI-II) es un instrumento de 21 ítems diseñado para evaluar la gravedad de la sintomatología depresiva en adultos y adolescentes con una edad mínima de 13 años. En cada uno de los ítems la persona tiene que elegir, entre un conjunto de cuatro alternativas ordenadas de menor a mayor gravedad, la frase que mejor describe su estado durante las últimas dos semanas incluyendo el día en que completa el instrumento. En cuanto a su corrección, cada ítem se valora de 0 a 3 puntos en función de la alternativa escogida y, tras sumar directamente la puntuación de cada ítem, se puede obtener una puntuación total que varía de 0 a 63. A veces, se da la circunstancia de que la persona elige más de una alternativa en un ítem dado. En este caso se toma la puntuación de la frase elegida de mayor gravedad.

Para indagar acerca de los datos socio-demográficos, así como para las secciones de problemas de salud, trabajo y características de la vivienda se emplearon indicadores utilizados por la Tercera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo para Enfermedades no Transmisibles realizada por el Ministerio de Salud de la Nación y el INDEC, impresa en la Argentina en el 2015, que permiten la comparación con otros estudios nacionales.

Para medir apoyo social se utilizaron algunos indicadores del cuestionario de apoyo social MOS., diseñado por Sherbourne y Stewart en EE.UU. en 1991 del grupo MOS-SSS The Medical Outcomes Study Social Support Survey (Grupo de Estudio para analizar diferentes estilos de práctica médica de la atención primaria). Se trata de un cuestionario breve y multidimensional, permitiendo investigar tanto los aspectos cuantitativos -red social- como los cualitativos -dimensiones del apoyo social-.

El cuestionario MOS consta de 20 ítems; salvo el primero, los restantes se miden con una escala de Likert, puntuando de 1 a 5. La primera pregunta informa sobre el tamaño de la red social. Los 19 ítems restantes recogen valores referidos a cuatro dimensiones del apoyo social funcional: apoyo emocional -preguntas 3, 4, 8, 9, 13, 16, 17 y 19-, apoyo material -preguntas 2, 5, 12 y 15-, ocio- distracción -preguntas 7, 11, 14 y 18- y apoyo afectivo -preguntas 6, 10 y 20-.

El instrumento denominado ASSIST, Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (Prueba para la detección de uso de alcohol, tabaco y otras sustancias) en su versión 3.0, desarrollado por la Organización Mundial de la Salud se utilizó para el relevamiento de datos acerca de consumo de sustancias psicoactivas.

La prueba ASSIST 3.0 evalúa el nivel de riesgo asociado al consumo de sustancias psicoactivas a partir de 8 ítems que exploran el uso de sustancias a lo largo de la vida, durante los últimos tres meses, los problemas relacionados con el consumo, los intentos por controlarlo, reducirlo o abandonarlo, y el uso inyectable de drogas (OMS, 2011a).

La versión 3.0 abarca diez sustancias: tabaco, alcohol, cannabis, cocaína, anfetaminas, inhalantes, tranquilizantes, alucinógenos, opiáceos y otras sustancias. Las puntuaciones finales para cada sustancia son clasificadas en tres niveles de riesgo. El ASSIST fue concebido para facilitar intervenciones breves en la atención de salud pública. Su manual de uso recuerda que: “gran parte de los profesionales de la salud evitan hacer una prueba de detección de sustancias y por consiguiente intervenir. Se ha demostrado que las razones principales son la falta de tiempo, el sentir que no son competentes o capaces de proporcionar una intervención y la preocupación de que experimentarán resistencia y una actitud defensiva por parte de los usuarios” (OMS, 2011b:4).

También señala que: “la intervención breve vinculada a ASSIST fue diseñada específicamente para las personas con ‘riesgo moderado’ por el consumo de sustancias según las puntuaciones del ASSIST, y proporcionar una intervención apropiada en función de las necesidades de cada paciente” (OMS, 2011:3).

Las puntuaciones finales para cada sustancia son clasificadas en tres niveles de riesgo -bajo, intermedio y alto- que sirven para orientar al profesional en cuanto a la intervención más adecuada para cada caso, y dado que es un instrumento breve y de fácil manejo puede ser utilizado en diversos escenarios y por personal no especializado. Su aplicación toma entre 5 y 15 minutos dependiendo del número de sustancias que consume cada usuario. La descripción de cada ítem y la fórmula del cálculo de los puntajes se detallan en el manual de aplicación de la OMS.

Asimismo, hemos incluido algunos indicadores de la Encuesta de comportamiento en consumidores de drogas con alto riesgo (CODAR) publicada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) en el año 2008, que fueron usados en anteriores estudios realizados por investigadores del equipo de Intercambios (Bravo y otros, 2008).

Para la sección Infancia, se definió abocarse a indagar sobre salud mental en la infancia en general, ya que da más integración y consistencia conceptual al instrumento propuesto. La temática de la salud mental en la infancia es relevante y a su vez un área de vacancia. Por ello, estudiar sólo la medicalización de la infancia, tal como habíamos definido en el proyecto para el primer objetivo específico que después fuera modificado, hubiese aportado datos descontextualizados sin poder vincularlos a parámetros poblacionales sobre la salud mental de los niños. Se incluyen más detalles sobre el cambio del primer objetivo específico en el siguiente apartado.

Luego, se decidió focalizar en la situación de los hijos de los encuestados que tuviesen entre 6 y 12 años para tomar una franja etárea más estable, en términos de la constitución subjetiva, que la primera infancia o la pubertad-adolescencia. Recortar la edad de tránsito por la educación de nivel primario implica focalizar un tiempo de las infancias marcado por la socialización secundaria en las instituciones educativas.

Para la construcción de la sección de Infancia, luego de revisar el estado del arte, y tras largas discusiones, se seleccionaron una serie de ejes temáticos tales como: trastornos mentales severos -trastornos generalizados del desarrollo, problemas de aprendizaje y psicosis-; violencia -física, psicológica-; consumo de sustancias, e ideación y conductas suicidas. Asimismo, se tuvieron en cuenta y se formularon preguntas relativas a determinantes sociales de la salud y de accesibilidad al sistema de salud en la infancia.

Luego se construyeron las preguntas a partir de variables e indicadores utilizados en otras investigaciones, y adaptaciones de inventarios utilizados para adultos. Fundamentalmente, la construcción de las preguntas se basó en una investigación desarrollada en el Hospital de niños Víctor J. Vilela en Rosario, estudio en el que se proponen categorías, indicadores e instrumentos que permitan sistematizar la información de la demanda al servicio de Salud Mental de dicho hospital (Augsburger y Gerlero, 2012).

Asimismo, para indagar sobre situaciones de violencia y consumo de sustancias en la infancia se adaptaron preguntas de los instrumentos utilizados para medir violencia de género y consumo problemático de sustancias en adultos -cuestionario del Ministerio de Justicia y ASSIST 3.0, respectivamente-. Respecto de las preguntas referidas a trastornos mentales severos, se tomó como referencia el Manual Diagnóstico y Estadístico de Salud Mental (DSM-IV, 1995) que proporciona criterios diagnósticos específicos para trastornos

por déficit de atención y comportamiento perturbador, y para psicosis infantil - esquizofrenia-, entre otros.

En relación a las preguntas sobre conductas e ideación suicida, se tomó como referencia el protocolo del Ministerio de Salud de la Nación “*Lineamientos para la atención del intento de suicidio en adolescentes*”, que cuenta con un anexo de sugerencias sobre cómo preguntar sobre las conductas autolesivas en una entrevista clínica (Altavilla y otros, 2012).

Otros instrumentos tomados como referencia fueron: Reporting Questionnaire for Children - RQC (Cuestionario de Reporte para Niños) y Home Observation for Measurement of the Environment - HOME (Observaciones del Hogar para la Medición de Ambiente) conocido como Inventario H.O.M.E. El RQC, elaborado hacia fines de la década anterior en el contexto de un estudio en colaboración de la Organización Mundial de la Salud para extender la atención primaria a los problemas de salud mental en los países en desarrollo, es un instrumento estandarizado.

Por otro lado, el Inventario H.O.M.E. fue desarrollado por Caldwell en 1984. La primera versión del Inventario se presentó en los sesenta. La información que ofrece el Inventario HOME-Infantes permite a los profesionales en el campo de la salud - psicólogos, trabajadores sociales, terapeutas, médicos, etc.-, conocer normas de crianza y las características del ambiente que rodea al niño, como herramientas fundamentales para favorecer el desarrollo y establecer con base en esta información el programa de intervención adecuado.

Como mencionáramos la consultora con formación específica en Salud Mental Silvia Faraone colaboró con la selección de los indicadores empleados en la Sección referida a la Infancia. También realizamos consultas con Alejandra Barcala, quien se especializa en temas de salud mental en la infancia.

Para indagar sobre violencia de género se tomaron y adaptaron algunas preguntas del cuestionario utilizado en el “Estudio sobre violencias contra la mujer” realizado por el Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación en el año 2015, facilitado por el Lic. Luis Alberto D'Angelo, y basado en la Encuesta Internacional de Violencias Contra las Mujeres (IVAWS, por sus siglas en inglés: International Violence Against Women Survey).

La Encuesta Internacional de Violencias Contra las Mujeres es un estudio de carácter comparativo proyectado para realizarse en distintos países del mundo con el objetivo de recoger información sobre las mujeres con edades comprendidas entre los 16

y 69 años y sus experiencias de violencias con hombres. El instrumento contiene tres secciones principales: experiencias de victimización violenta, consecuencias de la violencia e información socio-demográfica. En cada caso, se comienza con una pregunta sobre la victimización a lo largo de la vida -prevalencia de violencia desde los 16 años- y se continúa con otras que abordan y permiten establecer la prevalencia durante los últimos cinco años y el último año.

Los incidentes de violencia más recientes son explorados con más detalle en secciones que distinguen la violencia dentro y fuera de la pareja. Las preguntas de detalle permiten establecer la existencia de heridas, la necesidad de asistencia médica, la denuncia o ausencia de denuncia a la policía y el punto de vista de las entrevistadas sobre la atención recibida por dicha institución. De esta manera, se puede medir tanto la extensión y la gravedad de las distintas formas de violencia, como el conocimiento y la eficacia de las políticas públicas y de las instituciones estatales.

Finalmente, en base a los resultados del estudio “Accesibilidad de los usuarios de drogas a los servicios públicos de salud en las ciudades de Buenos Aires y Rosario. La perspectiva de los trabajadores de la salud” publicado por Intercambios Asociación Civil y la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (Rossi y otros, 2007), se definieron la categorías de la pregunta sobre dificultades para el acceso a la atención.

Actividad 2. Diseño del instrumento y modalidad de aplicación

Tuvo cuatro tareas descriptas en este Capítulo:

Tarea 3: Plantear alternativas en función de los objetivos propuestos y seleccionar la más adecuada

Se definió un cuestionario cuanti-cualitativo para el relevamiento de los datos en el que se incluyeron una centena de preguntas cerradas, y algunas abiertas organizadas en 10 secciones temáticas que se definieron considerando los objetivos propuestos (Ver Anexo II).

Se revisaron múltiples instrumentos utilizados internacionalmente, buscando traducciones, versiones, baremos, actualizaciones, pertinencia y factibilidad de la aplicación limitada principalmente por el tiempo.

Con respecto a los consumos de sustancias, se evaluaron diferentes opciones para finalmente optar por el ASSIST 3.0. A partir de esa decisión se tomó contacto con la representación de la Organización Panamericana de la Salud a cargo del tema quienes enviaron la versión del ASSIST 3.0 que incluimos en el cuestionario y nos comunicaron con la red INEBRIA(International Network of Brief Interventions for Alcohol & Other Drugs) que comenzó a funcionar en 2004. Existe también una red que nuclea investigadores de América Latina y España denominada INEBRIA Latina, que se creó en 2008 para poder intercambiar experiencias sobre las intervenciones breves en relación con el uso de drogas en esta región y promover la implementación de esas intervenciones en todos los servicios de salud. La consultora en consumos problemáticos de sustancias Diana Rossi solicitó la incorporación a dicha red en el mes de septiembre de 2016 a fin de tener acceso a los instrumentos, sus aplicaciones y su validación en otros países de América Latina.

La consultora Dra. Silvia Faraone, colaboró con las discusiones acerca de la selección de este instrumento y de los indicadores empleados en la Sección referida a la Infancia. A su vez se hicieron consultas a diversos investigadores reconocidos en nuestro país como la Dra. Alejandra Barcala, que dirige el Doctorado de Salud Mental de la Universidad Nacional de Lanús y está especializada en temas de salud mental, quien a su vez nos facilitó estudios locales realizados por estudiantes, y nos contactó con la investigadora chilena Sandra Saldivia; con Cecilia Augsburger y Sandra Gerlero del Instituto de Investigación Lazarte, dependiente de la Universidad Nacional de Rosario, que son dos epidemiólogas que trabajan en el campo de la Salud Mental y que nos facilitaron materiales en los que nos basamos para construir la Sección de Infancia del cuestionario.

Para el relevamiento de datos acerca de depresión se consultó también con el Dr. Andrés Roussos, Investigador independiente del CONICET y Profesor Adjunto en la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires (UBA) y Titular en la Universidad de Belgrano; la Especialista Ana D'Anna, Investigadora y Docente de la Facultad de Psicología de la UBA en la materia Técnicas Psicométricas; la Dra. María Elena Brenlla, investigadora en el tema de depresión de la Universidad Católica Argentina; y la Mgr. Melina Crespi, también docente e investigadora de la Facultad de Psicología de la UBA en la materia Técnicas Psicométricas. Todas estas consultas orientaron al equipo de investigación para decidir utilizar, como se dijo, la escala de Beck-

segunda edición (Beck-II) edición en su adaptación argentina realizada por María Elena Brenlla.

Por otra parte, en virtud de la selección de este instrumento, considerando su extensión y a fin de garantizar la aplicabilidad de un cuestionario que reúne información sobre una diversidad de temas sensibles que han sido muy poco estudiados en población general, se optó por no indagar otros problemas de salud mental como la ansiedad y concentrarse en identificar depresión.

Inicialmente, se realizó una revisión bibliográfica exhaustiva de artículos referidos a la incidencia de la depresión y la ansiedad, que permitió recabar datos sobre los instrumentos adecuados para medirlas, e información sobre su validez, confiabilidad y comparabilidad con parámetros internacionales.

Una vez avanzado este primer relevamiento se consultó la opinión de expertos en el tema. El Dr. Andrés Roussos, sugirió una nueva propuesta que no se había considerado hasta entonces: Symptom Check List-90-Revisado (SCL-90-R) diseñado por Derogatis (1994). Se trata de un listado de síntomas que el sujeto que responde puede estar experimentando al momento de responder o haberlos vivenciado en la última semana. Está integrado por noventa ítems que miden nueve dimensiones primarias: 1) Somatizaciones; 2) Obsesiones y compulsiones; 3) Sensitividad interpersonal; 4) Depresión; 5) Ansiedad; 6) Hostilidad; 7) Ansiedad fóbica; 8) Ideación paranoide; 9) Psicoticismo y tres índices globales de malestar psicológico: 1) Índice global de severidad; 2) Índice positivo de Malestar; 3) Total de síntomas positivos. Estos ítems se responden en base a una escala de cinco puntos (0-4). Es una escala que puede utilizarse tanto en tareas epidemiológicas, comunitarias y de diagnóstico clínico individual.

En una primera evaluación de esta herramienta, se la consideró para la sección en cuestión, por lo que fue incluida en versiones preliminares del cuestionario. Sin embargo, cuando el cuestionario fue reevaluado y revisado por las consultoras Diana Rossi y Silvia Faraone se evidenció el obstáculo central del SCL-90-R: utilizar una herramienta de noventa preguntas hacía demasiado extensa la sección, y, por ende, todo el cuestionario. En este sentido, se consultó la posibilidad de utilizar por separado las escalas 4 y 5 del SCL-90-R que miden depresión y ansiedad. Frente a esta propuesta, la Especialista Ana D'Anna y la Mgr. Melina Crespi, coincidieron en que esto no era recomendable y reorientaron al equipo de investigación a considerar otras técnicas para esa sección.

A partir de estas sugerencias, se continuó con el proceso de relevamiento de instrumentos. Se evaluó otra alternativa. Se pensó entonces, utilizar el Inventario de depresión de Beck -Beck Depression Inventory BDI-segunda edición en su adaptación argentina realizada por María Elena Brenlla- recomendado por las expertas consultadas y combinarlo con otra técnica específica para medir ansiedad. Se discutieron las ventajas y desventajas de esta opción. La principal desventaja que resultó evidente en relación al BDI-II, es que si bien se trata de un instrumento de veintidós ítems, en cada uno de los ítems la persona tiene que elegir la frase que mejor describe su estado de ánimo entre un conjunto de cuatro alternativas ordenadas de menor a mayor gravedad. Esto constituye una dificultad dado que incluir cuatro alternativas por pregunta extiende el tiempo de toma de la sección y la duración total del cuestionario aumentando considerablemente la complejidad del instrumento.

Por otro lado, las opciones consideradas para medir el constructo ansiedad y combinar con el BDI-II fueron: el *Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo* (State-Trait Anxiety Inventory STAI; Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970), y el inventario de ansiedad de Beck (Beck Anxiety Inventory –BAI desarrollado por Beck, Epstein, Brown y Steer, 1988).

El *Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo* (State-Trait Anxiety Inventory STAI; Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970), es un auto-informe compuesto por cuarenta ítems diseñado para evaluar dos conceptos independientes de la ansiedad: la ansiedad como estado -condición emocional transitoria- y la ansiedad como rasgo -propensión ansiosa relativamente estable-. El marco de referencia temporal en el caso de la ansiedad como estado es «ahora mismo, en este momento» -veinte ítems- y en la ansiedad como rasgo es «en general, en la mayoría de las ocasiones» -veinte ítems-. Cada sub-escala se conforma por un total de veinte ítems en un sistema de respuesta con escala de Likert de 4 puntos según la intensidad (0= casi nunca/nada; 1= algo/a veces; 2= bastante/a menudo; 3= mucho/casi siempre). Según la bibliografía consultada, el BAI se ha convertido en el cuestionario auto-aplicado para evaluar la gravedad de la ansiedad más empleado en los países con mayor producción científica en psicología. Está compuesto por veintidós ítems que describen diversos síntomas de ansiedad. Los pacientes responden a cada una de las cuestiones en una escala que va de “nada en absoluto” a “gravemente, casi no podía soportarlo”. Permite discriminar mejor entre ansiedad y depresión.

En ambos casos, continuaba sin resolverse la principal dificultad planteada, ya fuera utilizando una sola técnica (SCL-90-R) de noventa ítems o combinando dos técnicas: BDI-II y BAI, sumando cuarenta y dos ítems, y el BDI-II con el STAI sumaban sesenta y un ítems. La complejidad de estos instrumentos, y la cantidad de ítems fueron el factor decisivo para no incluir la indagación sobre los problemas de ansiedad.

Se decidió jerarquizar el problema de la depresión ya que, como se detalló en el apartado 6.2.1. que se titula “Recopilación de estudios previos”, es un problema de sufrimiento psíquico más prevalente que la ansiedad a nivel mundial.

Por lo tanto, tal como se señaló en el Capítulo I en el apartado referido al propósito y objetivos específicos del Estudio, se modificó la redacción del objetivo específico 1 que se había presentado en el proyecto con el siguiente enunciado: Estimar la magnitud de problemas de Salud Mental seleccionados: medicalización de la infancia, consumos problemáticos de sustancias, situaciones de depresión/ansiedad, y de violencia de género.

Luego de discutir los cambios descriptos en el apartado anterior en cuanto a los límites que suponía definir sólo la medicalización de la infancia, además de los argumentos referidos a la jerarquización de los problemas de depresión ya mencionados, reemplazamos la redacción de ese objetivo por: Estimar la magnitud de los problemas de salud mental tales como los consumos problemáticos de sustancias, las situaciones de depresión y de violencia de género en población adulta y en la infancia.

Evaluamos también la posibilidad de comprimir o sintetizar otras secciones del cuestionario, pero esa decisión estuvo supeditada a lo planteado en los objetivos del estudio que cubren exhaustivamente un conjunto de dimensiones de análisis.

Además de los problemas de salud mental definidos en el primer objetivo específico, nos planteamos describir las diversas estrategias de atención de salud, y los determinantes sociales de la salud -que incluyen situaciones complejas como la configuración familiar, la situación ocupacional y las redes sociales de apoyo-. Del tercer objetivo específico se deriva un eje temático general acerca de los facilitadores y barreras de accesibilidad a los servicios de salud.

Otra complejidad del cuestionario es que involucraba preguntas acerca de dos unidades de análisis: cada adulto encuestado, y cada niño por lo que la extensión de cada sección y la importancia relativa de cada tema fue muy evaluada por el equipo de investigación.

Por supuesto que a esto hay que considerarlo también en términos de viabilidad y factibilidad de los indicadores y del conjunto del instrumento, teniendo en cuenta que tampoco la encuesta podía ser demasiado extensa ya que se trata de temas sensibles, que el muestreo fue por timbreo, y que las personas por lo general no están muy dispuestas a brindar más de media hora, o una hora de su tiempo.

En síntesis, fue arduo el debate acerca de cómo sopesar cuánto preguntar de mínima/máxima en cada sección de acuerdo con los objetivos del estudio, los tiempos acotados del trabajo de campo y el tipo de muestreo seleccionado.

Tarea 4: Elaborar el plan de acción y la disposición del material para realizar el relevamiento

Como mencionáramos en el apartado metodológico de este informe, se elaboró un consentimiento informado individual en el que se explicitaron el propósito y objetivo del estudio, así como los temas centrales abordados en el cuestionario. Se agregaron los criterios de inclusión para participar del estudio: que tenga más de 18 y menos de 66 años y que viva en Monte Chingolo o Lanús Oeste. Se aclaró también que la participación era anónima, confidencial y voluntaria. El encuestado podría interrumpir su participación en cualquier momento de la entrevista, sin que esto implicara para él/ella ningún tipo de perjuicio, especialmente que “no limitara ningún derecho a la atención integral de su salud”. Se dio a los participantes el nombre y teléfono de la coordinadora general del estudio, de modo tal que pudieran contactarse con ella si tuvieran alguna consulta. La nota de consentimiento fue firmada por el participante y por un representante del equipo de investigación, que atestiguó que el participante fue informado y tuvo la oportunidad de formular preguntas antes de expresar su acuerdo con respecto a la participación (Ver Anexo III).

En las reuniones de equipo se planificó que los consentimientos informados fueran explicados detalladamente y con claridad por las encuestadoras antes de iniciar la administración del instrumento, y que se pudiera dar la posibilidad real a los sujetos de no participar en el estudio si no tenían interés -principio de voluntariedad-. También se acordó no consignar en el consentimiento ningún dato que identificara al entrevistado, así como que la persona pudiera firmarlo con un seudónimo. Los consentimientos informados

fueron luego numerados con la misma identificación que las encuestas antes de archivarlos.

Al mismo tiempo, en dos reuniones, comunicaciones telefónicas y por correo electrónico con la Directora de Salud Mental y Adicciones del Municipio de Lanús, se discutieron y evaluaron algunas estrategias para organizar el relevamiento de la información. Con respecto a los días de trabajo, se pautó establecer dos mañanas de trabajo de supervisión detallada de cada encuesta administrada, del encuadre y contexto del trabajo de campo. Se planificó tener reuniones que permitieran que las encuestadoras revisaran cada cuestionario completado, reflexionaran sobre los errores en su administración, así como que identificaran las dificultades y las estrategias exitosas durante el trabajo de campo. Los lugares previstos para estas reuniones son salones disponibles en dependencias del Área de Salud Mental del Municipio.

Se confeccionó un Recursero -o Guía de recursos- con las direcciones y horarios de atención de instituciones municipales o provinciales donde realizar posibles derivaciones en el caso de que la persona lo solicitara. Dicha información sólo se comunicó al terminar la encuesta para evitar modificaciones de encuadre o la inducción de las respuestas. Se realizó un Recursero por localidad: uno por Monte Chingolo y otro por Lanús Oeste, con el fin de facilitar el acceso geográfico, y en cada caso se constató con los gestores del Municipio que la información fuese actualizada y certera.

Tarea 5: Diseñar, elaborar y realizar la prueba piloto del instrumento

El cuestionario fue diseñado, elaborado y luego se realizó una prueba piloto en el Municipio de Lanús el día 30 de septiembre de 2016, aplicando una versión preliminar del instrumento a modo de un primer testeo con un número acotado de casos en cada localidad a fin de realizar los últimos ajustes. El equipo para la prueba piloto estuvo conformado por dos encuestadoras, las dos investigadoras y la coordinadora general del estudio(Ver Anexo IV).

Primeramente se realizó una reunión en la Unidad Sanitaria "Valentín Alsina", cita en la calle Paso de Burgos 777, en Valentín Alsina. De dicha reunión participó la Directora de Salud Mental del Municipio. Al inicio estuvo presente la Directora de la Unidad Sanitaria para dar su apoyo a la iniciativa y al proyecto. Luego se trabajó cerca de tres

horas con las encuestadoras en el análisis de la estructura y lógica del instrumento. Más tarde, en duplas, se realizó la prueba piloto de 6 encuestas a personas de diferentes edades y sexo, tanto por timbreo como por técnicas de muestreo incidental en la calle o en la Unidad Sanitaria.

Los primeros cuarenta minutos de la reunión aludida se destinaron a presentar el estudio, sus propósitos y objetivos así como el plan de trabajo estipulado para llevarlo a cabo. En este sentido, ambas autoridades se mostraron predispuestas a colaborar y ayudarnos en lo que fuera necesario (por ejemplo, gestionar los espacios físicos para la realización de las reuniones de supervisión durante el trabajo de campo).

Cuando se retiraron la Directora de Salud Mental del Municipio y la Directora de la Unidad Sanitaria comenzó el trabajo específico con las encuestadoras. Para ello, se propuso una breve presentación de cada una de las encuestadoras y de las integrantes del equipo investigación. Se las convocó a que cada una comentara brevemente a qué localidad de Lanús pertenecía, que ideas previas tenían acerca de la tarea de realizar encuestas, cuál era su recorrido laboral y qué experiencias y/o contacto tenían con las temáticas de Salud Mental abordadas en el estudio.

A continuación, se inició el análisis en profundidad de la estructura y lógica del cuestionario. Se leyó detenidamente el consentimiento informado explicando cada uno de sus puntos y la importancia de usarlo antes de aplicar el cuestionario. Seguidamente, se leyó cada pregunta del cuestionario, explicando la importancia de las secciones, así como las indicaciones y sugerencias fundamentales de cada una. Este momento fue clave para evaluar la claridad de las consignas para las encuestadoras.

Las encuestadoras se comprometieron e interesaron en las temáticas que se indagaban y realizaron aportes sumamente enriquecedores para la edición final del cuestionario. En primer lugar, en cuanto a violencia de género, subrayaron la importancia de incluir preguntas sobre violencia psicológica en dicha sección, aspecto que, si bien había sido considerado, se había decidido excluir por cuestiones de tiempo y extensión del cuestionario. No obstante, en función de la pertinencia y justificación de este aporte, se reconsideró y se incluyeron preguntas sobre violencia psicológica (ver detalle en apartado 7.6.).

En segundo lugar, la lectura del instrumento junto con las encuestadoras también mostró dificultades en la comprensión de una de las preguntas de la sección sobre consumo problemático de sustancias (Pregunta 7: *“¿Ha intentado alguna vez controlar,*

reducir o dejar de consumir (primera droga, segunda droga, etc.) y no lo ha logrado?”). Esto fue reevaluado posteriormente y adaptado para una mejor comprensión en la edición final del instrumento, de acuerdo con las orientaciones del Manual para la aplicación de la prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST 3.0).

Las encuestadoras también plantearon algunas inquietudes y salvedades en relación a problemas de violencia en algunas zonas en las que se harían encuestas y propusieron trabajar en equipos, es decir, duplas de encuestadoras. Estos aportes también fueron considerados y resultaron de gran utilidad para la distribución posterior de radios censales.

Al finalizar la lectura detallada del cuestionario, en duplas, se realizó la prueba piloto, tanto por timbreo como por técnicas de muestreo incidental en la calle o en la Unidad Sanitaria. Se realizaron 6 encuestas a 2 hombres (de 65 y 38 años) y 4 mujeres (de 25, 22 y dos de 18 años), de las cuales solo 5 fueron completadas.

Entre los entrevistados, el hombre de 65 años que inicialmente se mostró predispuesto a responder, interrumpió la encuesta por parecerle muy extensa. Esta percepción acerca del tiempo de duración de la encuesta fue reiterada por casi todos los encuestados e incluso coincidió con la opinión de las encuestadoras. Frente a ello, se puso en evidencia otro de los aspectos relevantes a tener en cuenta para la edición del cuestionario final: la longitud, la extensión de las preguntas y el tiempo de duración total.

Por último, la experiencia de la prueba piloto también permitió al equipo de investigación considerar algunas estrategias pedagógicas para incluir en la planificación de las sucesivas reuniones de capacitación de las encuestadoras. En este sentido, a partir de las dificultades evidenciadas durante la lectura del cuestionario y los comentarios y aportes de las encuestadoras, el equipo de investigación diseñó una “guía de orientación para el entrevistador”, material para entregar por escrito en los encuentros de capacitación programados previos al inicio del trabajo de campo.

Tarea 6: Editar los cuestionarios a fin de identificar problemas a partir de su revisión detallada

Los cuestionarios fueron discutidos y transformados sucesivamente a partir de diferentes lecturas tanto de parte de las investigadoras, como de los consultores. Se

fueron editando las distintas versiones de los cuestionarios a partir de evaluar críticamente la secuencia de temas, los momentos de apertura, profundización y cierre, la cobertura de las variables y dimensiones expresadas en los objetivos, el lenguaje claro y entendible, y la utilización de indicadores que a su vez fueran sensibles, confiables y válidos. Como se mencionara en el apartado anterior, el aporte de la prueba piloto fue muy valioso para reformular y ajustar el instrumento sopesando los diferentes aspectos mencionados, tanto de contenido como de forma.

El eje central sobre el que se basó la edición final del cuestionario fue la consideración del tiempo de duración. Se pensó en recortar algunas secciones, orientando siempre esta tarea en función de los objetivos del estudio.

No obstante, esto fue evaluado teniendo en cuenta, por un lado, que la percepción en relación al tiempo varía dependiendo del nivel de comprensión y atención de cada persona; y, por otro lado, que la duración de la encuesta varía también en función de las características del encuestado, por ejemplo, los hombres sin hijos entre 6 y 12 años no responden la sección género ni tampoco la sección infancia.

Las modificaciones de forma tendientes a reducir la complejidad del instrumento fueron:

- Inclusión de saltos de pregunta en todos los ítems necesarios, así como la revisión y corrección de toda la numeración del cuestionario.
- Unificación de las instrucciones para las encuestadoras. Se decidió utilizar para cada indicación la misma expresión y repetirla en todas las preguntas que lo requirieran, por ejemplo, “múltiple” para señalar que en esos casos la persona encuestada puede seleccionar más de una opción de respuesta, o “profundizar” para las preguntas abiertas.
- Reelaboración y reformulación de enunciados, consignas y preguntas con el objetivo de facilitar su comprensión tanto por parte de entrevistados como de entrevistadores.
- Incorporación de tarjetas fundamentalmente para las preguntas de la sección de consumo de sustancias, y de depresión.
- Reordenamiento y redistribución del espacio en las preguntas abiertas, por ejemplo, preguntas 19b, 21, 23; con el propósito de dar más posibilidad a la profundización de las respuestas y permitir un registro más detallado de la información que estas preguntas aportan.

- Reordenamiento de secciones: accesibilidad se reubicó antes de la sección situación laboral.

Por otra parte, las modificaciones de contenido incluyeron los siguientes cambios:

- Sección datos sociodemográficos: se sacaron dos preguntas, una acerca de la crianza de hijos propios o no de entre 6 a 12 años, otra sobre el vínculo de la persona con esos niños.
- Sección apoyo social: se decidió utilizar sólo algunos indicadores del inventario, manteniendo la proporción de preguntas por dimensión -apoyo emocional, apoyo material, ocio/distracción y apoyo afectivo- sólo con el fin de reducir el tiempo de administración.
- Sección consumo de sustancias: dada la dificultad evidenciada en la prueba piloto ante la pregunta 7 de esta sección -mencionada en el apartado anterior-, se revisó el manual del instrumento en cuestión (ASSIST 3.0) y siguiendo las indicaciones del mismo se decidió subdividir la pregunta quedando definida del siguiente modo: 7a. *“¿Ha intentado alguna vez controlar, reducir o dejar de consumir?”*; 7b. *“Si “Sí”, ¿Tuvo éxito?”*; 7c. *“¿Cuándo fue la última vez que lo intentó y no tuvo éxito?”*.
- Sección infancia: para el cuestionario aplicado en la prueba piloto había sido definido como criterio que en los casos de varios hijos de entre 6 y 12 años, se preguntara por un máximo de 4 hijos. Sin embargo, la evaluación posterior a la prueba piloto determinó que este número se redujera a un máximo de dos hijos entre 6 y 12 años. Esto fue consultado y discutido con los asesores expertos en la temática, con quienes también se decidió el criterio de selección para los casos de más de dos hijos en ese rango de edad, quedando establecido del siguiente modo: *“Si tiene más de dos hijos de 6 a 12 años LEER: “Por favor dígame los nombres de los dos que están más próximos a cumplir años”*.
- Sección género: en función de los aportes antes mencionados se agregaron preguntas sobre violencia psicológica a esta sección, se plantearon del siguiente modo: *“¿Desde que tenía 16 años o más algún hombre la celó o la controló de alguna manera?”* y *“¿Desde que tenía 16 años o más algún hombre la insultó o la denigró de alguna manera?”*.

Otro cambio de relevancia en esta sección tuvo que ver con la eliminación de la pregunta sobre abuso sexual, decisión tomada por sugerencia de la consultora en Salud

Mental que es experta en el tema y recomendó que no se indague dicha problemática fuera del contexto de la asistencia.

Las discusiones del equipo de investigación, los aportes de los consultores y la prueba piloto fueron instancias claves para lograr la edición y formulación final del cuestionario a aplicar.

CAPITULO III. Etapa II

Actividad 3. Relevamiento de datos

La **Actividad 3. Relevamiento de datos** estuvo integrada por cuatro tareas que se describen en este Capítulo:

Tarea 7: Capacitar a los encuestadores

Para el cumplimiento de esta tarea, la capacitación se planificó y desarrolló en dos encuentros. Ambos duraron cuatro horas aproximadamente, realizando un breve corte de 15 minutos. A continuación se describirá detalladamente el trabajo desarrollado en cada uno de ellos.

Las encuestadoras fueron 12 mujeres que tenían experiencia de trabajo de campo en temáticas de Salud y que fueron sugeridas por el Municipio de Lanús. La articulación con la gestión municipal se hizo evidente cuando la Dirección de Salud Mental y Adicciones propuso a las encuestadoras todas ellas conocedoras del territorio local, facilitando así el acceso y la viabilidad del trabajo de campo.

La primera reunión de capacitación se realizó el día 12 de Octubre de 2016 (se adjuntan fotos en el Anexo V). El lugar dispuesto para ello fue el auditorio del Centro de Medicina Preventiva, ubicado en la calle Sitio de Montevideo 1862, de Lanús Este.

A la reunión asistieron la Directora de Salud Mental y Adicciones de Lanús, siete de las encuestadoras seleccionadas para aplicar el instrumento, la coordinadora general de este estudio y las dos investigadoras.

En la primera parte se utilizó una metodología participativa con modalidad de taller. Se dispusieron los asientos en forma de ronda y se realizó una breve presentación de cada una de las encuestadoras y de las integrantes del equipo investigación. Se les solicitaron sus datos personales y de contacto, luego se les propuso que cada una comentara brevemente a qué localidad de Lanús pertenecía, cuál era su historia laboral y qué experiencias y/o contacto tenían con las temáticas de Salud Mental abordadas en el estudio.

Luego, se dio inicio a la segunda parte de la capacitación en la que la metodología utilizada fue expositiva-explicativa. En este segundo momento, se mostró una presentación en Power Point (se adjunta ejemplo en Anexo VI) que acompañaba las explicaciones del equipo, destacando las ideas principales de cada punto en cada diapositiva.

El contenido de la primera capacitación incluyó:

- i. información general del estudio (instituciones que participan, objetivos e importancia de realizar un estudio poblacional);
- ii. consentimiento informado (importancia y contenidos);
- iii. muestra (qué es una muestra, criterios de inclusión, localidades en las que se realizará el estudio);
- iv. instrumento y sus secciones (tipo de instrumento, especificaciones de cada una de las secciones).

Para finalizar, se contestaron las preguntas y dudas que les hubieran quedado pendientes acerca del instrumento y la organización del trabajo de campo, especialmente ante la situación de tener que ir a zonas peligrosas por los hechos violentos que acontecen habitualmente en esos barrios. Frente a esta última cuestión se planificó ir en duplas, o si fuese una zona muy peligrosa evaluar la opción de dar de baja algún radio censal de los sorteados y reemplazarlo por otro. Finalizó el encuentro y se citó para la segunda reunión de capacitación en el mismo horario y lugar.

En días previos a la segunda capacitación, se contactó a las cinco encuestadoras que no habían podido asistir la primera vez para informarles fecha, horario y lugar de la segunda reunión y confirmar su asistencia. También se organizó un grupo de Whatsapp que permitió una comunicación fluida y el contacto ante cualquier inconveniente en el trabajo de campo.

El día 14 de Octubre se llevó a cabo el segundo encuentro planificado (se adjuntan fotos en el Anexo V). A esta reunión asistieron diez de las encuestadoras seleccionadas para aplicar el instrumento, la coordinadora general de este estudio y las dos investigadoras.

Los objetivos centrales y el contenido de esta segunda reunión fueron:

- i. revisar y puntualizar el material escrito armado para las encuestadoras “Guía de orientaciones para el trabajo de campo” (se adjunta en Anexo VII).
- ii. ver detalladamente cada sección del instrumento y sus especificaciones para cada pregunta;
- iii. organizar y dar comienzo al trabajo de campo para quienes hubieran asistido a ambas capacitaciones: repartir credenciales; definir las zonas en las que comenzarían a aplicar el instrumento; definir los equipos cuando eligieran trabajar

en duplas, e informar fechas y horarios para las reuniones de supervisión a cargo de las investigadoras y de la coordinadora general.

En la primera parte de este segundo encuentro de capacitación nuevamente se utilizó una metodología participativa con modalidad de taller. Se dispusieron los asientos en forma de ronda y, teniendo en cuenta que había personas que asistían por primera vez en esta oportunidad, se realizó una breve presentación de cada una de las encuestadoras y de las integrantes del equipo investigación, al igual que en la primera reunión de capacitación. Se les solicitaron los datos personales, laborales y de contacto a quienes no habían participado de la primera reunión y se reunieron las fotocopias de la documentación previamente requerida. Luego, se retomaron cuestiones centrales del primer encuentro a fin de orientar a quienes no habían estado presentes y volver a recordarlas con las encuestadoras que habían asistido a la primera reunión.

Posteriormente, se dio inicio a la segunda parte de la reunión en la que la modalidad utilizada fue expositiva-explicativa. En este segundo momento, se repartió un documento con “Guía de orientaciones para el trabajo de campo” junto con las credenciales, los recurseros, las encuestas y los consentimientos informados.

Las credenciales (se adjunta imagen en el Anexo VIII) fueron diseñadas con formato de una tarjeta de cartón, de un tamaño estándar de 9 x 5 cm. para que fuera fácil su portación y/o su colocación en una prenda de vestir, con texto y sin foto. Se enfatizó la importancia de utilizarla credencial durante la realización de las encuestas, no sólo porque permitía identificar y dar crédito a la encuestadora, sino porque incluía referencias de las instituciones que realizan el estudio como el logo de Intercambios Asociación Civil, el logo del Municipio de Lanús, y el nombre del estudio.

El Recursero (se adjunta en Anexo IX) consta de una Guía de Recursos locales con información actualizada que se cotejó con las autoridades de Salud del Municipio y con las encuestadoras que también son vecinas de la zona. Se realizó uno para Monte Chingolo y otro para Lanús Oeste, cuidando de cubrir las posibles demandas de atención de acuerdo con los temas que se indagaban: violencia de género, consumos problemáticos de sustancias o salud mental en la infancia. En varias ocasiones las encuestadoras brindaron información, siempre al finalizar la encuesta para no sesgar los resultados. También surgieron otras consultas que fueron derivadas al Municipio como por ejemplo, la atención para personas con epilepsia.

El material escrito entregado se leyó y explicó en detalle. La Guía de orientaciones para el trabajo de campo (se adjunta en Anexo VII), consistió de 7 ítems en los que se puntualizaban desde las cuestiones institucionales-formales más sencillas hasta recomendaciones frente a situaciones de mayor complejidad, por ejemplo, cómo posicionarse en la entrevista y ante determinadas temáticas. Seguidamente, se releyó el instrumento acompañando la lectura con una presentación en Power Point que mostraba en las distintas diapositivas cada sección del cuestionario con elementos especialmente señalados para ser tenidos en cuenta.

Asimismo, se incluyeron juegos de rol para ejemplificar algunas secciones en las que se observaron más dificultades, como en la sección de consumo problemático de sustancias. Así, se las convocó a que se pusieran de a pares, y en cada dupla de encuestadoras cada una eligiera un rol -encuestador o encuestado-. Para quienes personificaran al encuestado, dimos la consigna de que imaginaran respuestas sobre consumo de múltiples sustancias. Esta actividad permitió evidenciar errores, mejorarlos y optimizar las explicaciones dadas en forma teórica, propiciando una mejor comprensión por parte de las encuestadoras.

Finalmente, teniendo en cuenta que las capacitaciones se establecieron como requisito obligatorio para comenzar el trabajo de campo, se planificó una tercera reunión para quienes no habían podido concurrir ninguna de las dos veces. Se las citó el día 19 de Octubre en el mismo horario y lugar. A las encuestadoras que habían cumplido con la capacitación completa les fueron entregadas 10 encuestas junto con el radio censal asignado (se adjunta ejemplo en Anexo X), y se dio comienzo al trabajo de campo.

Tarea 8: Realizar el trabajo de campo

Cabe recordar que la muestra de este Estudio se conformó con 605 personas residentes en Lanús Oeste y Monte Chingolo en el Municipio de Lanús, siguiendo con los siguientes criterios de inclusión: que las personas fueran mayores de 18 y menores de 66 años, y que residieran en el Municipio de Lanús. También fue prevista la selección de cuotas por localidad. Se cumplió con el procedimiento detallado para la selección de la muestra incluido en el apartado metodológico de este informe final.

Una vez asignados los primeros radios censales y habiendo comenzado el trabajo de campo se establecieron dos días de reuniones de supervisión, los miércoles y viernes por la mañana en lugares puestos a disposición por la Dirección de Salud Mental y Adicciones de Lanús. Estas reuniones se planificaron, por un lado, con el objetivo de realizar un seguimiento y evaluación constante del trabajo de campo, corregir errores, identificar ausencia o contradicción en los datos; y por otro lado, para poder acompañar a las encuestadoras frente a las dificultades y obstáculos que pudieran presentarse durante el proceso de encuestar, así como para garantizar la calidad del trabajo.

A cada encuestadora se le fueron dando 10 encuestas por vez, junto con el mapa de cada radio censal. Entonces, junto con las encuestas completas, se les pidió que anotaran en unas tablas que incluimos en cada radio censal (se adjunta ejemplo en Anexo X) tanto la dirección de cada una de las 10 personas encuestadas, como la distribución de éstas por sexo y edad de acuerdo a las cuotas establecidas para ir regulando su cumplimiento en un proceso equilibrado de estratificación de la muestra.

En tanto iban completando y supervisando cada conjunto de encuestas de un radio censal, se les volvía a entregar otro conjunto de encuestas, una nueva zona y radio censal.

Las reuniones de supervisión y capacitación de las encuestadoras fueron adoptando distintas modalidades según los momentos del trabajo de campo. Durante las primeras semanas, la reunión se inició con una actividad grupal en la que se convocaba a las encuestadoras a que comentaran y detallaran sus experiencias de trabajo de campo: cómo estaban administrando el cuestionario, qué dificultades se presentaban, qué respuestas encontraban por parte de la gente, cómo resultaban las zonas a recorrer, entre otros aspectos.

Cabe destacar que las características de las zonas a recorrer implicaron dificultades adicionales y complejizaron la realización del trabajo de campo. Algunos de los radios censales sorteados se correspondían con zonas con infraestructura sumamente precaria, ó de asentamientos y/o villas de emergencia. En otros casos, o bien se trataba de zonas con fábricas y por ende, con escasa población; o bien, zonas con viviendas abandonadas.

Desde el equipo de investigación, se priorizó siempre la seguridad y el cuidado de las encuestadoras, no sólo sustituyendo los radios censales en los casos en los que se trató de zonas con muchos problemas de seguridad; sino también indicándoles que

evitaran cualquier situación de riesgo o peligro, y enfatizando que en cualquiera de estos casos podían contactar al equipo de investigación. Algunas encuestadoras refirieron estar familiarizadas con el territorio, con la población de ciertas áreas y pudieron cumplir con la tarea sin mayores inconvenientes, más allá de las características de las zonas. Sin embargo, aunque se dieron todas las indicaciones mencionadas y se tomaron precauciones, se presentaron 3 situaciones de hurto a distintas encuestadoras, ante lo cual el equipo de investigación las acompañó y las contuvo. Ninguna de las tres sufrió daños físicos y la situación fue informada oportunamente a la Dirección de Salud Mental y Adicciones del Municipio.

A medida que transcurrió el tiempo, las reuniones de supervisión se centraron específicamente en la revisión de las encuestas: dificultades que tenían con la aplicación del cuestionario, evaluación de errores, algunos de ellos más particulares de cada encuestadora, y otros generalizados y sistemáticos. Ante la aparición de errores sistemáticos generalizados el equipo de investigación diseñó una Guía de recomendaciones que se les explicó detalladamente (se adjunta en Anexo XI). Este material también les fue enviado por correo electrónico.

Aproximadamente en la mitad del proceso del trabajo de campo, el equipo de investigación se dividió para supervisar individualmente a cada encuestadora. La evaluación individual del trabajo evidenció que persistían algunas dificultades. Esto suscitó la decisión del equipo de investigación de retomar y reforzar algunos puntos señalados previamente en las capacitaciones, centrales para la calidad del trabajo y la aplicación del cuestionario. Así, el equipo de investigación se reunió con una de las consultoras, Diana Rossi, con quien se planificó el contenido de la reunión en la que se trabajaría con las encuestadoras. El objetivo fue propiciar una más vasta comprensión del trabajo de campo reorientando la tarea en relación a los objetivos de la investigación, fundamentalmente para mejorar la calidad del trabajo y los datos recabados, apelando al compromiso y la responsabilidad con la tarea.

Se formuló un punteo de temas a trabajar con ellas, que consistió en:

- 1) Dado que algunas encuestadoras entregaban encuestas sin una exhaustiva revisión previa, se les pidió que al final de cada encuesta se tomaran el tiempo necesario para releerla y corroborar cabalmente que estuvieran completas todas las secciones, así como recuperar la información que fuera necesaria, por ejemplo, llamando por teléfono a

la persona encuestada, o volviendo a pasar por la casa para completar la respuesta faltante.

2) Existe un subregistro asociado a la temática del consumo problemático de sustancias evidenciado en varios estudios nacionales realizados con la modalidad de timbreo. Esto podría deberse a que el consumo de sustancias puede ser una práctica privada e ilegal -dependiendo de la sustancia- por lo que muchas personas se reservan esta información y eligen no contarla a un desconocido. Ahora bien, este subregistro se hizo notable en nuestro estudio. Al recibir encuestas en las que no se encontraban registros de consumo de ningún tipo, ya fuera en jóvenes ó en adultos, la situación fue interpretada por el equipo de investigación como un obstáculo asociado a la temática. Se pensó que podría estar influyendo la actitud de las encuestadoras al momento de abordar estos aspectos, que a muchas de ellas mismas las incomodaba.

En este sentido, se elaboraron estrategias y sugerencias para que se comprendiera la importancia de desarrollar cierto clima de confianza durante la entrevista para que fuera posible, en un tiempo acotado, que el encuestado pudiera abrirse a hablar de estos temas. Algunas de las sugerencias incluyeron evitar toma de posición al respecto, evitar gestos o comentarios sobre la práctica que les fuera contada por los encuestados.

3) Se destacó la importancia del consentimiento, dado que garantiza el compromiso del equipo de investigación con la confidencialidad, el anonimato y el resguardo de la información aportada por los encuestados.

4) Respecto de la muestra, también se consideró necesario insistir en la importancia de respetar las cuotas requeridas y establecidas en cada uno de los radios censales entregados. Del mismo modo, fue necesario establecer cuotas para garantizar el porcentaje representativo de la muestra de niños entre 6 y 12 años.

5) Se realizó un breve desarrollo y recordatorio de los objetivos del estudio, se explicó el proceso de construcción de los datos, y el valor del trabajo de campo y de la recolección de datos para el posterior análisis de resultados, apelando a que se comprenda la relevancia de un trabajo cuidado y de calidad.

6) En relación con la supervisión telefónica, fue necesario esclarecer su valor y finalidad. Tras recibir numerosas encuestas que no contaban con el número telefónico se reforzó esta indicación a cada uno de los encuestados. Para ello, nuevamente se les explicó el sentido de la supervisión.

7) Se buscó persuadir a las encuestadoras acerca de la responsabilidad que implica su trabajo y la importancia de hacer un relevamiento cuidadoso, porque la tarea de las encuestadoras es clave en la selección de los entrevistados y en la producción de los datos. Todo el ordenamiento posterior de la información, su sistematización y los procedimientos de análisis dependen de la calidad del trabajo de campo. Los "hechos" que se estudian "no constituyen una materialidad directamente aprehensible. Son, por el contrario, resultado de cierto modo de concebirlos, seleccionarlos y toda investigación debe vincular información proveniente de algún tipo de experiencia (un escenario a observar, una prueba a aplicar, un experimento a producir, etc...) conforme con la cual se pongan a prueba las hipótesis o supuestos, o se las construya por referencia a algún material empírico" (Ynoub, 2015:1).

8) En la elaboración del cuestionario además del inventario seleccionado para medir el constructo depresión (BDI-II), se decidió incluir en esta sección una serie de preguntas abiertas, para profundizar acerca de las situaciones que podrían estar condicionando el estado anímico de las personas que estuvieran respondiendo la encuesta. Las preguntas abiertas incluidas fueron:

a) *En los últimos 12 meses ¿Un amigo, un familiar o alguien más alguna vez ha mostrado preocupación por alguna situación relacionada con su salud mental? ¿Quién? ¿Con qué tuvo que ver?*

b) *¿En los últimos 12 meses ha vivido alguna situación estresante como una separación, el fallecimiento de algún familiar, un accidente grave u otra?*

c) *Cuando le pasan algunas de estas cosas ¿qué hace para sentirse mejor?*

El objetivo fundamental de las preguntas abiertas fue aportar mayor información de contexto para la interpretación de las puntuaciones del BDI-II, sobre todo aquellas puntuaciones que pudieran arrojar valores de depresión moderada o grave. Es decir, se buscó diferenciar la tristeza normal asociada a distintos eventos como una separación, un duelo, o una pérdida de empleo; de la depresión como cuadro clínico.

Tal como afirman algunos metodólogos, la función del encuestador en los casos de muestras con cuotas es fundamental, ya que serán los encargados de aplicar las cuotas que se hayan establecido (Marradi, Archenti y Piovani, 2007). En la última etapa del trabajo de campo, la supervisión se fue ajustando a las necesidades específicas para cumplir correctamente con la muestra. En este sentido, se trabajó exhaustivamente para el cumplimiento de las cuotas. Se realizó un control diario de las cuotas en función de

poder indicar a las encuestadoras qué rango etéreo de personas y de qué género se necesitaba encuestar. Así, la comunicación fue muy fluida con las encuestadoras, y en esta etapa se pudo verificar el compromiso, la predisposición y la responsabilidad de parte de ellas para responder a lo requerido.

En resumen, el cumplimiento de la etapa de trabajo de campo implicó distintos momentos pero fundamentalmente se centró en el acompañamiento del proceso individual de las encuestadoras, elaborando distintas estrategias para sortear las dificultades y obstáculos presentados en el transcurso del proceso. Lógicamente, se observaron diferencias en los tiempos subjetivos de comprensión de la tarea por parte de cada encuestadora a los que el equipo de investigación también debió adaptarse. Todo ello insumió para la coordinadora general y las investigadoras una gran cantidad de horas de trabajo en terreno y un esfuerzo adicional al que se utiliza en los casos en que se trabaja con encuestadores entrenados, dada la necesidad de capacitar a un equipo que no tenía experiencia previa en la aplicación de un instrumento complejo como el que usamos en el estudio, que además tenía que desarrollar el trabajo en un período de tiempo muy acotado.

Por último, a partir del desarrollo del trabajo de campo y la aplicación propiamente dicha del cuestionario en esta etapa, se pudo evaluar el instrumento en su conjunto quedando en evidencia, por ejemplo, que las preguntas abiertas de la sección de depresión se mostraron como un aspecto sumamente enriquecedor del cuestionario, aportando datos relevantes para la lectura posterior de los datos.

Tarea 9: Ordenar y sistematizar los datos relevados

Como fue señalado en este informe en los apartados correspondientes a la actividad dedicada al diseño del instrumento y la modalidad de aplicación, el cuestionario es una técnica de recolección de información masiva que permite obtener datos cuantitativos y cualitativos, al mismo tiempo que posibilita abordar una gran variedad de temas y su comparación. Ahora bien, la actividad relativa a ordenar y sistematizar la información está directamente relacionada con las características de la técnica seleccionada.

La utilización de cuestionarios “como toda técnica, es falible, tiene limitaciones y en el proceso de su aplicación se acumulan errores (...) La minimización de estos depende

de la toma de decisiones adecuada y de controles permanentes en todas las etapas de su aplicación” (Marradi, Archenti y Piovani, 2007:205). Los mismos autores también señalan que algunas de estas limitaciones operan durante el trabajo de campo, donde se generan la mayor parte de los errores que no se vinculan al diseño de los instrumentos sino a su aplicación. La mayoría de estos errores pueden minimizarse a través de un buen entrenamiento de los encuestadores, por medio de la supervisión y el control de su trabajo.

En este sentido, y con el objetivo de minimizar los errores, paralelamente al trabajo de supervisión in situ con las encuestadoras, en la oficina de Intercambios el equipo de investigación realizaba las otras tareas fundamentales del trabajo de campo: ordenar y sistematizar los datos correctamente.

En primer lugar, en función del trabajo de cada encuestadora, es decir, de la cantidad de encuestas que hubiera realizado cada una, se supervisó telefónicamente alrededor de un 20% del total. La selección de las encuestas a supervisar se realizó eligiendo al azar 2 encuestas por cada radio de 10 encuestas completado por cada encuestadora. En general, el resultado de la supervisión telefónica fue positivo, aunque complejo ya que se presentaron algunas dificultades, tales como: al llamar atendía un contestador automático, se cortaba la comunicación, o resultaba complicado encontrar a la persona encuestada.

Para ordenar y sistematizar los datos fue necesario un trabajo inicial de organización de las encuestas y su respectiva edición. Esta tarea estuvo a cargo de la coordinadora general de este estudio y las investigadoras cualitativa y cuantitativa, y duró tres meses tal como estaba planificado: de octubre a enero.

Con el objetivo de ordenar el material de trabajo, se dispusieron distintas cajas en las que se colocaron las encuestas -cajas designadas para los cuestionarios ya editados, y cajas designadas para los cuestionarios aún no editados-. Seguidamente, se fueron numerando los cuestionarios en orden consecutivo, asignando el mismo número a la encuesta y al consentimiento correspondiente para identificarlos y emparentarlos con cada encuesta, y posteriormente se separaron las encuestas de los consentimientos para luego archivarlos cuidadosamente.

Cada cuestionario fue revisado detenidamente a fin de detectar inconsistencias, errores y recuperar datos en los casos que fuera necesario. Esta tarea implicó leer punto

por punto cada cuestionario e ir señalando con colores los distintos tipos de problemas de edición que se fueron presentando.

La edición implicó revisar que cada cuestionario cumpla con una serie de condiciones importantes a tener en cuenta para una correcta elaboración de la base de datos. Las condiciones que fueron consideradas en cada cuestionario se detallan a continuación con un ejemplo ilustrativo de situaciones ocurridas en cada caso:

- que esté completo, es decir, que los encuestadores no hayan omitido preguntas;
- que esté correctamente consignada la información por parte del encuestador, es decir, que la respuesta responda adecuadamente a la pregunta. Por ejemplo, en algún caso la respuesta a la pregunta de nacionalidad se registró una provincia argentina sin registrarse en el cuestionario la respuesta correspondiente: "Argentina";

Por ejemplo, cuando los entrevistados vivían con otros familiares -primos, tíos, abuelos- y se registraba la respuesta en la categoría "Otros", en lugar de incluirla en la categoría "Otros parientes adultos" que era la correcta;

- que las respuestas estén registradas en la categoría correspondiente. Por ejemplo, cuando los entrevistados vivían con otros familiares -primos, tíos, abuelos- y se registraba la respuesta en la categoría "Otros", en lugar de incluirla en la categoría "Otros parientes adultos" que era la correcta;

- que los cuestionarios sean consistentes, es decir, que las respuestas a las preguntas sean coherentes entre sí según las características del entrevistado o la entrevistada. Un ejemplo de inconsistencia es que el mismo entrevistado fuera registrado al mismo tiempo en una pregunta como "Vive solo" y en otra como "Viviendo con su pareja"; y

- que las respuestas a las preguntas abiertas sean legibles, que se comprenda su significado y que respondan lo que se pregunta.

Una vez detectados los problemas de edición se corrigieron los errores e inconsistencias cuya solución, en algunos casos, se realizó en el momento de la revisión del cuestionario con la encuestadora, mientras que en otros requirió contactar telefónicamente a los entrevistados para recuperar información.

En esta etapa, paralelamente a la edición de los cuestionarios se completó el registro interno incluido en la sección *situación laboral*.

Registro interno:	Registro interno
1 Dueño de un comercio o negocio (tiene al menos un empleado)	1 Ocupado
2 Trabaja por cuenta propia (en su propia actividad o negocio y sin empleados)	2 Desocupado
3 Empleado en un trabajo fijo	3 Inactivo
4 Empleado en un trabajo temporal o transitorio	
5 Hace changas	
6 Cirujeo o cartonero	
7 Otros	

Se relevaron las respuestas aportadas por el encuestado acerca de su situación laboral, se categorizaron como “ocupado”, “desocupado” e “inactivo”, y se registraron las correspondientes subcategorías en los casos de los “ocupados”.

A fin de organizar la tarea, en el cuaderno asignado para la sistematización de datos se confeccionó una lista de actividades y modificaciones a realizar; se planificó el cronograma para su cumplimiento priorizando las más urgentes.

Tarea 10: Diseñar las bases de datos para cargar los datos cuantitativos y cualitativos.

Las bases de datos se confeccionaron con el programa SPSS que permite completar la información y expresiones textuales de los entrevistados por medio de la utilización de las variables nominales. Vale aclarar que el SPSS es un sistema amplio y flexible de análisis estadístico y gestión de información, que posibilita trabajar con datos procedentes de distintos formatos generando gráficos de distribuciones, estadísticos descriptivos y análisis estadísticos complejos, entre otras funciones (Visauta, 1997). Esto a su vez, permite analizar relaciones de dependencia e interdependencia, así como establecer clasificaciones entre variables.

La tarea del diseño de las bases de datos estuvo a cargo de la coordinadora general de este estudio. Una vez confeccionadas, el data entry comenzó a transcribir y cargar los datos. Para el diseño, una de las primeras tareas a realizar en el SPSS consistió en la carga de las variables y sus valores correspondientes. Para ello se asignó un nombre y una etiqueta a cada variable, se identificó el tipo de variable -nominal, numeral, ordinal-, se definieron sus posibles valores y sus etiquetas. Así, los datos pueden observarse en el programa en una presentación muy similar a una hoja de cálculo clásica: los casos ocupan las filas y las variables ocupan las columnas.

Paralelamente a la carga de información en la base por parte del data entry, las investigadoras supervisaron esta tarea a fin de minimizar errores. La supervisión se realizó por tandas de encuestas. De la primera tanda se revisaron cada dos encuestas, la segunda tanda se supervisó manteniendo intervalos de 3 ó 4 encuestas. Se destinó un cuaderno para esta tarea en el que se registró el número de encuesta y se anotaron algunos errores detectados, para ser luego corregidos con el data entry. Estas tareas implicaron una constante comunicación y trabajo en equipo. Al mismo tiempo, el data entry fue anotando en el mismo cuaderno las dudas que le suscitaba su tarea, como cuando encontraba alguna parte ilegible, o alguna incoherencia o supuesta ambigüedad. Esas preguntas también se fueron trabajando con el equipo en una tarea conjunta de construcción de criterios unificados, y de revisión de las encuestas buscando la adecuación lógica en base a los datos disponibles en los cuestionarios.

El criterio empleado para la carga de las variables nominales buscó ampliar al máximo posible la cantidad de caracteres a cargar en el programa de tal modo que se consignen de manera textual los dichos de los sujetos valorando los significados que los propios actores sociales construyen acerca de sus experiencias. Los datos cualitativos entonces, fueron cargados de ese modo: recuperando los propios sentidos tal como fueron expresados en la encuesta. Esa fue la indicación a las encuestadoras durante el trabajo de capacitación y supervisión.

Cuando fue necesario las bases de datos fueron modificadas y ampliadas durante el proceso de análisis. Por ejemplo, se agregaron más variables en las opciones de respuesta múltiple. Un caso fue el de la pregunta 16 del cuestionario que indaga: “¿*Dónde atiende sus problemas de salud en general?*”, y en la que algunas personas contestaron hasta cuatro instituciones cuando teníamos dos planificadas inicialmente. Es un dato importante a considerar que los sujetos recurran a esa cantidad de instituciones que interpretan como opciones dentro del sistema de salud, dando cuenta este ejemplo de cómo las respuestas a ciertas temáticas son diversas y complejas.

Tanto la variable del último ejemplo como otras con respuestas múltiples requirieron toda una serie de laboriosas tareas en el diseño de la base de datos, para facilitar el posterior análisis. Estas variables tienen la particularidad de contar entre sus respuestas con escalas de valores no excluyentes entre sí, es decir que cada sujeto puede contestar más de una. Deben consignarse entonces los nombres de las variables de modo idéntico diferenciándolas sólo por la terminación con dígitos consecutivos. Por

ejemplo: P10Conquienvive1, P10Conquienvive2, P10Conquienvive3, P10Conquienvive4, P10Conquienvive5. Las escalas de valores deben ser idénticas para que posteriormente se puedan agrupar las variables con la opción de tratar a cada valor como una variable dicotómica -respuestas de Sí o No-. Estas disquisiciones y ajustes formaron parte de los procedimientos de diseño de la base de datos.

	P10Conquienvive1	P10Conquienvive2	P10Conquienvive3	P10Conquienvive4	P10Conquienvive5	P10ConquienviveOTROS	P11.EstadoCivil
1	Con hermanos/as	Con los hijos					Solterc
2	Con la pareja	Con los hijos					Solterc
3	Con los hijos						Divorciad
4	Con la pareja	Con los hijos					Casado
5	Con la madre	Con hermanos/as	Otros			Sobrinos/as	Separad
6	Con la pareja	Con la madre	Con los hijos				Solterc

Se realizó la tarea de ajuste y limpieza de los datos de la base. Se cotejó la información de la base con las encuestas en los casos en los que se evidenciaron inconsistencias y, fundamentalmente se corrigieron los saltos en los ítems que lo requerían. Esta tarea precisó más detenimiento y tiempo específicamente en algunas secciones: la sección de consumo problemático de sustancias, la sección de violencia de género y la sección de situación laboral, ya que presentan mayor cantidad de saltos en las preguntas.

También se agregaron variables nuevas que permiten sintetizar la información a partir de índices, como es el caso de las variables de resumen. Por ejemplo, para indagar la temática de violencia de género, se preguntó por una serie de 12 ítems siguiendo los indicadores que se utilizaron en el “Estudio sobre violencias contra la mujer” realizado por el Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación en el año 2015. Las preguntas cubren toda una serie de posibles eventos en la vida de las mujeres, desde los 16 años a la actualidad, de modo muy directo y concreto como: *“desde que tenía 16 años o más, ¿algún hombre... La amenazó con la intención de lastimarla físicamente / La cacheteó, pateó, o la golpeó con el puño / Trató de ahorcarla o ahogarla, o la quemó con alguna sustancia /Tuvo relaciones sexuales forzadas?”* Si en alguno de esos ítems la mujer contesta que sí, se pregunta luego por la presencia de ese evento en el último año. Como medida de resumen, entonces, se agregaron dos variables dicotómicas para distinguir la presencia/ausencia de por lo menos uno de estos eventos tanto a lo largo de la vida, como en el último año.

	P64_1_Lastimo Fisic...	P64_2_Arrojo Algo 16 años	P64_3_Empujo 16 años	P64_4_Cacheteo 16 años	P64_5_Ahorro 16 años	P64_6_Uso Cuchillo 16 años	P64_7_Otro Tipo Violencia 16 años	P64_8_Tuvo RSexForzados 16 años	P64_9_Intentó RSexForzados 16 años	P64_10_Manojeo Sexo 16 años	P64_11_Forzó RSex con Otro 16 años	P64_12_Otro Tipo Violencia 16 años	p64resumen1a12	Pf Cc olo
1	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No	No	No	No	Sí	
2	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	
3	Sí	No	No	No	Sí	No	Sí	No	No	No	No	No	Sí	
4	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Sí	No	No	Sí	No	Sí	Sí	
5	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí	
6	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No	Sí	
7	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No	Sí	

Una actividad no planificada en el proyecto y que el equipo decidió agregar y realizar en esta etapa, fue la construcción de una segunda base de datos cuyas unidades de análisis son los hijos de entre 6 y 12 años. Se recortaron dichos datos distinguiendo la información de estos niños ya que requiere un análisis particular y diferenciado de la base con datos de los adultos. Esta actividad conllevó la traslación de datos en la nueva base para que la unidad de análisis central pase a ser cada uno de los 159 niños, en lugar de los 605 adultos. Entonces, la información que en la base de datos original estaba consignada en cada variable, primero para Hijo1 y luego para Hijo2 fue desglosada para cada niño considerándolo una unidad de análisis. Por ejemplo, en la base de datos primera se consigna para una mujer entrevistada el nivel educativo de ambos hijos de 8 años y de 12 años. Al pasar esa información a la base de datos de niños, ya esas dos variables -"nivel_educativo_hijo1" y "nivel_educativo_hijo2"- no se atribuyen a una sola unidad de análisis -mujer adulta- sino a sendos niños como dos unidades de análisis diferentes.

El análisis preliminar permitió obtener las frecuencias de las variables que se indagaron y el cálculo de estadísticos descriptivos como la media, la mediana y el modo. Esta primera aproximación a los resultados permitió también localizar posibles errores de codificación o tabulación y corregirlos siempre conservando la consistencia lógica.

CAPÍTULO IV. Etapa III

Actividad 4. Análisis e interpretación de resultados

La Actividad 4. **Análisis e interpretación de resultados** tuvo tres tareas de las que se da cuenta a continuación.

Tarea 11: Analizar los resultados obtenidos con base en indicadores relevantes, triangulando el análisis cuantitativo (cálculos de frecuencias, medidas estadísticas de tendencia central, y análisis bivariados cuando sea pertinente) y el cualitativo (análisis de contenido a partir de codificación y de armado de redes conceptuales).

11.1. Procedimientos

El análisis de datos cuantitativos involucró las tareas iniciales del proceso, es decir: el ordenamiento de los cuestionarios, el diseño de una base de datos en SPSS, la carga de datos, el ajuste y limpieza de la base de datos, la recodificación de variables, y los primeros cálculos de frecuencias y las estimaciones, según sea el caso, de medidas estadísticas de tendencia central como la media, la mediana y el modo.

Asimismo, diversos colegas como Roxana Ynoub, Micaela Bazzano, Vanina Vartuli y Rosa Bagnato colaboraron con el equipo de investigación en la búsqueda bibliográfica de estudios de referencia para el análisis de datos.

Como se mencionara en el apartado anterior, el material cualitativo se incluyó en la base de datos diseñada en SPSS que también permite incorporar expresiones textuales de los entrevistados. Ese corpus de datos se segmentó y codificó. Se realizó un análisis de contenido a partir del reconocimiento de regularidades y patrones identificados en repetidas lecturas del material y en discusiones grupales de los resultados.

A continuación detallaremos los criterios y escalas utilizadas para el análisis de los datos de cada sección del cuestionario.

Sección Datos Socio-Demográficos

Agrupamos la edad en intervalos de 5 años.

Para nivel educativo construimos tres nuevas variables para sintetizar y reorganizar la información con fines expositivos: en una primera variable integramos la información de la pregunta 6, “Nivel más alto que cursa o cursó” y de la pregunta 7, “Finalizó el nivel” que

constituye una variable dicotómica (sí/no); de modo que se puedan establecer los niveles de educación según sean completos o incompletos. Una segunda variable fue para sintetizar la escala juntando valores para luego identificar en una tercer variable cada grupo con un nivel: “Bajo”, para Jardín/Preescolar/Primaria/EGB Completo o Incompleto y Primaria/EGB Completo o incompleto; “Medio”, para Secundaria/Polimodal/Gestión Social Completo o Incompleto; y “Alto” para Terciario/Universitario Incompleto Universitario/Posgrado Completo/Posgrado Incompleto.

Para analizar la configuración familiar del hogar en el que viven los entrevistados se consideraron las categorías de la variable “Tipo de hogar” utilizada por el INDEC en el Censo 2010: Hogares unipersonales, Hogares nucleares completos de pareja sola, Hogares nucleares completo de pareja e hijos, Hogares nucleares incompletos -sin cónyuge y con hijos-, Hogares extendidos -padre, madre, o ambos con o sin hijos y otros parientes-, Hogares compuestos -padre, madre, o ambos con o sin hijos y otros parientes y otros no parientes-, y Hogares multipersonales no familiares. En base a esta clasificación se recategorizaron las respuestas a la pregunta 10 de nuestro cuestionario, que releva la relación del entrevistado con las personas que viven en el hogar -pareja, padre, madre, hermanos, otro pariente adulto, hijos, amigos y/u otros-. La denominación de las categorías se presentan del siguiente modo: Unipersonal (corresponde a hogar unipersonal), Pareja sin hijos (para hogares nucleares completos de pareja sola), Pareja e hijos (para hogares nucleares completo de pareja e hijos), Un progenitor e hijos (para hogares nucleares incompletos -sin cónyuge y con hijos-), Familiar extendido (para hogares extendidos -padre, madre, o ambos con o sin hijos y otros parientes-), Familiar compuesto (para hogares compuestos -padre, madre, o ambos con o sin hijos y otros parientes y otros no parientes), Multipersonal no familiar (para hogares multipersonales no familiares)

Para analizar si tener o no pareja se asocia a los problemas de salud mental se diseñaron dos nuevas variables: una para distinguir a quienes tienen o no parejas convivientes, y otra para diferenciar a los que tienen pareja, sea o no conviviente. Para la primera variable (Tiene o no tiene pareja conviviente) se utilizó la pregunta 10 considerando las respuestas a categoría “*Vive con la pareja*”. Para la segunda variable (Tiene pareja, sea o no sea conviviente) se utilizó la pregunta 10 considerando las respuestas a la categoría “*Vive con la pareja*”, más la pregunta 12 teniendo en cuenta las respuestas a la pregunta “*¿Tiene una pareja, novio/a, sale con alguien?*”

Para analizar tamaño del hogar se procesaron los datos de la pregunta 9 (¿Con cuántas personas vive usted?) de modo tal de obtener la media y la mediana de la cantidad de miembros de los hogares de la muestra.

Del mismo modo se procedió con la variable “Cantidad de hijos” procesando los datos para obtener la media y la mediana.

Sección Salud, estrategias y accesibilidad a los servicios

El primer indicador que se analizó fue el porcentaje de personas que percibía que su salud general era regular o mala. Se construyó a partir de una pregunta de escala actitudinal de Likert de autoevaluación del estado de salud general proveniente del cuestionario SF-36, un instrumento multipropósito, validado, disponible en español y ampliamente utilizado. Para el análisis de esta variable se reagruparon las categorías de forma tal de reducir el análisis a tres categorías "Excelente/ Muy buena", "Buena" y "Regular/ Mala".

Para la atención de la salud se reorganizaron las preguntas 15 y 16 que indagaban por un lado, el tipo de cobertura que poseen, Obra Social y/o Medicina Privada y, por otro lado el sistema en el que efectivamente se atienden. Esta reorganización permitió establecer categorías que daban cuenta tanto del uso exclusivo de los tres sistemas de salud: Obra Social, Sistema Prepago y Sistema Público como también del uso combinado de los mismos tales como Obra Social y Privado, Sistema Público y Privado, Obra Social y Público, Obra Social/Privado y Público.

La pregunta 21 indaga “*Cuando le pasan alguna de estas cosas -refiriéndose a situaciones traumáticas o de depresión- ¿qué hace para sentirse mejor?*”. Las respuestas fueron variadas y muy interesantes, de tal manera que presentan el desafío de sintetizar la información generando dimensiones de análisis a partir de los datos, recuperando al mismo tiempo el verbatim de los propios sujetos. Contestan cuestiones como: “juntarme con amigos”, “jugar al fútbol”, “levantarme y ver el jardín”, “llorar”, “nada”, “escuchar música”, “ir a la iglesia”.

Este tipo de pregunta genera todo un abanico de respuestas que dan cuenta de estrategias no convencionales ni hegemónicas a las que los sujetos recurren para mitigar o resolver sus problemas de salud mental. O, más bien, provocan una reflexión acerca de la perspectiva de la población que vincula a las actividades lúdicas, la naturaleza, los espacios recreativos y sociales o los deportes con las estrategias que tienden a generar

salud y promover salud mental. En este sentido los datos dan pistas a los análisis que se realizaron en la última etapa de este estudio.

La pregunta 24 *¿A quién consultó?* en referencia a los especialistas a los que acudieron los entrevistados frente a problemas relacionados a la salud mental, se recategorizó desplegando las respuestas de la categoría "Otros" que incluía otras especialidades médicas como ginecología, oncología y cardiología. Se armó también otra categoría para las estrategias no biomédicas como Alcohólicos Anónimos y yoga, entre otras.

Sección Apoyo Social

Para medir apoyo social se utilizaron algunos indicadores del cuestionario de apoyo social MOS, instrumento que permite investigar tanto los aspectos cuantitativos como los cualitativos del apoyo social. Cabe destacar que evalúa la percepción que la persona tenga de los distintos tipos de apoyo social.

Este cuestionario evalúa en una serie de frases la frecuencia -siempre, la mayoría de las veces, algunas veces, pocas veces o nunca- con que las personas disponen de distintos tipos de apoyo social: material, emocional, afectivo y de ocio-distracción. Cada categoría está representada con un puntaje de forma tal que la sumatoria de los puntajes expresados en las categorías escogidas por los entrevistados permite construir un índice de apoyo social total y un índice de apoyo de cada tipo. El índice tiene puntajes máximos, medios y mínimos que permiten elaborar rangos de puntaje que expresan niveles de apoyo social alto, medio y bajo.

De las 20 frases que conforman el cuestionario de MOS se utilizaron 12, representativas de cada uno de los tipos de apoyo, por lo tanto, los puntajes máximos y mínimos y los rangos fueron adaptados teniendo en cuenta la sumatoria de los puntajes de las categorías elegidas en este número de frases.

Sección Depresión

Para la determinación de los niveles de depresión según el Inventario de Depresión de Beck-II se agregó, en primer lugar, una variable que sumaba las puntuaciones asignadas por cada entrevistado a cada uno de los 21 ítems del cuestionario. A partir de este puntaje total, y tomando en cuenta los rangos de puntuación mínimos y máximos establecidos por Beck para determinar presencia y severidad de la depresión, se

construyeron otras dos nuevas variables. La primera fue diseñada con cuatro categorías ordinales: no deprimido, levemente deprimido, moderadamente deprimido y severamente deprimido. La segunda variable fue construida con dos categorías dicotómicas: con síntomas de depresión/ sin síntomas de depresión.

Sección Consumo de Sustancias

El ASSIST distribuye el puntaje que estipula para los diferentes tipos de respuesta recomendando una intervención breve, moderada o un tratamiento más intensivo. Cabe aclarar que aquellas personas que obtuvieron un puntaje de bajo riesgo incluyen tanto a los que nunca consumieron la sustancia en la vida o en los últimos 3 meses como a los que aunque la habían consumido, no tenían riesgo por ese uso.

Por ese motivo, analizamos los datos de esta sección separando del grupo de bajo riesgo a los que nunca consumieron ni alguna vez en la vida, ni en los últimos tres meses de los que sí habían consumido.

Analizamos todas las variables socio-demográficas según las seis sustancias que tuvieron más referencias de consumo: tabaco, bebidas alcohólicas, cannabis, cocaína, anfetaminas y tranquilizantes. En cada sustancia observamos que distribución surgía entre los de bajo riesgo -definido para nuestro análisis como los que consumieron alguna vez o en los últimos tres meses- y los re riesgo moderado. En este análisis no consideramos ni a los que nunca habían consumido en la vida o en los últimos tres meses y a los que tuvieron puntaje de mayor riesgo, que fueron muy pocos considerando el total de la muestra.

Cuando los entrevistados respondían a las diferentes preguntas que aludían a frecuencia de consumo, las opciones de respuesta podían ser: nunca, 1 o 2 veces, cada mes, cada semana, y a diario o casi a diario.

Para analizar el ASSIST se sintetizaron las preguntas 7.a., 7.b. y 7.c. en una ya que se había desdoblado. Pero para adjudicar el puntaje hizo falta volver a resumirlas.

Luego se construyó una nueva variable para consignar el puntaje total de las preguntas, de la 2 a la 7, omitiendo la 1 que releva el consumo de sustancias "alguna vez en la vida".

Sección Salud Mental en la Infancia

En la sección infancia para analizar el tipo de hogar en el que vivían los niños de 6 a 12 años se reformuló la pregunta 10 del cuestionario *¿Con quién vive/n?* y se construyó una nueva variable para detectar, principalmente, la frecuencia de niños que vivían en hogares monoparentales -un solo padre o madre- o biparentales -madre/s y/o padre/s-. Así, se reagruparon las categorías existentes en nuevas categorías que nos permitieron obtener la frecuencia de niños que viven “Solo con la madre y el padre”, “Solo con la madre”, “Solo con el padre”, “Con la madre, el padre y otros”, “Con la madre y otros” “Con el padre y otros”. La categoría “Otros” incluye a todas las otras personas que conviven con el niño/a, familiares o no familiares que no son el padre y la madre, tales como hermanos, otros parientes u otros no parientes.

Por otro lado, en esta sección también se agruparon conjuntos de síntomas que permitieran dar cuenta de algún tipo de padecimiento psíquico en la infancia. Así, se indagó sobre presencia de ideación y conductas suicidas: *“Intentó lastimarse, cortarse o quitarse la vida”*; *“Habló de querer matarse”*; se preguntó por presencia de sintomatología asociada a trastornos mentales severos: *“Escuchó como si alguien le hablara cuando no había nadie o dijo haber visto cosas que los demás no veían/ sintió como si todos lo miraban o estuvieran hablando mal de él.”*; y sobre otro tipo de problemáticas de desarrollo infantil como trastornos del sueño -*“Tuvo miedos exagerados, pesadillas ó insomnio-*, trastornos de la alimentación -*“Tuvo problemas de obesidad”*; *“Se provocó vómitos frecuentemente ó se negó a comer por verse mal”*- trastornos de eliminación -según la clasificación establecida por el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-IV por sus siglas en inglés-, como la enuresis: *“Se ha hecho pis en la cama frecuentemente”*; preguntas sobre aspectos relativos otros estados anímicos -*“Se sintió triste o angustiado/con ganas de llorar sin saber por qué”*; *“Se mostró muy retraído ó muy tímido”*; *“Se sintió inferior o creyó que no valía nada”*, *“Se negó a hablar / prefirió estar solo”*, *“Vivió alguna situación traumática, como un accidente en la casa, en la calle, o fallecimiento de alguien querido”*-; y por último, sobre dificultades en relación al aprendizaje -*“Tuvo dificultad para hablar o pronunciar algunas letras”*.

En la base de datos se agregó una variable que diferencia a los niños con y sin hermanos y la de hijo 1 e hijo 2.

Las preguntas abiertas correspondientes a la sección que se recategorizaron fueron:

- A) “¿Con qué tuvo que ver?” [que los citaran de la escuela]
- B) “¿Con qué tuvo que ver?” [que un familiar o alguien más mostrara preocupación]
- C) “¿Por qué problema consultó?”
- D) “¿Por qué no consultó?”

Sección Violencia de género

A los efectos del análisis de la sección que indaga violencia de género y con el objetivo de que los resultados puedan compararse con los del “Estudio sobre violencias contra la mujer” realizado por el Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación en el año 2015, se adaptó parte del cuestionario utilizado para ese estudio y, cuando fuera posible, se procesaron los datos de manera que pudiera lograr la comparabilidad.

En la siguiente tabla se consignan las dimensiones y los tipos de violencia de género consideradas en el estudio realizado por el Ministerio de Justicia e incluidas en el cuestionario del estudio realizado en Lanús:

Tabla Nº 2. Dimensiones y tipos de violencia de género

Dimensiones	Tipos de violencia de género
Violencia física	<ul style="list-style-type: none"> • Amenazar con intención de lastimar físicamente • Arrojar o golpear con algo que pudiera lastimar o asustar • Empujar, agarrar, torcer el brazo o tironear el pelo de forma tal que pudiera asustar o lastimar • Cachetear, patear o golpear con el puño • Ahorcar o ahogar o quemar con alguna sustancia o tratar de ahorcar o ahogar o quemar con alguna sustancia • Usar o tratar de usar un cuchillo o una pistola
Violencia sexual	<ul style="list-style-type: none"> • Tener relaciones sexuales forzadas • Intentar tener relaciones sexuales forzadas • Manosear sexualmente • Forzar a tener relaciones sexuales con otra persona

Mientras que en la encuesta del Ministerio de Justicia se midió la violencia psicológica tomando en cuenta comportamientos controladores del hombre hacia la mujer tales como “insistir en saber dónde se encuentra, insultarla, humillarla, despreciarla o denigrarla, restringirle su libertad, vigilar celosamente sus interacciones con otros varones, limitar sus encuentros con familiares y amigos y dañar o destruir sus

propiedades o posesiones"; los tipos de violencia psicológica considerados en el estudio presente fueron "Celar o controlar de alguna manera" e "Insultar o denigrar de alguna manera". Como medida de resumen y para obtener el porcentaje de mujeres víctimas de violencia psicológica se sumó cuántas mujeres habían respondido positivamente a alguno de los 2 ítems que tratan formas de la violencia psicológica.

Tanto para los tipos de violencia física, como sexual y psicológica se relevó la prevalencia "desde los 16 años" y en los "últimos 12 meses" previos a la encuesta por lo que la información se consigna teniendo en cuenta estos dos períodos de la vida.

Para el caso de las mujeres que sufrieron violencia durante el último año se indagaron específicamente otros datos tales como la relación con el agresor, el lugar, la percepción sobre la gravedad del suceso, la denuncia del hecho, la presencia de hijos al momento del episodio y la comunicación del episodio u otras personas.

En primer lugar, como medida de resumen se sumó cuántas mujeres habían respondido positivamente a algunos de los 12 ítems que tratan sobre las formas de la violencia física y sexual.

A los efectos de obtener el porcentaje de mujeres víctimas de violencia física y el porcentaje de mujeres víctimas de violencia sexual, se procedió a sumar a las mujeres que habían respondido positivamente a alguna de las 6 formas de violencia física, y, por su parte, sumar a las mujeres que habían sido víctimas de alguna de las 4 formas de violencia sexual.

Sección Accesibilidad

La accesibilidad se ha definido como "el extremo más deseable de ingreso al sistema de salud... En el otro extremo se encuentran las barreras, que constituyen la situación menos deseable" (Comes citado en Rossi y otros, 2007:12).

Se han señalado diferentes dimensiones de la accesibilidad caracterizadas como las organizacionales -que abarca los aspectos burocráticos y administrativos de cada institución que obstaculizan o facilitan la atención-, la geográfica -la cuestión de la distancia del servicio que se necesita-, la económica -que puede involucrar costos de los servicios, de los insumos o del traslado al centro de atención-, y la dimensión cultural que refiere a los hábitos, prácticas, actitudes y creencias de los trabajadores de la salud y de los que usan los servicios (Rossi y otros, 2007:12).

En base a los resultados del estudio “Accesibilidad de los usuarios de drogas a los servicios públicos de salud en las ciudades de Buenos Aires y Rosario. La perspectiva de los trabajadores de la salud” antes citado, se definieron las categorías de la pregunta sobre barreras y facilitadores para el acceso a la atención. Cada categoría tenía cinco opciones de respuesta construidas en una escala de Likert para conocer el grado de conformidad para cada categoría: Nunca, Casi nunca, La mitad de las veces, Casi siempre y Siempre.

Para analizar esta pregunta decidimos sumar los porcentajes de las respuestas nunca/casi nunca por un lado, y siempre/casi siempre por otro, consiguiendo así la posibilidad de sumar los porcentajes de cada una de las respuestas similares entre si y observar una tendencia para identificar las barreras o facilitadores de la accesibilidad según el punto de vista de los entrevistados. En ocasiones incluimos también en el análisis el porcentaje de las respuestas consignadas como la mitad de las veces.

Sección Situación Laboral

La variable “categoría ocupacional” se reagrupó a los efectos de considerar en forma diferencial no sólo a los desocupados sino también a la población que estaba en situaciones de precariedad laboral -especialmente en situación de inestabilidad laboral-, considerando que no sólo la desocupación sino también el trabajo precario pueden estar asociados a problemas de salud mental. Con este criterio se agruparon por un lado, los ocupados con trabajos que se asumen más estables y menos precarizados -dueños de comercio o negocio, trabajadores por cuenta propia y empleados en trabajo fijo- y; por otro lado, los ocupados que se detectaron en situaciones precarizadas -changuistas, trabajadores temporarios y cartoneros-. Los desocupados e inactivos quedaron en categorías independientes tal como figuran en el cuestionario.

Sección Características de la Vivienda

Las variables tipo de vivienda, tipo de combustible que utiliza principalmente para cocinar, sistema de obtención de agua y material predominante de los pisos se analizaron con las categorías que se presentaron en el cuestionario.

11.2. Resultados

Se presentan a continuación 6 apartados en los que se exponen los diferentes resultados producidos en este estudio que describen las dimensiones de análisis planteadas en los objetivos propuestos.

Recorren las siguientes temáticas:

- a) Características sociodemográficas de la muestra.
- b) Depresión.
- c) Salud mental y consumo de sustancias.
- d) Salud mental y violencia de género.
- e) La perspectiva de los padres/madres sobre la salud mental de sus hijos.
- f) Percepción y estrategias de atención ante los problemas de salud mental.

11.2. a) Características sociodemográficas de la muestra

Para la realización de este estudio se encuestaron 605 adultos residentes en dos localidades del Municipio de Lanús: Monte Chingolo y Lanús Oeste.

El 34,9% (211) vivía en Monte Chingolo y el 65,1% (394) en Lanús Oeste, de acuerdo con la proporcionalidad por población de cada localidad según el último Censo Nacional de Población, Hogares y vivienda (INDEC 2010) que es de 35,27% (87.091 habitantes) y 64,73% (159.815 habitantes) respectivamente.

Vale volver a mencionar que la distribución por localidad, así como la de edad y el género fue controlada en la planificación del muestreo para que se estratifique de modo análogo a la variabilidad poblacional del Municipio de Lanús.

- **Edades**

Las edades de los encuestados oscilaron entre los 18 y los 65 años. La media de edad fue de 39,34 años, la mediana de 38 años y el modo de 33. En la Tabla N° 3 se puede observar la distribución por grupos de edad.

Comparando la distribución presente en la muestra por grupos de edad agrupada por decenios (Tabla N° 3) se comprueba el cumplimiento de la proporcionalidad en cada franja etárea según su distribución en la población del Partido de Lanús. Dicho Partido,

comparado con los 24 partidos del Gran Buenos Aires, tiene una población algo más envejecida, con una mayor proporción de población de 50 a 65 años -27,7% Lanús versus 24,2% GBA- y una menor proporción en el grupo de los más jóvenes de 18 a 29 años - 29,5% Lanús versus 32,6% GBA-.

Tabla N°3. Distribución poblacional por grupos de edad

	24 Partidos del Gran Buenos Aires		Partido de Lanús		Muestra de Monte Chingolo y Lanús Oeste	
	Cantidad de población	Porcentaje	Cantidad de población	Porcentaje	Cantidad de población	Porcentaje
18 a 29 años	1.958.851	32,6 %	83.976	29,5 %	177	29,3 %
30 a 39 años	1.458.192	24,2 %	67.315	23,7 %	142	23,5 %
40 a 49 años	1.139.344	18,9 %	54.221	19,1 %	117	19,3 %
50 a 59 años	977.155	16,2%	51.939	18,3 %	109	18,0 %
60 a 65 años	479.953	8,0%	26.848	9,4 %	60	9,9 %
Total	6.013.495	100,0 %	284.299	100,0 %	605	100,0 %

Fuente: INDEC. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010.

- **Géneros y nacionalidad**

Las mujeres conformaron algo más de la mitad de la muestra 52,4% (317), y el 47,6% (288) estuvo integrado por varones. No se encuestó a ninguna persona que se identificara como transgénero. Esta distribución corresponde planificadamente, casi en forma análoga, a la distribución por sexo en el Partido de Lanús: 51,7% de mujeres (146.915) y 48,32% de varones (137.384) mientras que la proporcionalidad en los 24 partidos del Gran Buenos Aires es de 51,2% de mujeres (3.077.743) y 48,8% de varones (2.935.752) (INDEC, 2010).

Sobre 599 encuestados el 94,7% (567) eran argentinos y el 5,3% (32) nacieron en otros países, principalmente en países limítrofes, entre los que se destacan Paraguay (16) Bolivia (5) y Uruguay (5). Hubo también encuestados nacidos en Perú (4) Chile (1), y en Italia (1). La proporción de extranjeros de la muestra es algo menor que la población de extranjeros de Lanús y del Gran Buenos Aires.

Tabla N° 4. País de nacimiento

	24 Partidos del Gran Buenos Aires	Partido de Lanús	Muestra
Argentina	92,51%	92,81%	94,7%
Otro país	7,49%	7,19%	5,3%

Fuente: elaboración propia en base a datos del INDEC. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010, procesado con Redatam+SP”

- **Nivel de educación**

Con respecto a la escolaridad, sólo una persona dijo que “*nunca asistió*” a algún establecimiento educativo, mientras que el 14,7% (89) asistía al momento de la encuesta y el 85,1% (515) asistió con anterioridad a esa ocasión.

Se incluye la Tabla N° 5 que consigna los datos de nivel de educación de la población de 15 a 64 años para los 24 partidos del Gran Buenos Aires y para el partido de Lanús como referencia para observar cómo se distribuyó la muestra de Monte Chingolo y Lanús Oeste.

Tabla N° 5. Nivel de educación según región

	24 Partidos del Gran Buenos Aires (15 a 64 años)	Partido de Lanús (15 a 64 años)	Muestra de Monte Chingolo y Lanús Oeste (18 a 65 años)
Primario incompleto	8,7%	6,0%	7,5 %
Primario completo	22,5%	19,7%	17,7 %
Secundario incompleto	27,2%	25,8%	23,4 %
Secundario completo	21,2%	23,6%	27,5 %
Terciario/ Universitario incompleto	11,1%	13,6%	12,1 %
Terciario/ Universitario completo	9,3%	11,2%	10,6%

Fuente: elaboración propia en base a datos del INDEC. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010, procesado con Redatam+SP

- **Conformación de los hogares**

El promedio de la cantidad de miembros del hogar es de 3,77 personas por hogar, equivalente al del GBA y del Partido como se observa en la siguiente tabla, mientras que la mediana y el modo es 4 personas por hogar.

Tabla N° 6. Tamaño del hogar

24 Partidos del Gran Buenos Aires	Partido de Lanús	Muestra de Monte Chingolo y Lanús Oeste
3,72	3,33	3,77

Fuente: elaboración propia en base a datos del INDEC. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010, procesado con Redatam+SP”

El tipo de hogar predominante es el de pareja e hijos, el 47,4% (286) de los entrevistados responde a esta configuración familiar, el 23,7% (143) viven en hogares familiares extendidos, el 10,6% (64) constituyen hogares de un progenitor e hijos, el 10,4% (63) son hogares de pareja sin hijos y el 7,3% son hogares unipersonales. Dos entrevistados constituyen hogares familiares compuestos y otros dos hogares multipersonales no familiares.

El 71,2% (437) de los encuestados expresó que tenía hijos (Tabla N° 8), siendo la media del número de hijos de 2,31 y tanto la mediana como el modo de 2.

Tabla N° 7. Tipo de hogar

	24 Partidos del Gran Buenos Aires	Partido de Lanús	Muestra de Monte Chingolo y Lanús Oeste
Unipersonal	14,8%	17,7%	7,3%
Pareja sin hijos	13,1%	15,5%	10,4%
Pareja e hijos	39,0%	34,9%	47,4%
Un progenitor e hijos	11,7%	11,6%	10,6%
Familiar Extendido	19,4%	18,5%	23,7%
Familiar Compuesto	1,3%	1,1%	0,3%
Multipersonal no familiar	0,6%	0,6%	0,3%

Fuente: elaboración propia en base a datos del INDEC. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010, procesado con Redatam+SP

Tabla N° 8. Número de hijos

	Cantidad de casos	Porcentaje
Ninguno	168	27,8 %
1 hijo	127	21,0 %
2 hijos	162	26,8 %
3 hijos	83	13,7 %
4 hijos	28	4,6 %
5 hijos	16	2,6 %
6 hijos	10	1,6 %
7 hijos	2	0,3 %
8 a 13 hijos	3	0,6 %
No contesta	6	1,0 %
Total	605	100,0 %

- **Situación laboral y fuentes de ingreso**

Las situaciones laborales son diversas aunque la distribución de ocupados, desocupados e inactivos es equivalente con los datos del Partido y del GBA que se presentan en la siguiente tabla.

Tabla N° 9. Condición de ocupación

	24 Partidos del Gran Buenos Aires (15 a 64 años)	Partido de Lanús (15 a 64 años)	Muestra de Monte Chingolo y Lanús Oeste (18 a 65 años)
Ocupado	71,8%	72,6%	69,9%
Desocupado	5,0%	5,1%	4,0%
Inactivo	23,2%	22,3%	26,2%

Fuente: elaboración propia en base a datos del INDEC. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010, procesado con Redatam+SP”

El 68% (411) expresó que trabajó la semana anterior porque había *“trabajado por lo menos una hora, haciendo alguna changa, fabricando algo para vender, ayudando a un familiar/amigo en su negocio”*. De los 193 que contestaron negativamente a este enunciado las respuestas se distribuyeron de la siguiente forma: 81,3% (157) *“no deseaba / no quería / no podía trabajar”*, 15% (29) *“no tenía / no conseguía trabajo”*, 4 *“tenía un trabajo / negocio al que no concurrió”*, y 3 *“no tuvo pedidos / clientes”*.

Otros dos datos que complementan estos resultados se presentan en la Tabla N° 10 que detalla las fuentes de ingresos reportadas y la Tabla N° 11 que muestra la distribución de los subsidios gubernamentales entre la población encuestada.

Tabla Nº 10. Fuentes de ingresos en los últimos 12 meses
(respuestas múltiples)

	Cantidad de respuestas (N= 855)	Porcentaje de casos (N=603)
De lo que gana en el trabajo	435	72,1 %
Mantenido por los padres / la esposa / u otro familiar que vive en el hogar	210	34,8 %
De asignaciones, planes o subsidios de gobierno u otra institución	107	17,7 %
De la jubilación o pensión	61	10,1 %
De cuotas de alimentos o dinero de personas que no viven en el hogar	16	2,7 %
De rentas, alquileres de otras viviendas, comercios u oficinas	7	1,2 %
De una indemnización por despido	6	1,0 %
De ganancias de algún negocio en el que no trabaja	5	0,8 %
De intereses o rentas por plazos fijos o inversiones	2	0,3 %
Otros	2	0,3 %
No contesta	4	0,7 %

Tabla Nº 11. Subsidios gubernamentales(respuestas múltiples)

	Cantidad de respuestas (N= 606)	Porcentaje de casos (N=600)
Ninguno	467	77,8%
Asignación Universal por Hijo	82	13,7%
Becas de estudio	23	3,8%
Otros planes o subsidios de gobierno u otra institución	17	2,8%
Plan Argentina Trabaja	7	1,2%
No contesta	6	1,0%
No sabe	4	0,7%

- **Características de las viviendas**

En relación con las características de la vivienda, 84% vive en una casa (507), mientras que el 9,1% reside en un departamento (55), el 5,6% en una casilla (34), 4 personas en una pieza de inquilinato, y 3 en otro tipo de vivienda. En la Tabla Nº12 se observan estos datos comparados con los del Partido de Lanús y los de los 24 Partidos del Gran Buenos Aires, habiendo incluido en la muestra de Lanús un proporción mayor de encuestados que vivían en casillas y menor de los que vivían en departamentos.

De 601 encuestados, el 99,8% (600) obtiene agua de la red pública. El gas proviene de red en un 69,4% (418) de los casos, seguido por el uso de garrafa o gas de tubo para un 30,4% (183) y en 1 solo caso se mencionó el uso de “*kerosene, leña o carbón*”.

Los pisos son de “*cerámica, baldosa, mosaico, mármol, madera o alfombra*”, en el 87,5% (527) de los casos y, de modo no excluyente, en un 17,4% (105) de “*cemento o ladrillo fijo*”, siendo en un solo caso de “*tierra o ladrillo suelto*”.

Tabla N° 12. Tipo de vivienda

	24 Partidos del Gran Buenos Aires	Partido de Lanús	Muestra de Monte Chingolo y Lanús Oeste
Casa	82,3%	78,6%	84,1%
Departamento	13,68%	19,9%	9,1%
Casilla	2,68%	0,8%	5,6%
Pieza de inquilinato	0,4%	0,3%	0,7%
Otros	0,9%	0,4%	-

Fuente: elaboración propia en base a datos del INDEC. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010, procesado con Redatam+SP”

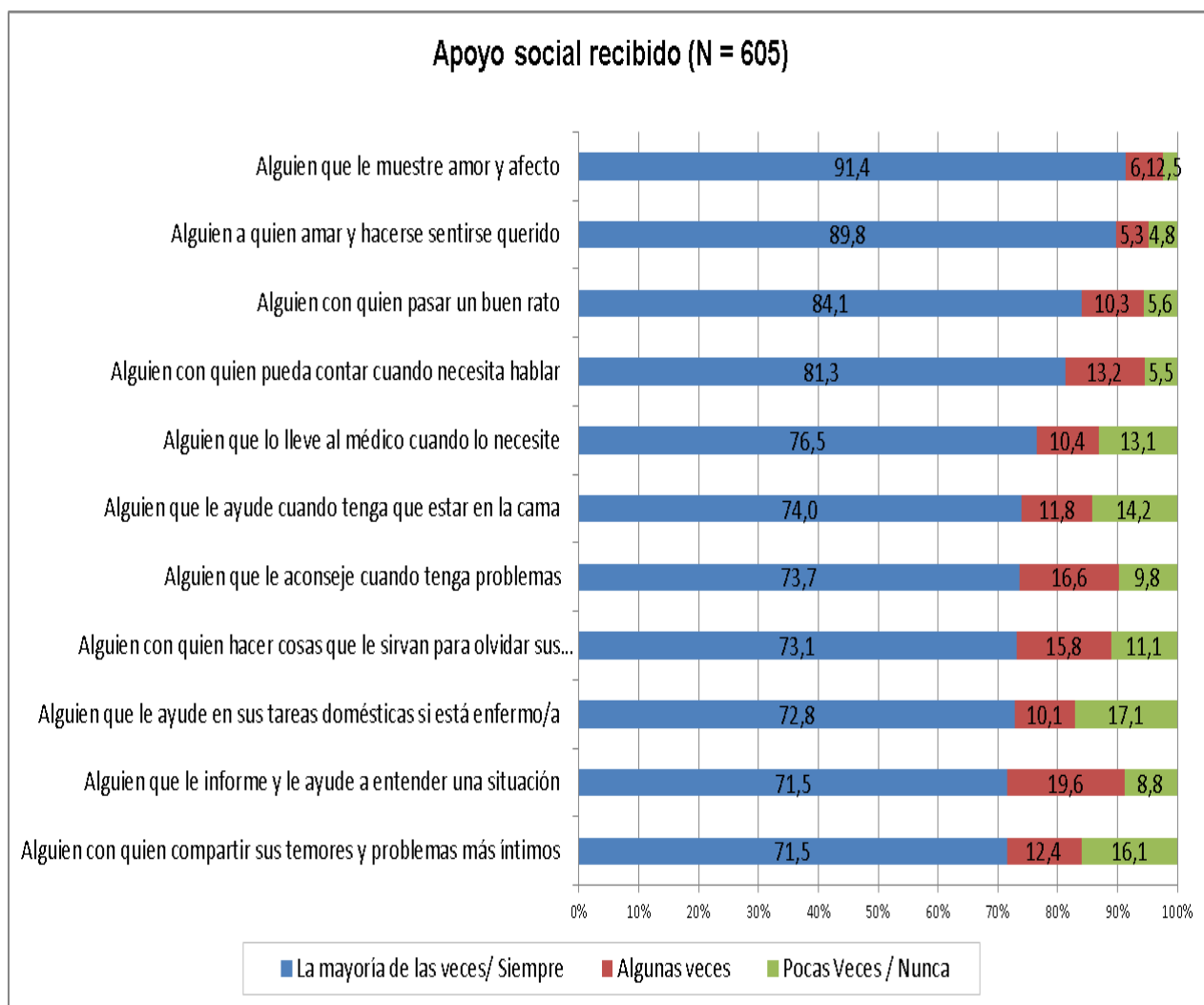
Apoyo social

El apoyo social lo hemos incluido en este capítulo sumándolo a los otros determinantes sociales. En el gráfico N° 1 se observan los valores obtenidos en los ítems que constituyen las dimensiones del apoyo social de acuerdo a la escala de MOS. En relación al apoyo afectivo, es donde se observan los mayores niveles de apoyo: el 91,4% de las personas encuestadas refirió que siempre o la mayoría de las veces tiene “*alguien que le muestre amor y afecto*” y el 89,8% que cuenta con “*alguien a quien amar y hacerle sentirse querido*”.

Los entrevistados perciben un menor nivel de apoyo de tipo material, referido a aquellas actividades que requieren una ayuda activa: un 17,1% informó que pocas veces o nunca cuentan con “*alguien que le ayude en sus tareas domésticas si está enfermo/a*” y el 14,2% con “*alguien que le ayude cuando tenga que estar en la cama*”.

A nivel del apoyo emocional, “*Alguien con quien compartir sus temores y problemas más íntimos*” es el que registra el más bajo nivel de apoyo; 16,1% refiere "nunca o pocas veces" cuenta con alguien en este aspecto.

Gráfico N° 1



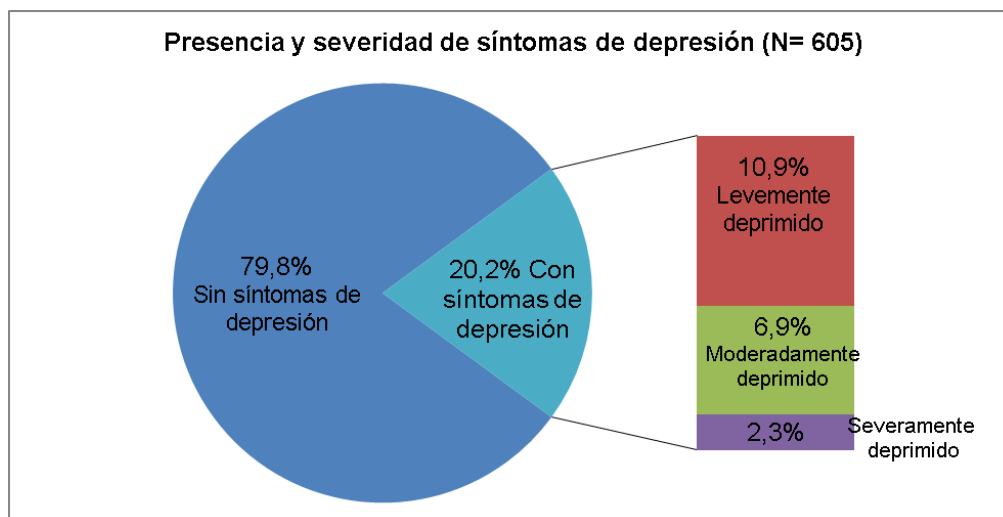
11.2.b) Depresión

Como se mencionara en informes previos, para la detección y relevamiento de síntomas que podrían dar cuenta de un problema de depresión se utilizó el Inventario de Depresión de Beck - segunda edición (Beck Depression Inventory - Second Edition, BDI-II), que fue adaptado y validado para su uso en Argentina.

Es importante aclarar que el objetivo de este instrumento es detectar la presencia de síntomas depresivos y cuantificar su gravedad, pero no busca realizar un diagnóstico de trastorno depresivo. Por ese motivo, es importante aclarar que el diseño, aplicación y los resultados de este cuestionario no constituyen un diagnóstico clínico de la depresión sino “un indicador de la presencia y el grado de los síntomas depresivos que coinciden con los del DSM-IV” (Beck y otros, 2014:46).

Aplicado a la muestra de Lanús Oeste y Monte Chingolo (gráfico N° 2), de un total de 605 respuestas, se observó que el 20,2% (122) presentó síntomas que podría dar cuenta de un problema de depresión. Dicho valor es similar a los que relevaron en las Encuestas Nacionales de Factores de Riesgo (MSAL, 2015), en las que el 22,8% (2005), 19,3% (2009) y 16,3% (2013) de los encuestados reportó que ese día estaba “*ansioso o deprimido*”¹.

Gráfico N° 2



¹ Cabe aclarar que en esta encuesta la información se relevó con una pregunta diferente y más amplia: “En relación a la ansiedad/depresión, ¿en el día de hoy: no está ansioso ni deprimido?, ¿está moderadamente ansioso o deprimido?, ¿está muy ansioso o deprimido?” (MSAL, 2015).

- **Síntomas de depresión según localidad, género y edad**

Analizando los porcentajes de síntomas de depresión en función de las localidades en estudio, no se observaron diferencias significativas (Tabla N° 13).

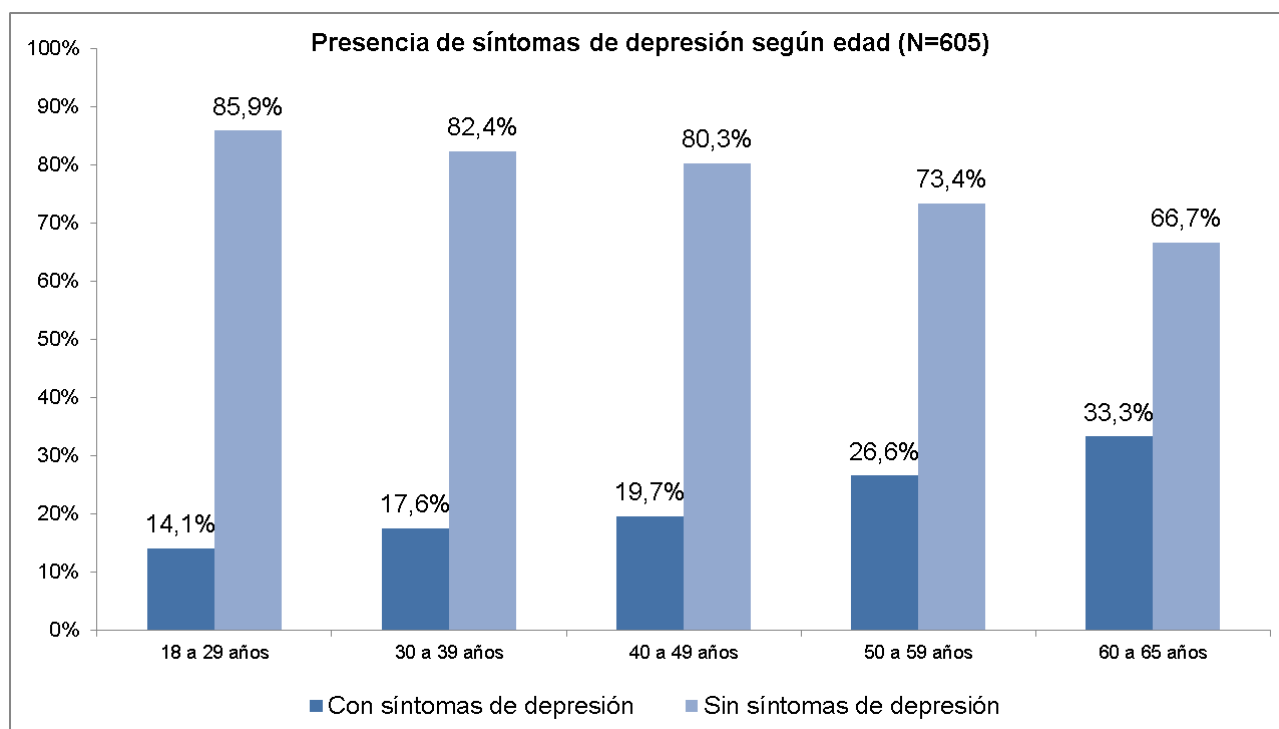
Tabla N° 13. Nivel de presencia de síntomas de depresión según localidad de residencia

		Localidad donde reside	
		Monte Chingolo	Lanús Oeste
No deprimido	Frecuencia	168	315
	Porcentaje	79,6%	79,9%
Levemente deprimido	Frecuencia	28	38
	Porcentaje	13,3%	9,6%
Moderadamente deprimido	Frecuencia	13	29
	Porcentaje	6,2%	7,4%
Severamente deprimido	Frecuencia	2	12
	Porcentaje	0,9%	3,0%
Total	Frecuencia	211	394
	Porcentaje	100,0%	100,0%

Al considerar las diferencias por género, se aprecia que las mujeres reportaron la presencia de síntomas de depresión con más frecuencia que los varones: el 22% (70) presentó síntomas de depresión mientras que los varones reportaron síntomas en un 18% (52).

Por otro lado, la edad resultó un factor de relevancia para el análisis de esta condición dado que a medida que aumenta la edad aumenta la presencia de síntomas de depresión. Los grupos más afectados se encontraron a partir de los 50 años: el 26,6 (29) de la población entre 50 a 59 años y el 33,3% (20) entre 60 a 65 años presentaron síntomas de depresión tal como se consigna en el siguiente gráfico:

Gráfico N° 3



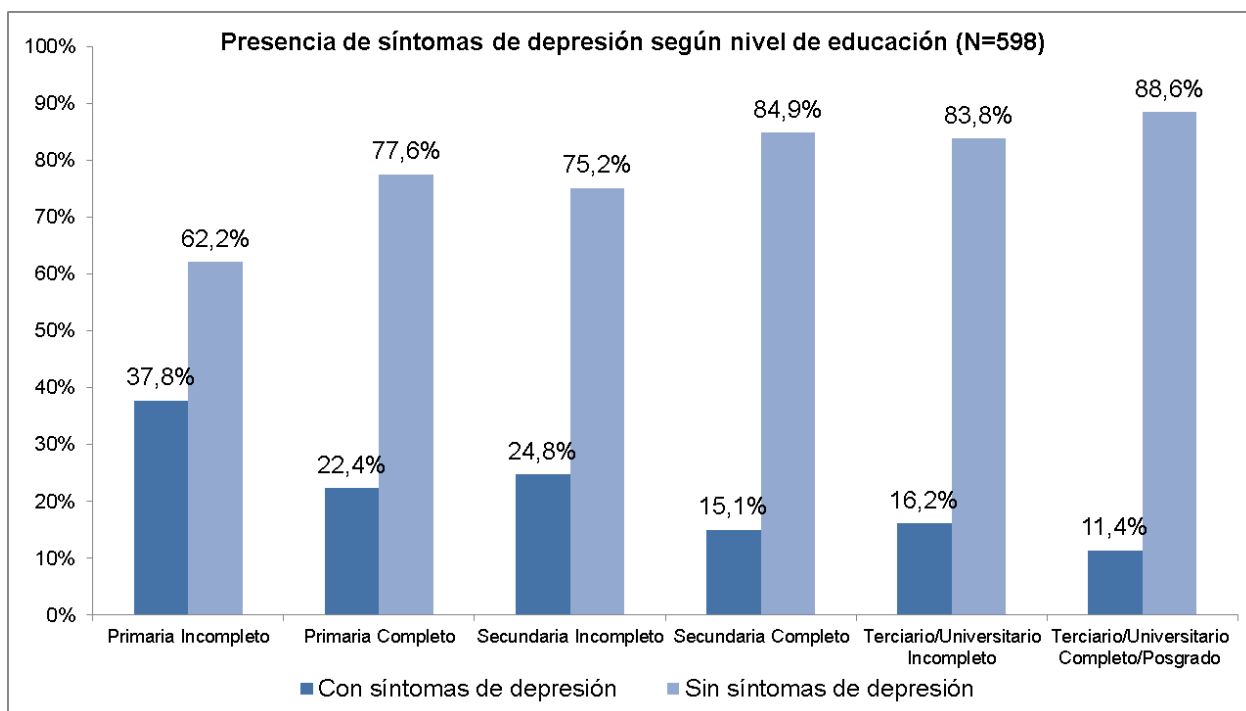
- **Variaciones de la presencia de síntomas de depresión según configuración familiar y nivel educativo**

Si se tiene en cuenta que en nuestra muestra, hay una prevalencia de un 20% de síntomas de depresión, podemos observar que ésta aumenta a 24,5% (35) si consideramos los que conviven con una *familia extendida*, y a 26,6% (17) entre los que viven *sin cónyuge y con hijos*. Contrariamente, la prevalencia disminuye levemente a 17,5% (50) si es un *hogar de pareja e hijos*, y a la mitad 11,1% (7) cuando pertenecen a un hogar de *una pareja sola*.

El hecho de tener pareja, sea o no conviviente, también muestra diferencias. La prevalencia del 20% de personas con síntomas de depresión incluye a un 28,9% (78) de los que tienen pareja (443), y la proporción disminuye a un 17,6% (78) entre los que no tienen pareja.

Por otra parte, se observa que el nivel de educación es un factor relevante asociado a esta problemática que afecta en mayor medida a los que tienen nivel de educación más bajo. Según los datos relevados el riesgo de presentar síntomas de depresión en los que tienen primaria incompleta respecto de los de terciario/universitario completo es casi 4 veces mayor (gráfico N° 4).

Gráfico N° 4



- **Situación laboral y síntomas de depresión**

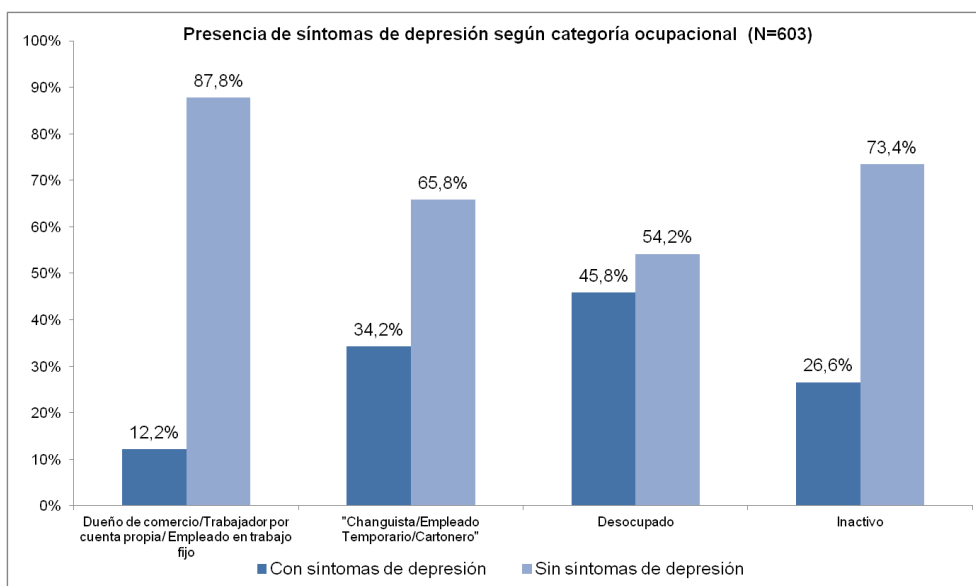
El desempleo y la precariedad laboral es otra condición de vulnerabilidad importante que pareciera asociarse a la presencia de síntomas de depresión.

Un estudio que analiza la salud mental de los despedidos y suspendidos en su trabajo entre 2015 y 2016, concluye que “para el total de la población examinada se destaca que los problemas de salud mental se triplicaron, y que los indicadores de salud física se deterioraron un 20,5%” (Wlosko y otros, 2016:38).

Al considerar la población de la muestra de Lanús que está en situaciones de precariedad laboral tales como los desempleados y otros que padecen de inestabilidad laboral -changuistas, trabajadores temporarios y cartoneros-, resulta evidente que este grupo presenta más síntomas de depresión que aquellos que tienen un trabajo más estable o menos precario.

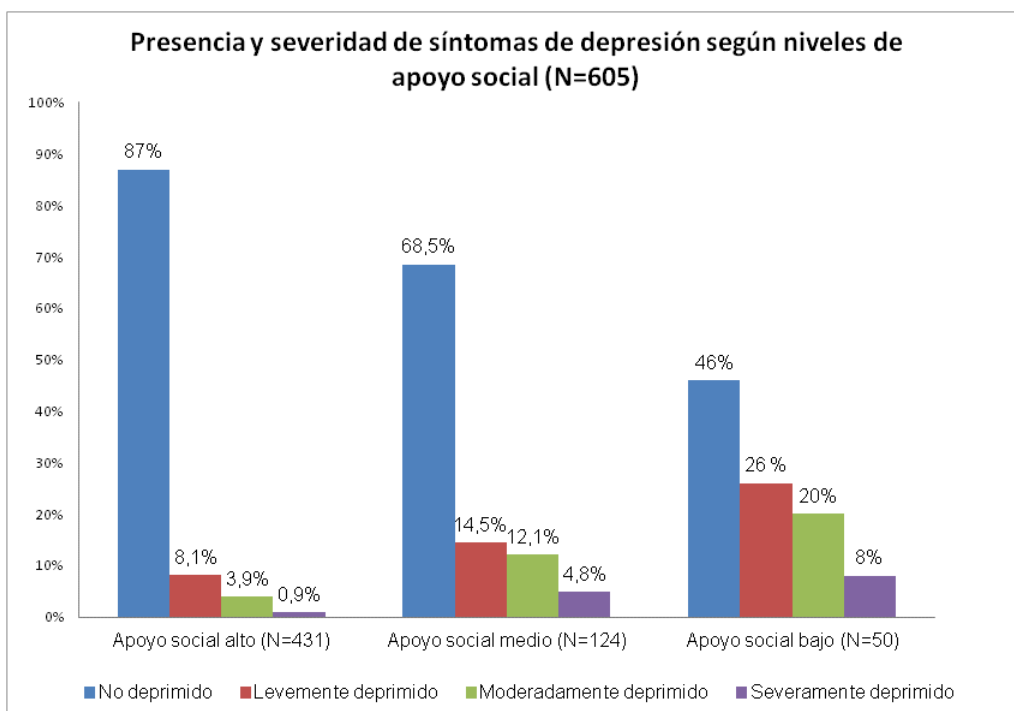
El gráfico reporta los datos que dan cuenta de esta relación:

Gráfico N° 5



El apoyo social constituye otro factor de relevancia para evaluar la presencia de síntomas de depresión. A medida que los niveles de apoyo social aumentan las personas presentan menos síntomas de depresión. Esta relación se observa en el gráfico a continuación:

Gráfico N° 6



- **Otros eventos vitales vinculados a la salud mental**

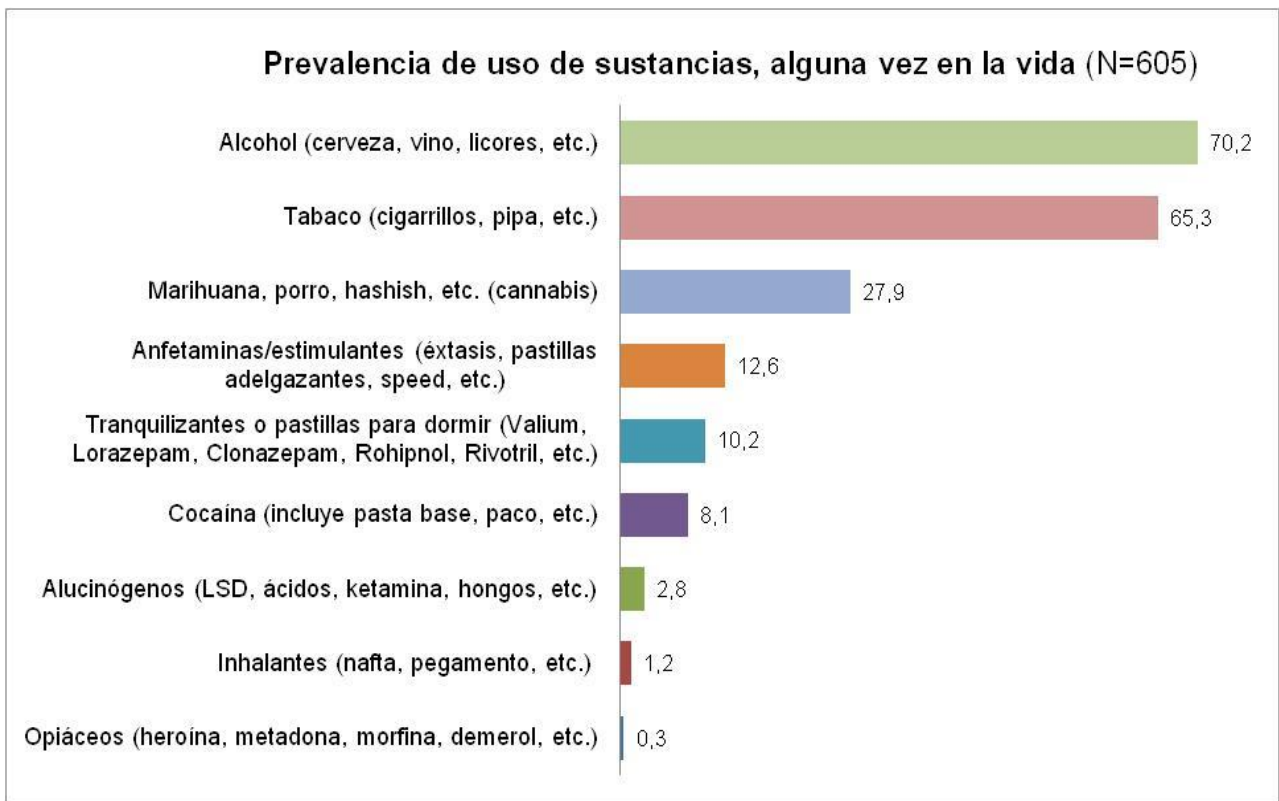
Para complejizar y comprender este cuadro de situación sobre la presencia de síntomas de depresión se preguntó a los encuestados: “*¿En los últimos 12 meses ha vivido alguna situación estresante como una separación, el fallecimiento de algún familiar, un accidente grave u otra?*”. Un tercio de las personas, 34,1% (205) contestaron que sí.

Sin embargo, esta proporción sube a algo más de la mitad 51,7% (62) entre las 120 personas que presentaron síntomas posiblemente asociados a una situación de depresión; y baja a 29,7% (143) entre los 482 que no presentaron síntomas asociados a la depresión.

11.2.c) Salud mental y consumo de sustancias

Los datos que obtuvimos en la muestra de población de Monte Chingolo y Lanús Oeste muestran la prevalencia de uso de sustancias en la vida, tal como se observa en el siguiente gráfico.

Gráfico N° 7

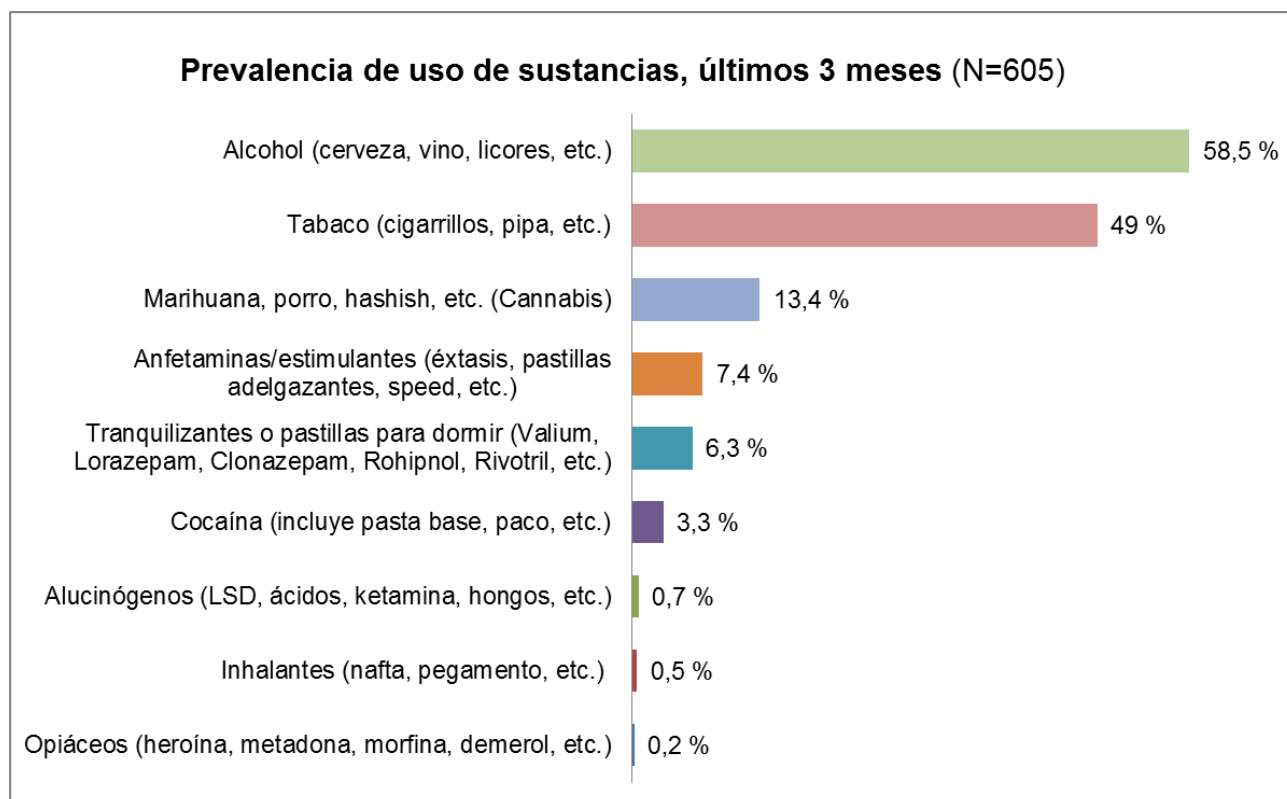


La prevalencia de vida para alcohol de 70,2% (425) en la muestra de Lanús resulta menor que el 77,7% que estimó la Encuesta Nacional sobre Prevalencias de Consumo de Sustancias Psicoactivas -ENPreCoSP2011- (ver Tabla N° 1), tanto para Argentina como para la provincia de Buenos Aires.

- **Prevalencia de uso de sustancias en los últimos tres meses**

El siguiente gráfico detalla los valores de consumo encontrados en Lanús en los últimos 3 meses.

Gráfico N° 8



La prevalencia para los últimos 3 meses de sustancias ilícitas en la muestra de Lanús Oeste y Monte Chingolo dio resultados mayores que en los Estudios Nacionales, teniendo en cuenta el estudio de 2011 en el que Observatorio Argentino de Drogas (OAD) publicó datos para la población de 16 a 65 años considerando resultados de la Encuesta Permanente de Hogares (OAD, 2014). Dicho Observatorio depende de la Secretaría sobre Políticas Integrales de Drogas de la Nación Argentina (SEDRONAR). Aunque en ese estudio preguntara por diferentes períodos de tiempo -anual, y no los últimos 3 meses- y distinta clasificación de las sustancias psicoactivas, resulta interesante revisar dichos resultados con el anterior gráfico.

Los resultados de la muestra de Lanús son mayores para cannabis (13,4% vs. 5,1% en GBA-OAD), para cocaína (3,3% vs. 0,7% para cocaína y 0,05% para pasta base, en GBA-OAD); y para anfetaminas (7,4% vs. 0,2% para éxtasis; en GBA-OAD), -aunque puede que al incluir el “speed” y las pastillas para adelgazar en este indicador estas sustancias hayan influido en aumentar la prevalencia.

El consumo de sustancias sin prescripción médica, también da porcentajes más altos en nuestra muestra: de 6,3% para tranquilizantes, antidepresivos y de 7,4% para los estimulantes (vs. 1,4% y 0,1% en GBA-OAD); y 0,5 para solventes e inhalables (vs. 0,2 %, en GBA-OAD).

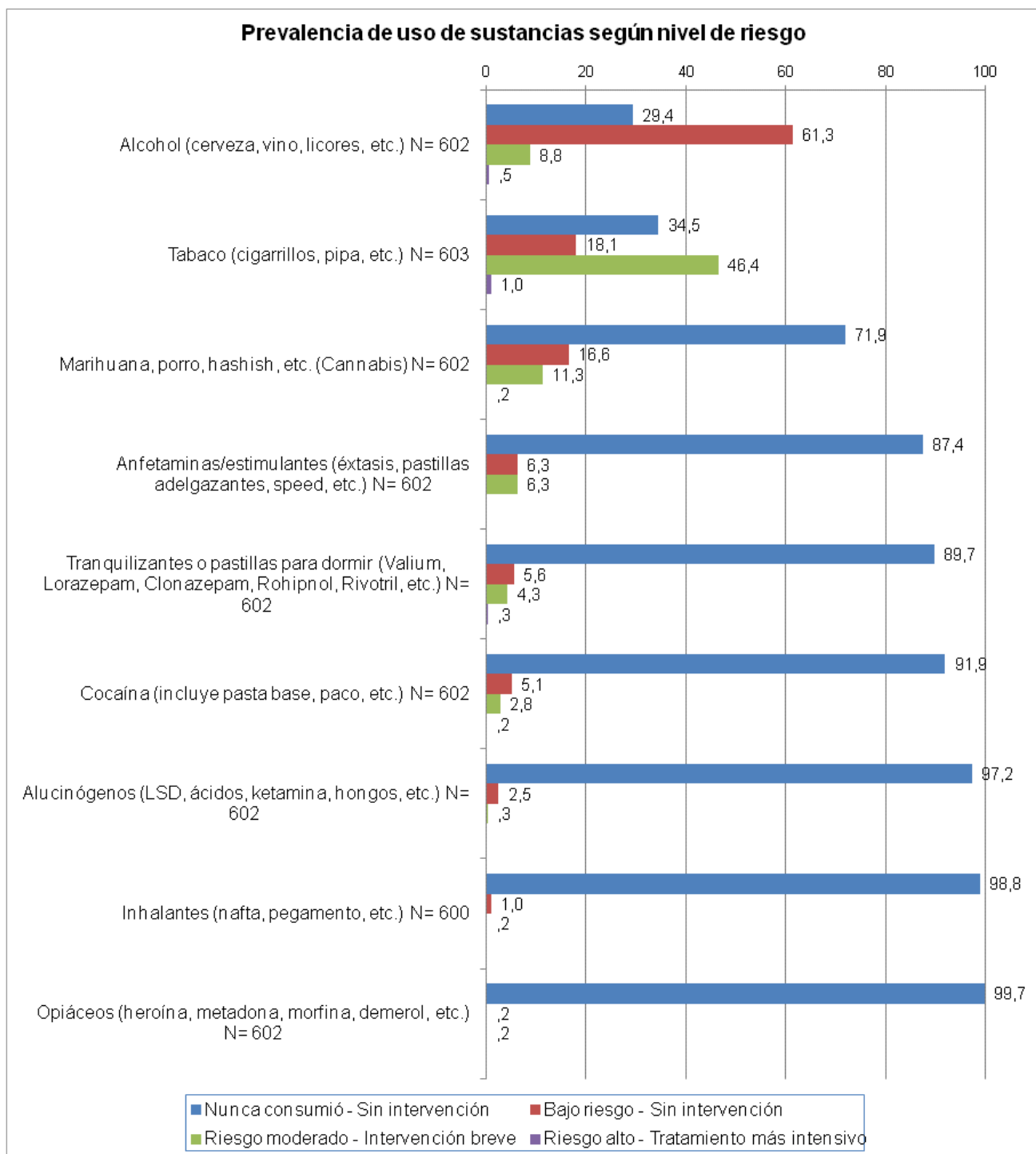
Muy pocas personas hicieron referencia a consumo de alucinógenos, opiáceos y a otras sustancias diferentes de las ya analizadas, tanto en la vida como en los últimos tres meses.

Sólo un encuestado, varón de 58 años, reportó haber consumido sustancias por vía inyectada alguna vez, aunque *“no en los últimos tres meses”*. Este dato es importante dado que el uso compartido de material de inyección estuvo relacionado con la transmisión del virus de la inmunodeficiencia humana y las hepatitis en las grandes ciudades de la Argentina durante los años ochenta y noventa, declinando la prevalencia del uso inyectable de drogas después de ese período.

- **Niveles de riesgo e intervenciones de salud pública**

En cuanto a los niveles de riesgo que mide el ASSIST, caracterizados en la sección correspondiente del apartado de procedimientos de la tarea 11 de este informe, diferenciamos cuatro categorías para las sustancias estudiadas, a fin de separar a los que nunca consumieron de los que tuvieron algún consumo, tal como se observa en el siguiente gráfico.

Gráfico N° 9



Los datos muestran que, en orden decreciente, parecería mayor el riesgo moderado en los que usan tabaco, cannabis, alcohol, anfetaminas y tranquilizantes respecto de otras sustancias. Estas personas hubieran requerido una intervención breve de salud pública.

Además, 1 varón que consumía alcohol, 1 que consumía tabaco, 1 varón y 1 mujer que consumían tranquilizantes hubieran requerido un tratamiento intensivo.

- **Variables socio-demográficas y riesgo en el uso de sustancias**

Al analizar las diferentes sustancias definimos tres categorías: los que no tenían consumo, los de bajo riesgo y los de riesgo moderado. Decidimos excluir a los de riesgo alto que describimos en el apartado anterior por tratarse de muy pocas personas.

Cada una de las cuatro tablas que siguen a continuación analiza los datos según cada una de las variables socio-demográficas empleadas en el estudio. Aunque la mayor proporción de personas que usan sustancias se concentró en los que consumen alcohol y tabaco, consideramos observar las variables socio-demográficas también con cannabis, anfetaminas, tranquilizantes y cocaína que, aunque tuvieron mucho menor cantidad de menciones entre los entrevistados, permiten un tipo de análisis que contribuye a pensar tendencias y regularidades en los principales patrones de consumo de sustancias legales e ilegales encontrados en dos localidades de Lanús.

En la tabla siguiente se observa que tanto los mayores de 60 a 65 años como las mujeres tenían las mayores proporciones entre los que no consumen tabaco o alcohol.

Para el tabaco, la proporción de los que tenían riesgo bajo es semejante entre las diferentes categorías de las 3 variables analizadas. En cambio, para el tabaco hay más casos de riesgo moderado: en Monte Chingolo que en Lanús Oeste, entre los que tenían entre 18 y 49 años, y en los varones.

Para el alcohol y el cannabis hay mayor proporción de varones con riesgo moderado, y mayor proporción de riesgo bajo y moderado entre los más jóvenes de la muestra.

Para el cannabis hay mayor proporción de mujeres y de personas entre los 50 y los 65 que no lo consumen y de varones con riesgo bajo.

Para las anfetaminas, hay mayor proporción de riesgo moderado entre los más jóvenes.

En cuanto a los tranquilizantes, hay mayor proporción de riesgo moderado entre los que tenían entre 40 y 49 años.

Con la cocaína, hay entre los más jóvenes y entre los varones una mayor proporción de consumos de bajo riesgo y de riesgo moderado.

Tabla N° 14. Sustancias psicoactivas por riesgo según localidad, edad y género

Nivel de riesgo por sustancia según ASSIST 3.0		Localidad		Edad					Género	
		Monte Chingolo (N=207-209)	Lanús Oeste (N= 389--393)	18 a 29 años (N=175-177)	30 a 39 años (N=141-142)	40 a 49 años (N=113-116)	50 a 59 años (N=107-109)	60 a 65 años (N=59)	Masculino (N= 285-287)	Femenino (N=312-315)
Tabaco	Sin consumo	32,7%	36,0%	34,5%	35,5%	31,9%	33,6%	42,4%	28,8%	40,4%
	Riesgo bajo	14,4%	20,3%	16,3%	14,1%	18,5%	22,5%	25,4%	17,9%	18,6%
	Riesgo moderado	52,9%	43,7%	49,2%	50,4%	49,6%	43,9%	32,2%	53,3%	41,0%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Alcohol	Sin consumo	34,6%	26,9%	18,9%	26,1%	33,0%	40,7%	42,4%	19,0%	39,0%
	Riesgo bajo	56,7%	64,1%	70,2%	65,4%	57,4%	50,9%	54,2%	66,6%	57,2%
	Riesgo moderado	8,7%	9,0%	10,9%	8,5%	9,6%	8,4%	3,4%	14,4%	3,8%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Cannabis	Sin consumo	72,7%	71,7%	49,7%	68,3%	82,8%	91,7%	89,8%	61,5%	81,6%
	Riesgo bajo	13,4%	18,4%	26,3%	21,1%	10,3%	6,5%	8,5%	21,7%	12,1%
	Riesgo moderado	13,9%	9,9%	24,0%	10,6%	6,9%	1,8%	1,7%	16,8%	6,3%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Anfetaminas	Sin consumo	90,0%	86,0%	77,3%	86,6%	87,9%	98,2%	98,3%	86,8%	87,9%
	Riesgo bajo	5,2%	6,9%	10,2%	7,0%	7,8%	,9%		7,3%	5,4%
	Riesgo moderado	4,8%	7,1%	12,5%	6,4%	4,3%	,9%	1,7%	5,9%	6,7%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Tranquilizantes	Sin consumo	88,4%	90,8%	93,2%	86,6%	85,2%	91,7%	94,9%	92,0%	88,2%
	Riesgo bajo	5,8%	5,6%	4,0%	9,9%	7,0%	3,7%	1,7%	4,2%	7,0%
	Riesgo moderado	5,8%	3,6%	2,8%	3,5%	7,8%	4,6%	3,4%	3,8%	4,8%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Cocaína	Sin consumo	89,9%	93,1%	85,7%	91,5%	94,0%	98,2%	96,6%	87,8%	95,9%
	Riesgo bajo	6,7%	4,4%	9,2%	5,7%	3,4%	,9%	3,4%	8,4%	2,2%
	Riesgo moderado	3,4%	2,5%	5,1%	2,8%	2,6%	,9%		3,8%	1,9%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

La siguiente tabla analiza las variables tipo de hogar y pareja. En el caso del tabaco y el alcohol, la categoría pareja sin hijos muestra una mayor proporción que no consume, mientras la de pareja e hijos tenía una mayor proporción de bajo riesgo.

Los hogares unipersonales, los de un progenitor e hijos y las familias extendidas tenían una mayor proporción de riesgo moderado para el tabaco y para el alcohol.

Para el cannabis, las parejas sin hijos o con hijos y las de un progenitor e hijos tenían mayor proporción de los que no lo consumen y las familias extendidas mayor proporción de riesgo bajo. La menor proporción de riesgo moderado se dio en las parejas sin hijos y la mayor proporción en los que no tenían pareja.

Para las anfetaminas los hogares unipersonales tenían mayor proporción de bajo riesgo y los de un progenitor e hijos tenían mayor proporción de riesgo moderado.

En el caso de los tranquilizantes los hogares con un progenitor e hijos tenían mayor proporción de riesgo bajo y moderado, así como las familias extendidas riesgo bajo. Los que no tenían pareja, mayor proporción de riesgo moderado.

Para la cocaína, la mayor proporción de riesgo bajo se da en las familias extendidas y en los que tenían pareja. En cambio, tenían mayor proporción de riesgo moderado los hogares con un progenitor e hijos y los que no tenían pareja.

Tabla N° 15. Sustancias psicoactivas por riesgo según tipo de hogar y pareja

Nivel de riesgo por sustancia según ASSIST 3.0		Tipo de hogar ¹					Tenía pareja, conviviente o no	
		Unipersonal (N=41-43)	Pareja sin hijos (N=63)	Pareja e hijos (N=284-286)	Un progenitor e hijos (N= 62-63)	Familiar extendido (N= 140-142)	Sí (N=439-443)	No (N= 145-147)
Tabaco	Sin consumo	30,2%	47,6%	36,3%	30,6%	30,7%	35,3%	35,2%
	Riesgo bajo	11,7%	19,0%	21,4%	16,2%	15,0%	19,1%	17,2%
	Riesgo moderado	58,1%	33,4%	42,3%	53,2%	54,3%	45,6%	47,6%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Alcohol	Sin consumo	34,1%	39,7%	27,0%	31,7%	28,9%	28,3%	33,8%
	Riesgo bajo	51,3%	54,0%	66,0%	58,8%	59,8%	63,6%	55,2%
	Riesgo moderado	14,6%	6,3%	7,0%	9,5%	11,3%	8,1%	11,0%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Cannabis	Sin consumo	66,7%	77,8%	76,2%	77,8%	60,6%	73,1%	69,2%
	Riesgo bajo	21,4%	15,9%	12,9%	9,5%	26,0%	17,2%	15,0%
	Riesgo moderado	11,9%	6,3%	10,9%	12,7%	13,4%	9,7%	15,8%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Anfetaminas	Sin consumo	88,1%	92,1%	88,8%	82,5%	84,6%	87,8%	86,4%
	Riesgo bajo	9,5%	4,7%	6,3%	3,2%	7,7%	7,0%	4,1%
	Riesgo moderado	2,4%	3,2%	4,9%	14,3%	7,7%	5,2%	9,5%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Tranquilizantes	Sin consumo	92,9%	92,1%	93,3%	79,4%	86,7%	90,7%	87,1%
	Riesgo bajo		1,6%	4,9%	11,1%	7,7%	5,9%	5,4%
	Riesgo moderado	7,1%	6,3%	1,8%	9,5%	5,6%	3,4%	7,5%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Cocaína	Sin consumo	90,5%	95,2%	93,3%	92,1%	88,8%	91,9%	92,5%
	Riesgo bajo	4,7%	4,8%	3,5%	1,6%	9,8%	5,8%	3,4%
	Riesgo moderado	4,8%		3,2%	6,3%	1,4%	2,3%	4,1%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

¹ No se registran en esta Tabla los 2 casos de encuestados con tipo de hogar Familiar compuesto y 2 con Multipersonal no familiar, que presentaron para tabaco un "riesgo moderado", para alcohol "riesgo bajo", para cannabis los primeros sin consumo, y uno de bajo riesgo de los dos que provienen del hogar Multipersonal no familiar. Ninguno de los 4 casos presentan consumo de anfetaminas, ni tranquilizantes, ni cocaína.

La siguiente tabla analiza las variables de apoyo social y situación laboral.

Los que tenían apoyo social alto tenían mayor proporción de bajo riesgo para el tabaco, mientras que los que tenían apoyo social medio tenían mayor proporción de riesgo moderado. Los desocupados tenían menor proporción de los que no lo consumen, y junto con los inactivos mayor proporción de bajo riesgo, aunque claramente los desocupados tenían mayor proporción de riesgo moderado.

Los inactivos tenían mayor proporción de los que no consumen alcohol, los que tenían trabajo y los desocupados, así como los que tenían apoyo social alto tenían bajo riesgo en mayor proporción. El riesgo moderado para el alcohol se concentra en los que tenían apoyo social medio y en los desocupados.

El cannabis muestra una distribución interesante en cuanto al apoyo social, ya que los que tenían más bajo apoyo tenían menos consumo, los que tenían apoyo alto tenían mayor proporción de riesgo bajo y el riesgo moderado se concentra en los que tenían apoyo social medio. Los desocupados como en el consumo de alcohol y tabaco, tenían también mayores proporciones de riesgo bajo. Los desocupados y los que integran la categoría changuista/temporario/cartonero, tenían una mayor proporción de riesgo moderado para el cannabis, para los tranquilizantes y para la cocaína.

Para las anfetaminas las personas con apoyo social medio tenían una mayor proporción de riesgo moderado y los desocupados una mayor proporción de bajo riesgo.

Los tranquilizantes concentran mayor proporción de riesgo moderado entre los que tenían bajo apoyo social y más alto porcentaje de no consumo entre los que tenían apoyo social alto. El mayor porcentaje de bajo riesgo se dio entre los desocupados.

En cuanto a la cocaína, las mayores proporciones para el bajo riesgo se concentran entre los que tenían apoyo social medio y alto y los que tenían trabajo, así como entre los que integran la categoría changuista/temporario/cartonero. En el riesgo moderado es mayor el porcentaje de los que tenían apoyo social medio y bajo.

Tabla N° 16. Sustancias psicoactivas por riesgo según apoyo social y situación laboral

Nivel de riesgo por sustancia según ASSIST 3.0		Apoyo social			Situación laboral			
		Bajo (N=48-50)	Medio (N=120-121)	Alto (N=427-431)	Tenía trabajo (N= 341-343)	"Changuis ta/Temporario/Cartonero" (N= 75-76)	Inactivo (N=156-157)	Desocupado (N=23-24)
Tabaco	Sin consumo	34,0%	30,0%	36,3%	34,5%	38,2%	37,6%	8,7%
	Riesgo bajo	14,0%	12,5%	20,4%	18,9%	5,2%	22,9%	21,7%
	Riesgo moderado	52,0%	57,5%	43,3%	46,6%	56,6%	39,5%	69,6%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Alcohol	Sin consumo	35,4%	27,3%	29,5%	25,4%	29,3%	40,4%	21,7%
	Riesgo bajo	56,3%	55,3%	64,0%	64,7%	62,7%	53,8%	65,3%
	Riesgo moderado	8,3%	17,4%	6,5%	9,9%	8,0%	5,8%	13,0%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Cannabis	Sin consumo	84,0%	71,1%	70,9%	70,6%	69,3%	79,0%	58,3%
	Riesgo bajo	6,0%	13,2%	18,9%	19,0%	13,4%	12,1%	25,0%
	Riesgo moderado	10,0%	15,7%	10,2%	10,4%	17,3%	8,9%	16,7%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Anfetaminas	Sin consumo	88,0%	85,1%	87,9%	87,2%	84,2%	89,8%	87,5%
	Riesgo bajo	6,0%	5,0%	6,8%	6,1%	9,2%	4,5%	12,5%
	Riesgo moderado	6,0%	9,9%	5,3%	6,7%	6,6%	5,7%	
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Tranquilizantes	Sin consumo	81,6%	84,2%	92,6%	92,7%	80,3%	90,4%	78,3%
	Riesgo bajo	6,2%	6,6%	5,3%	4,4%	10,5%	5,1%	13,0%
	Riesgo moderado	12,2%	9,2%	2,1%	2,9%	9,2%	4,5%	8,7%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Cocaína	Sin consumo	91,8%	86,8%	93,5%	93,0%	86,8%	93,6%	82,6%
	Riesgo bajo	2,1%	5,8%	5,3%	5,5%	6,6%	3,9%	4,4%
	Riesgo moderado	6,1%	7,4%	1,2%	1,5%	6,6%	2,5%	13,0%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

La siguiente tabla analiza las variables nivel educativo y cobertura en salud.

En cuanto al tabaco la mayor proporción de los que no lo consumen o tenían riesgo bajo se asocia con el nivel alto de educación y con la cobertura privada en salud o la de obra social y privado. En cambio, el riesgo moderado se concentra en los que tenían nivel bajo y medio de educación, los que tenían cobertura pública o pública y de obra social.

En el caso del alcohol la mayor proporción de los que tenían cobertura privada no lo consumen, tenían bajo riesgo en mayor proporción los que tenían cobertura pública y de obra social, y nivel medio y alto de educación. El riesgo moderado se concentra también en los que tenían nivel educativo medio y alto, y cobertura pública.

Para el cannabis la mayor proporción de los que no lo consumen se concentra en los de bajo nivel de educación y los que tenían cobertura de obra social, mientras que tenían bajo riesgo y riesgo moderado en mayor proporción los que tenían un nivel medio de educación. Los que tenían solo cobertura pública y privada concentran más porcentaje de riesgo moderado.

Las anfetaminas no son consumidas principalmente por los de bajo nivel de educación y por los que tenían cobertura pública y de obra social, mientras el bajo riesgo se concentra entre los que tenían obra social y privado y hay mayor proporción con riesgo moderado entre los que tenían nivel alto de educación, cobertura solo pública y solo privada.

Los tranquilizantes no fueron consumidos por los que tenían cobertura privada, mientras que el riesgo bajo y el moderado se concentró entre los que tenían cobertura pública o pública y de obra social. Tuvieron mayor proporción de riesgo bajo los que tenían nivel de educación medio y mayor riesgo moderado los que tenían nivel de educación bajo.

Para la cocaína, el riesgo bajo se observó principalmente entre los que tenían nivel medio de educación, cobertura de obra social o pública y de obra social. El riesgo moderado también se encontró en los que tenían nivel medio de educación y cobertura pública de salud.

Tabla N° 17. Sustancias psicoactivas por riesgo según nivel educativo y cobertura en salud

Nivel de riesgo por sustancia según ASSIST 3.0		Nivel educativo ¹			Cobertura en salud ²				
		Bajo (N=149-152)	Medio (N=304-305)	Alto (N=135-137)	Público (N= 228-229)	Obra Social (N=190-192)	Privado (N=33-34)	OS y privado (N=51-52)	OS y público (N=80-81)
Tabaco	Sin consumo	37,7%	30,9%	41,5%	32,3%	40,5%	48,5%	33,3%	27,2%
	Riesgo bajo	13,3%	18,1%	23,0%	13,5%	18,9%	12,1%	31,4%	21,0%
	Riesgo moderado	49,0%	51,0%	35,5%	54,1%	40,6%	39,4%	35,3%	51,8%
	Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Alcohol	Sin consumo	42,3%	24,3%	27,0%	27,2%	32,8%	47,1%	26,9%	25,0%
	Riesgo bajo	50,3%	66,2%	63,5%	61,4%	59,9%	47,0%	65,4%	68,7%
	Riesgo moderado	7,4%	9,5%	9,5%	11,4%	7,3%	5,9%	7,7%	6,3%
	Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Cannabis	Sin consumo	85,4%	63,9%	73,7%	66,8%	77,6%	73,5%	71,2%	76,5%
	Riesgo bajo	7,9%	21,7%	16,1%	17,5%	15,6%	11,8%	23,0%	12,4%
	Riesgo moderado	6,7%	14,4%	10,2%	15,7%	6,8%	14,7%	5,8%	11,1%
	Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Anfetaminas	Sin consumo	93,4%	85,9%	83,9%	85,2%	89,6%	88,2%	82,7%	91,4%
	Riesgo bajo	1,3%	7,5%	8,8%	6,1%	5,2%	2,9%	13,5%	7,4%
	Riesgo moderado	5,3%	6,5%	7,3%	8,7%	5,2%	8,8%	3,8%	1,2%
	Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Tranquilizantes	Sin consumo	90,0%	89,2%	92,7%	83,4%	94,8%	97,1%	96,2%	90,1%
	Riesgo bajo	4,0%	7,2%	3,7%	8,3%	3,1%	2,9%		8,7%
	Riesgo moderado	6,0%	3,6%	3,6%	8,3%	2,1%		3,8%	1,2%
	Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Cocaína	Sin consumo	94,0%	89,5%	94,9%	90,4%	92,7%	100,0%	96,2%	88,9%
	Riesgo bajo	3,4%	6,9%	3,6%	3,9%	6,3%		3,8%	8,6%
	Riesgo moderado	2,6%	3,6%	1,5%	5,7%	1,0%			2,5%
	Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

¹ No se registra en esta Tabla el caso de una sola mujer que se formó en una escuela especial, y que tuvo "bajo riesgo" para tabaco, alcohol anfetaminas, y nunca consumió cannabis, cocaína, ni tranquilizantes.

² No se registran en esta Tabla 10 casos que correspondían a la categoría de cobertura de salud público y privado y otros 3 casos que correspondían a la categoría obra social, privado y público.

11.2.d) Salud mental y violencia de género

La muestra de Lanús estuvo conformada por un total de 317 mujeres. Un tercio de las mujeres encuestadas, el 33,8% (107) refirió algún tipo de violencia física o sexual para eventos desde los 16 años de edad a la actualidad y el 7,3% (23) para eventos en los últimos 12 meses. Esta prevalencia es menor que la hallada en el “Estudio sobre violencias contra la mujer” realizado por el Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación².

Como en ese estudio, definimos la violencia de género como: “cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico, tanto en el ámbito público como en el privado y tenga lugar dentro de la familia o unidad doméstica, comparta el agresor o haya compartido el mismo domicilio que la mujer, en cualquier otra relación interpersonal o haya ocurrido dentro de la comunidad y sea perpetrada por cualquier persona o por el Estado y sus agentes, incluyendo violación, abuso sexual, tortura, trata de personas, prostitución forzada, secuestro y acoso sexual en lugares de trabajo, instituciones educativas, establecimientos de salud o cualquier otro lugar donde quiera que ocurra” (Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación, 2015). Esta definición contempla tres dimensiones de la violencia: física, sexual y psicológica, que se manifiestan en diferentes formas o tipos de violencia de las que pueden ser víctimas las mujeres, y que fueron medidas como tales en el cuestionario.

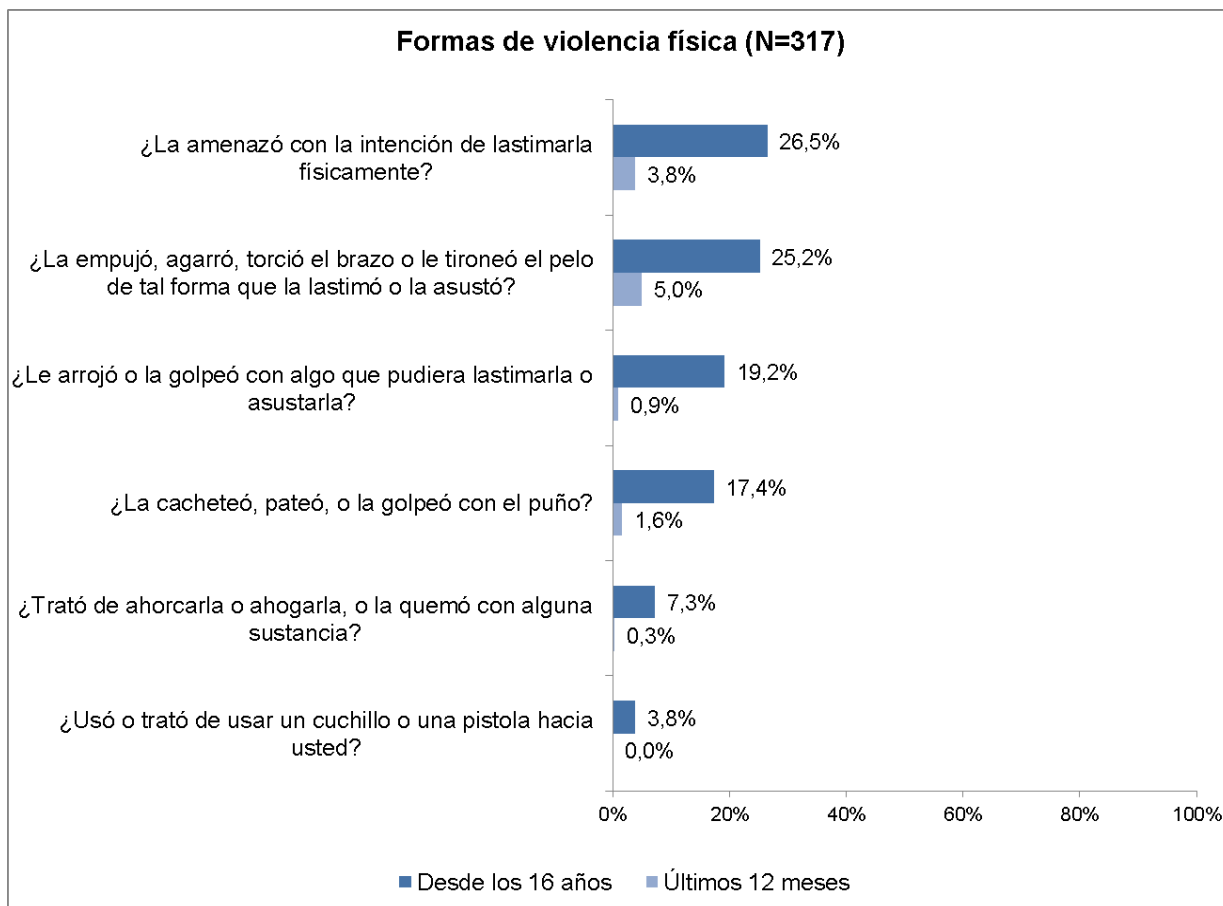
- **Violencia física**

Las formas de violencia física ocuparon el segundo lugar de ocurrencia; el 32,5% (103) fueron víctimas de violencia física alguna vez en su vida, mientras que el 6,9% (22) lo fue durante el último año. Las formas de la violencia física más frecuentes, tomando en cuenta la prevalencia de vida, fueron las amenazas con intención de lastimar físicamente (26,5% -84-) y los empujones, sujeciones, torsiones de brazos y tiradas de pelo (25,2% - 80-).

² Este estudio, cuyo objetivo fue generar datos comparables entre países, en Argentina se aplicó a una población de 1221 mujeres de 18 a 69 años y la técnica de recolección de datos utilizada fue la encuesta telefónica (sistema CATI).

Tanto en este gráfico como en los siguientes la comparación se realiza sobre el total de las 317 mujeres, considerando las mujeres que contestaron positivamente acerca de los eventos relevados.

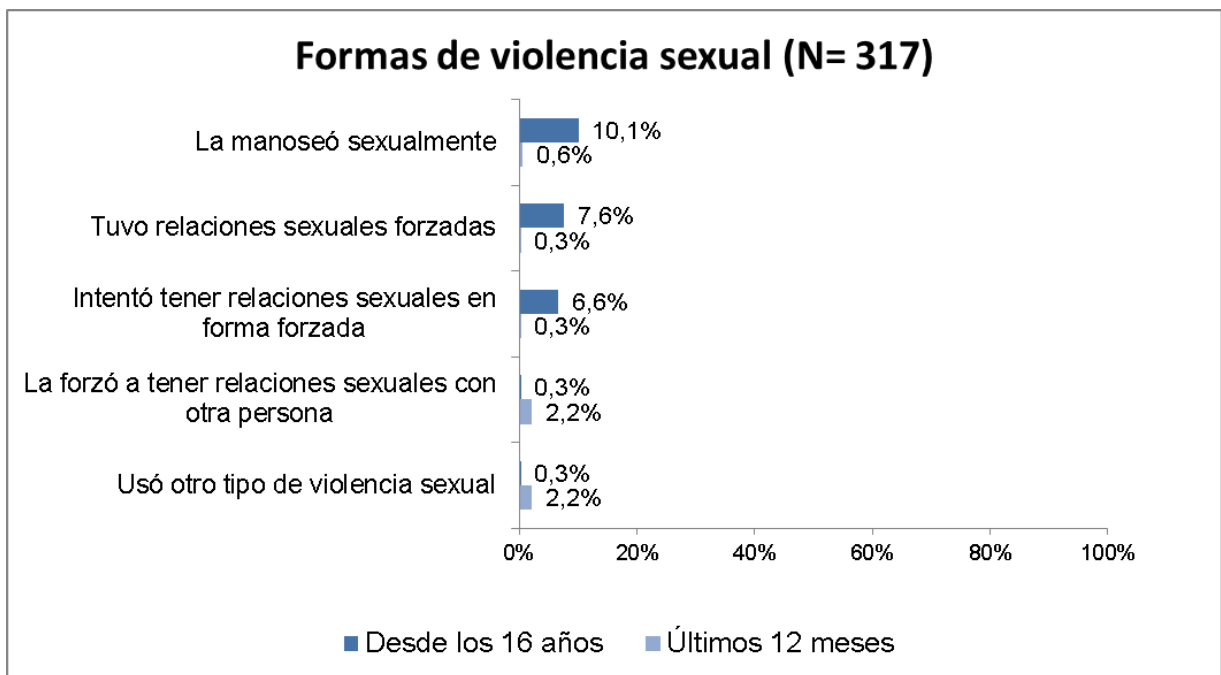
Gráfico N° 10



- **Violencia sexual**

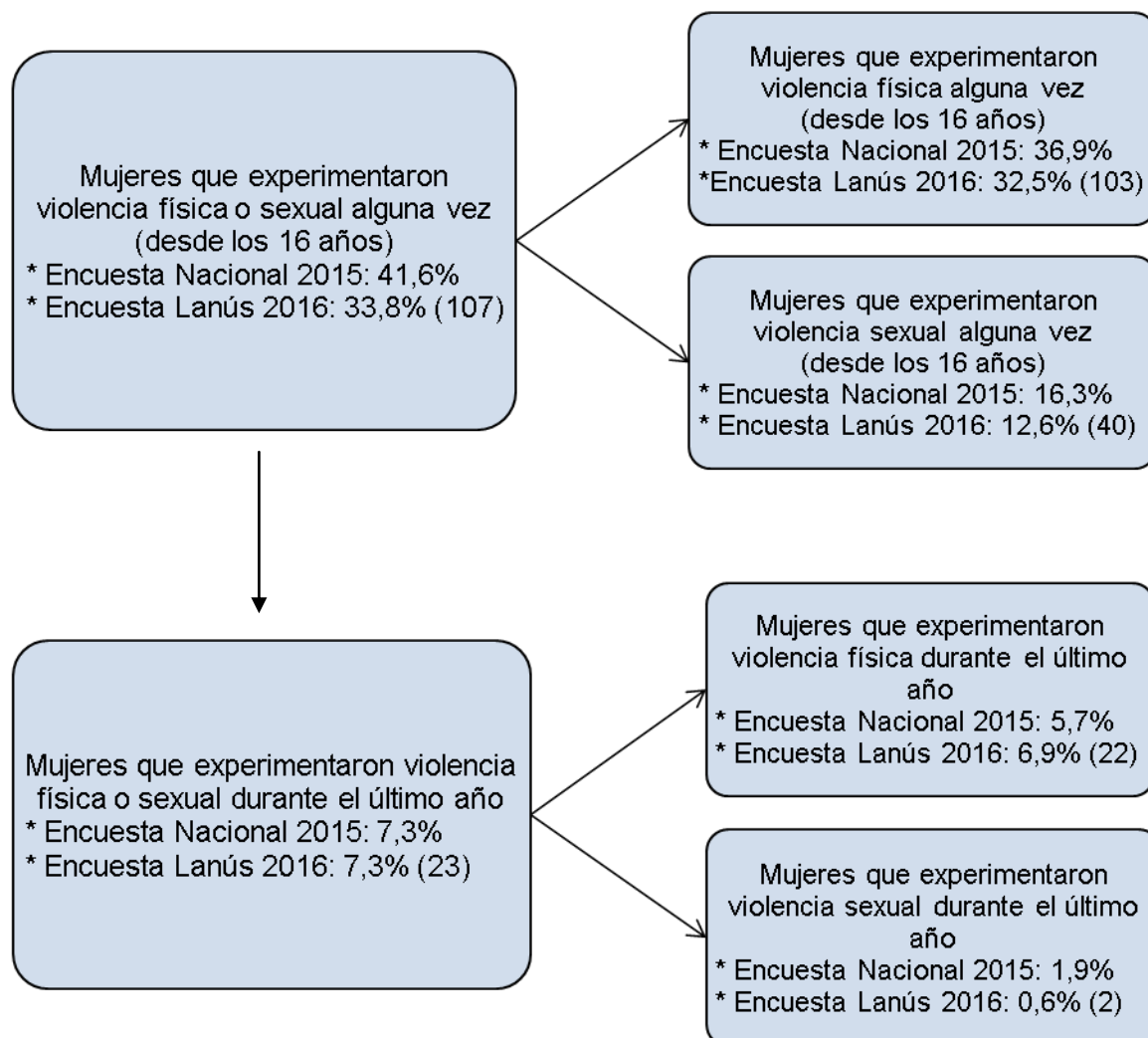
Comparativamente, las formas de la violencia de género de menor prevalencia fueron las sexuales; 12,6% (40) de las mujeres padecieron alguna vez en la vida esta modalidad de la violencia en alguna de sus formas. Las más frecuentes considerando prevalencia de vida fueron el "*manoseo sexual sin consentimiento*" (10,1% -32-) seguido de las relaciones sexuales forzadas (7,6% -24-) y el intento de tener relaciones sexuales forzadas (6,6% -21-).

Gráfico N° 11



Hasta aquí presentamos la prevalencia de las formas de violencia distinguiendo la violencia física y sexual, tanto “desde los 16 años” como durante los “últimos 12 meses”, en la muestra de mujeres de Lanús Oeste y Monte Chingolo. A continuación se presenta esa información resumida y comparada con el estudio del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación (2015).

Tabla Nº 18. Datos comparativos entre el estudio del Ministerio de Justicia (2015) y la muestra de Lanús.



- **Violencia de género y localidad**

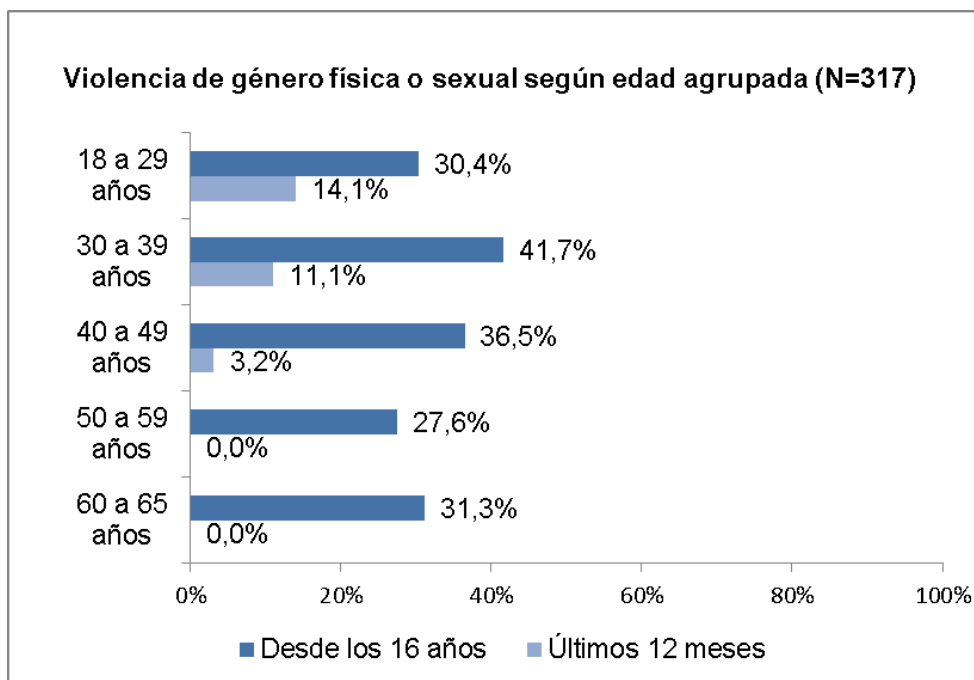
Al analizar la frecuencia de mujeres víctimas de violencia de género según localidad encontramos que Lanús Oeste registra un mayor nivel de víctimas (38,2% -78-) que Monte Chingolo (25,7% -29-), más cercano al total nacional que asciende al 41,6%.

Esta diferencia entre localidades puede deberse a un subregistro en los datos relevados en Monte Chingolo. En la realización de encuestas en Monte Chingolo hubo una alta participación de encuestadoras residentes allí que conocían a muchas de las mujeres habitantes de esa misma localidad, situación que suponemos puede haber provocado entre las mujeres cierto pudor y reserva al momento de declarar eventos de esta naturaleza a un miembro conocido de su comunidad.

- **Violencia de género y edad**

Se observó que la edad es un factor relevante de victimización: hay más mujeres víctimas de violencia de género física y sexual entre las más jóvenes. En el siguiente gráfico se observa la variación de la prevalencia de violencia en cada uno de los segmentos de edad.

Gráfico N° 12



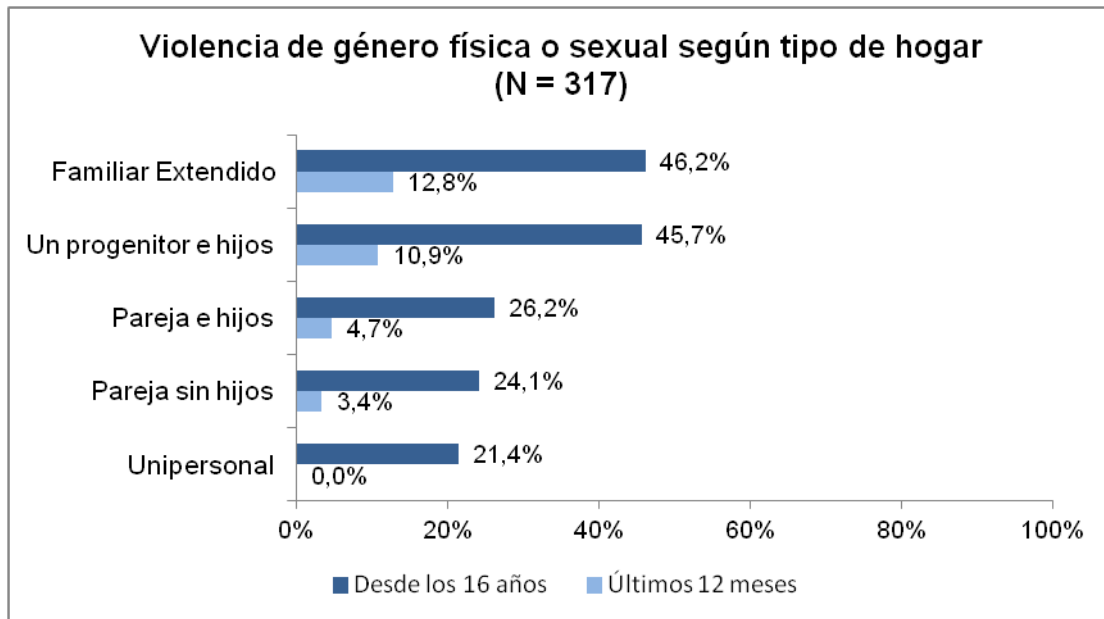
Cabe señalar que cuando se analizan los datos “Desde los 16 años” hay que tener en cuenta que las mujeres de mayor edad pueden estar reportando eventos de cuando eran más jóvenes. Aclarado este aspecto, se consigna que las mujeres de 30 a 39 años reportaron el mayor nivel de victimización 41,7% (30); mientras que las de 50 a 59 años reportaron el menor nivel de victimización en el periodo “desde los 16 años” 27,6% (16).

Los datos obtenidos son consistentes en comparación con los registros nacionales del “Estudio sobre violencias contra la mujer” (2015) según el cual el mayor porcentaje de mujeres víctimas de violencia física o sexual se concentra en la franja etaria de 18 a 29 años (15,7%) y disminuye a medida que la edad aumenta (6,7% entre mujeres de 30 a 39 años, 5,2% entre mujeres de 40 a 49 años, 1% entre mujeres de 50 a 59 años y 1% entre mujeres de 60 a 69 años).

- **Violencia de género y tipo de hogar**

Las mujeres que viven en hogares familiares extendidos y en hogares con hijos pero sin presencia paterna fueron víctimas de violencia de género en mayor medida que aquellas que viven en otro tipo de hogares³. Se observan en el gráfico N° 13 la prevalencia de violencia de género según tipo de hogar.

Gráfico N° 13



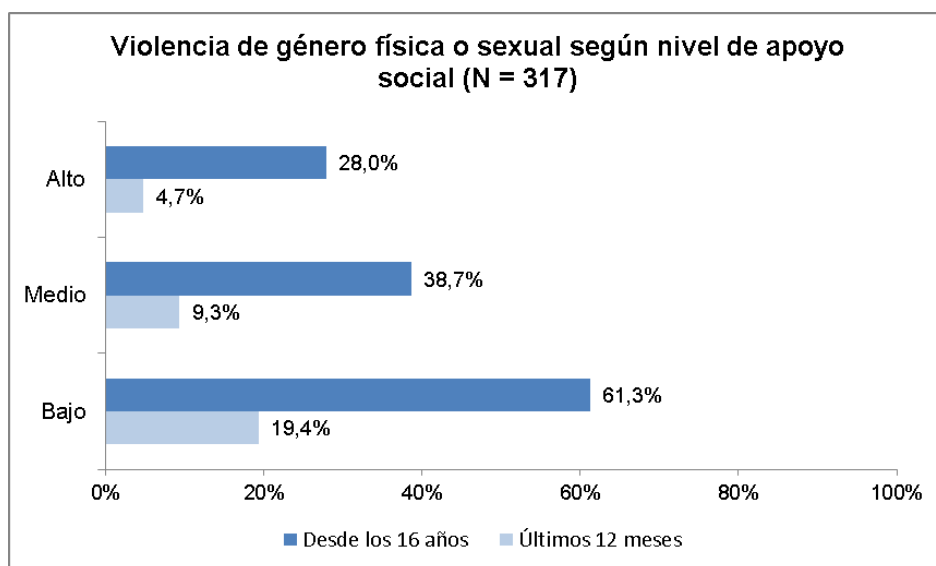
Por otra parte, cabe aclarar que el hecho de que tengan o no tengan pareja actualmente (sea o no conviviente) no se asocia con haber sido víctimas de violencia de género, tanto en prevalencia de vida como en el último año.

- **Violencia de género y apoyo social**

El nivel de apoyo social recibido (medido en términos materiales, afectivos, emocionales y de ocio/distracción) es un elemento relevante de victimización. Así, las mujeres con bajo apoyo social reportaron mayores niveles de violencia de género que las que tuvieron más apoyo social. El gráfico consigna esta asociación que se evidencia “desde los 16 años” y durante los “últimos 12 meses”.

³ No se registra en el gráfico el caso único de una mujer que vive en un hogar familiar compuesto y fue víctima de violencia de género desde los 16 años.

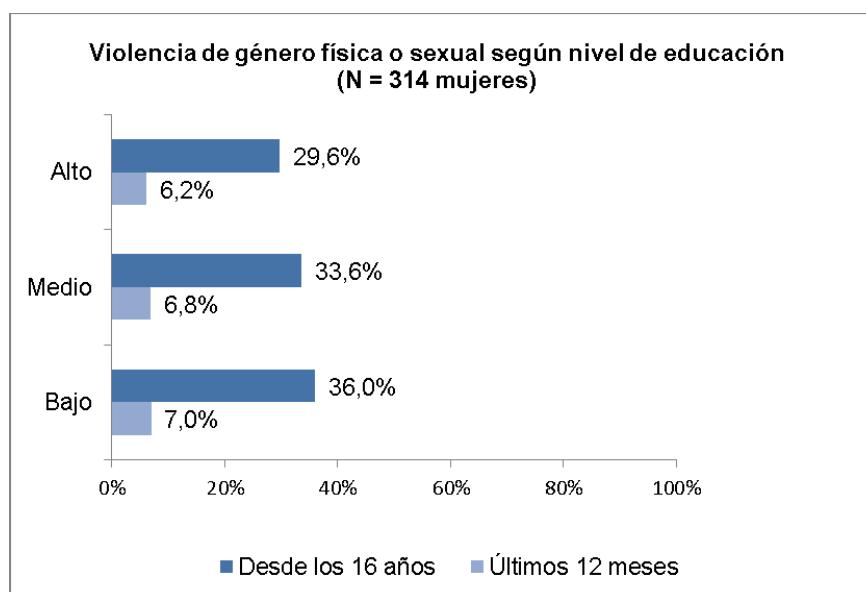
Gráfico N° 14



- **Violencia de género y nivel educativo**

Respecto del nivel de educación, no hay evidencia contundente que indique que este sea un factor que incida significativamente en la ocurrencia de episodios de violencia de género física o sexual (Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación, 2015). De modo que, frente a la creencia de que las mujeres de bajo nivel educativo son más susceptibles de ser víctimas de este tipo de violencia, los resultados de nuestro estudio desmienten tal supuesto de acuerdo con los datos del siguiente gráfico.

Gráfico N° 15

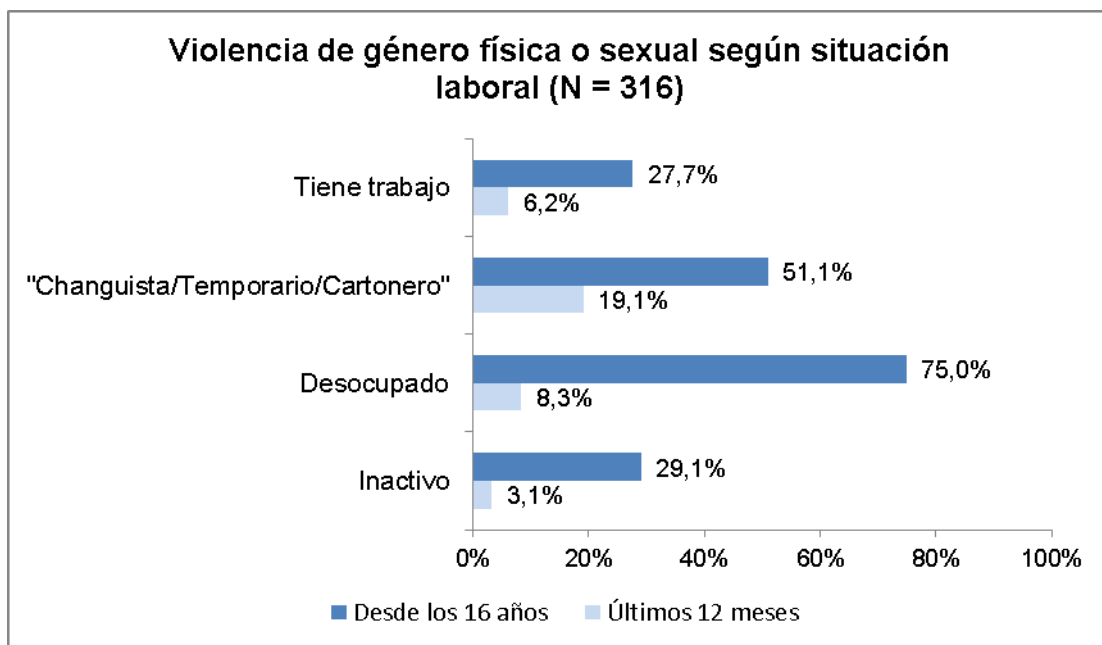


No se registra en el gráfico el caso único de una mujer que asistió a instituciones de Educación Especial y fue víctima de violencia de género durante el último año.

- **Violencia de género y situación laboral**

De acuerdo a los datos del gráfico se observa una asociación que indica una mayor ocurrencia de eventos de violencia de género en mujeres cuya situación laboral es más precaria e inestable -desocupadas, changuistas, trabajadoras temporarias y cartoneras- que en aquellas con una situación laboral más estable -dueña de comercio o negocio, empleada en trabajo fijo o trabajadora por su cuenta-. Vale aclarar que para el análisis habrá que tener en cuenta -especialmente al observar los datos “desde los 16 años”- que el tipo de hogar en el que residen, el tener o no una pareja, el apoyo social recibido y la situación laboral de las entrevistadas son los informados al momento de la encuesta y reflejan situaciones que pudieron haber cambiado respecto del periodo en que ocurrieron los episodios de violencia de género padecidos.

Gráfico N° 16.



- **Violencia de género y cobertura en salud**

En relación a la cobertura en salud se pone de evidencia el papel relevante del sistema público entre las víctimas de violencia de género: el 43,8% (56) de las que cuentan con el Sistema Público de salud sufrieron violencia física o sexual alguna vez en su vida porcentaje que duplica al 20,4% (20) de victimización entre las que tienen obra social.

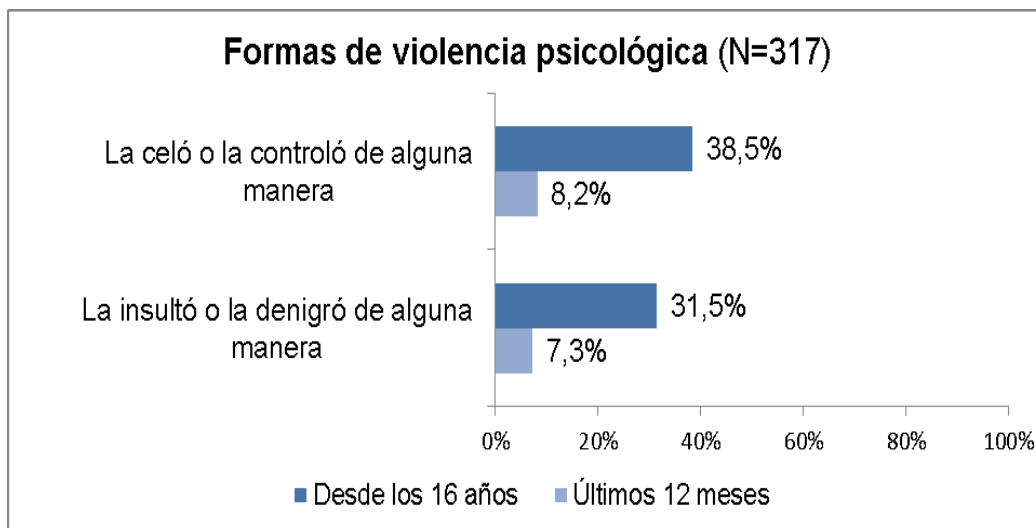
- **Violencia psicológica**

Hasta acá hemos descripto la ocurrencia de eventos de violencia física o sexual y las formas en que se manifiestan.

Otro tipo de expresión de la violencia es la violencia psicológica, que suele ser la menos indagada, tiende a estar más naturalizada en las relaciones de pareja y a pasar más desapercibida (Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación, 2015).

Se observó que este tipo de violencia es la más extendida y alcanza al 43,2% (137) de las mujeres encuestadas que fueron víctimas desde los 16 años, y al 9,8% (31) durante los últimos 12 meses. En el gráfico N° 17 se presentan las formas en las que se midió este tipo de violencia y su frecuencia de ocurrencia desde los 16 años y en el último año.

Gráfico N° 17



- **Descripción de los episodios de violencia de género durante el último año**

En el análisis que sigue, se describen las características de los episodios de violencia padecidos durante el último año. Hemos considerado los tres tipos de violencia en forma conjunta y para ello hemos sumado los casos de las mujeres que fueron víctimas de violencia física y/o sexual y/o psicológica. Sobre este grupo, constituido por 39 mujeres, se indagaron otros datos de relevancia como la relación con el victimario, las circunstancias en las que fueron victimizadas, la percepción de gravedad de los episodios y las acciones llevadas a cabo.

El 35,9% (14) declaró que los hechos de violencia fueron cometidos por su esposo/pareja actual o novio actual, principalmente el esposo/pareja: 30,8% (12), mientras que el 43,6% (17) reportó que fue el esposo/pareja anterior o el novio anterior. Así, en el 79,5% (31) de los casos la violencia fue ejercida por una pareja actual o ex pareja. Dentro del ámbito familiar, el 5,1% (2) reportó violencia por otro pariente. El 12,8% (5) informó que el victimario fue un extraño o desconocido mientras que una mujer informó haber sido víctima de un hombre conocido pero ajeno al círculo familiar.

El 35,9% (14) de las mujeres reportó que alguno de los hijos convivientes estuvo presente durante el episodio de violencia.

El lugar en el que ocurrieron los hechos fue mayormente la casa de la víctima 47,6% (20), mientras que en el 16,7% (7) de los casos se informó que el hecho ocurrió en la casa del victimario. El 19,0% (8) reportó que fueron víctimas de violencia de género en la calle mientras que el 7% (3) en bares o discotecas. Otros lugares de ocurrencia de estos episodios mencionados fueron la casa de otra persona, el trabajo y la escuela, lugares reportados por una mujer en cada caso.

La gran mayoría de las mujeres (76,9% -30-) que fueron víctimas de violencia en el último año hablaron sobre los episodios de violencia sufridos con alguna otra persona. Los miembros de la familia fueron las personas con quienes más hablaron: el 28,2% (11) eran familiares convivientes y el 23,1% (9) eran familiares no convivientes. Los amigos y vecinos también fueron señalados como personas relevantes, el 35,9% (14) de las mujeres hablaron sobre el episodio con alguno/s de ellos. El 10,3% (4) compartieron el hecho con personas del ámbito laboral o del lugar de estudio. Fuera del ámbito más cercano, 15,4% (6) recurrieron a psicólogos y/o psiquiatras, mientras el 5,1% (2) hablaron del episodio con líderes religiosos, el 2,6% (1) con médicos o enfermeras, y el 2,6% (1) con otro tipo de persona. El 15,4% (6) de las mujeres no habló del hecho con ninguna persona.

Se les preguntó a las mujeres si el victimario había consumido alcohol o drogas en el momento del incidente. El 33,3% (13) contestó que había consumido alcohol y el 28,2% (11) que había consumido alcohol y drogas, por lo que el 61,5% (24) reportó consumo de alcohol en los episodios de violencia. Un 28,2% (11) de las mujeres declararon que el victimario no había consumido ninguna de estas sustancias al momento del incidente.

Como consecuencia de la violencia sufrida el 22,2% (8) de las mujeres informaron que fueron heridas físicamente.

También se incluyeron preguntas que permitieron indagar acerca de la percepción de gravedad de los hechos de violencia por parte de las mujeres víctimas. Así, el 15,4% (6) sintió que su vida corría peligro durante estos episodios. El 23,1% (9) calificó el episodio de violencia como "*Muy grave*" mientras que el 28,2% (11) estimó que fue "*Algo grave*". Casi la mitad, 46,2% (18), consideró que fue "*Algo no muy grave*".

Desde el punto de vista de lo que podría considerarse una expectativa de reparación o justicia, el 18,4% (7) estimó que los episodios constituyeron "*un delito*" mientras que el 31,6% (12) consideró que fue "*algo grave pero no un delito*". Casi la mitad, 47,4% (18) evaluó los episodios como "*algo que sólo sucedió*".

En este contexto, el 12,8% (5) de las mujeres realizó la denuncia, de ese porcentaje 2 mujeres informaron que tales denuncias finalizaron con condena judicial, 1 que no produjeron una condena judicial, en un caso el proceso judicial continuaba al momento de realizar la encuesta y en otro caso no sabía en qué situación judicial estaba.

11.2.e) La perspectiva de los padres/madres sobre la salud mental de sus hijos

La muestra de niños se configuró seleccionando a los hijos de las personas encuestadas cuyas edades oscilasen entre 6 y 12 años de edad al momento de la realización de este estudio, conformándose una muestra de 159 niños, siendo la media y la mediana de 9 años y el modo de 12 años.

- **Sexo y configuración familiar**

Aproximadamente la mitad de los niños fueron mujeres 52,2% (83) y la otra mitad varones 47,8% (76). Dicha proporción resultó similar a la de la población de 6 a 12 años del partido de Lanús y que está constituida por un 51% de varones y un 48,9% de mujeres (INDEC, 2010).

En relación a la configuración familiar, el 74,9% (130) de los niños referidos vivía en hogares biparentales, es decir con su madre y con su padre, independientemente de que también convivan otros parientes.

El resto de los niños, que conforman una cuarta parte de la muestra (25,1%) vivía en hogares monoparentales, o sea con uno de los progenitores, que sólo en un caso fue el padre.

Gráfico Nº 18



- **Nivel educativo**

Los padres reportaron que la totalidad de los niños asistía a la escuela. El 54,4% (86) a una escuela pública, el 43,7% (69) a una escuela privada y el 1,9% (3) a una escuela especial. El 5,1% (8) de la muestra de niños repitió una sola vez algún año de la escuela.

- **Situaciones de violencia**

En relación a datos obtenidos sobre exposición de los niños entre 6 y 12 años a situaciones de violencia física y/o psicológica se visibilizó en los resultados que esta problemática se destaca por sobre el resto de los temas indagados.

Ante la pregunta: *“En los últimos 12 meses, ¿su hijo/a pasó por alguna situación de maltrato físico (fue golpeado/a, pateado/a, le torcieron el brazo o lo lastimaron)?”*, el 8,2% (13) de los encuestados refirió que su hijo pasó por situaciones de violencia. En 9 de los casos reportados las situaciones de violencia física mencionadas ocurrieron en contexto de peleas entre pares. En 4 casos se señalaron situaciones de maltrato físico por parte de familiares siendo mencionados dos hermanos, un padre *“porque se escapó con otros chicos y lo encontraron a la noche”* y un abuelo *“no hacen caso, solo a su abuelo porque les pega. Solo así hacen caso”*.

Respecto de la violencia psicológica, el 14,5% (23) respondió que su hijo pasó por alguna situación de maltrato psicológico -gritos, insultos, amenazas, burlas frecuentes-. En 13 casos se señaló que fue por parte de algún compañero/a del colegio, en 5 que se trató de un familiar, entre los que se mencionó padre y abuelo; y en el resto se trató de otros pares -vecinos/chicos del barrio-.

Cuando el maltrato fue ejercido por un adulto, entre los motivos referidos se informó: *“No hace caso, mi marido para no pegarle le grita mucho”*; *“Maltrato verbal. La insulta y desvaloriza además de pegarle físicamente” (el agresor es el padre)*; *“Antes le pegaba hasta con cinturón y ahora lo insulta, le dice que es un tarado” (el agresor es el padre)*.

- **Padecimientos psíquicos en la infancia**

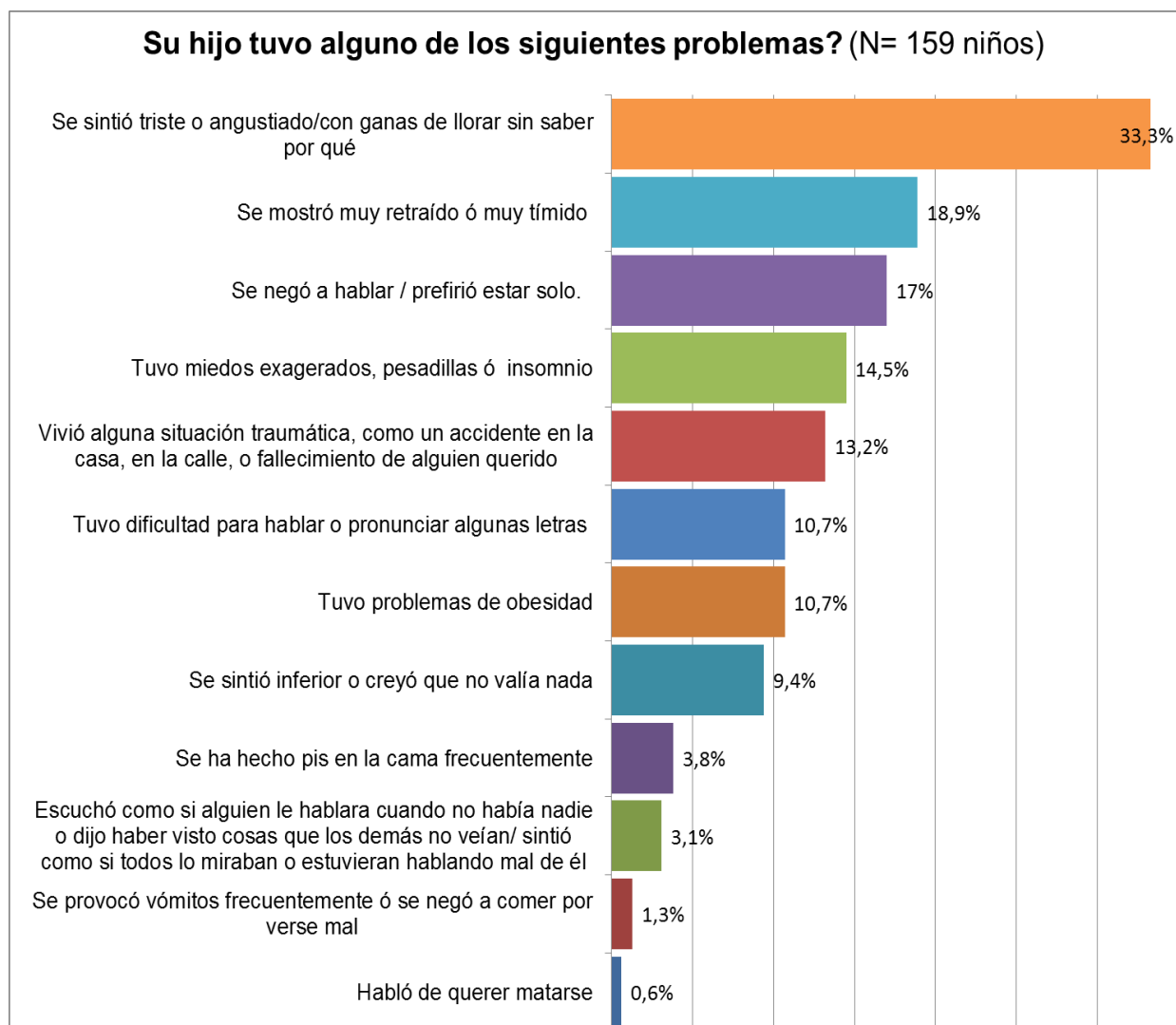
A partir de la percepción de los padres se relevó información sobre ciertos conjuntos de síntomas que permiten dar cuenta de la posible presencia de algún tipo de

padecimiento psíquico en la infancia (en las tareas 2 y 11 se detallan los indicadores utilizados para tal fin).

Así, se indagó sobre la presencia de dificultades en relación al aprendizaje, estados anímicos específicos -como presencia de ideación y conductas suicidas-, sintomatología asociada a trastornos mentales severos, y otro tipo de problemáticas de desarrollo infantil.

En el gráfico N° 19 se observa la información sistematizada de las respuestas obtenidas al conjunto de preguntas sobre estos tipos de sintomatologías.

Gráfico N° 19



En tres casos los padres informaron haber recibido diagnósticos de parte de los profesionales, tales como: "TGD"⁴; "*retraso mental*" y "*retraso madurativo*", que dan cuenta de la presencia de problemáticas específicas de salud mental de mayor nivel de complejidad.

En los tres casos -además del diagnóstico-, se observó como denominador común que desde las instituciones educativas había conocimiento de esta situación. En el ámbito familiar se reportó preocupación por lo relativo a la situación de esos niños.

Otra característica en común mencionada fue la intervención de múltiples profesionales de distintas disciplinas -fonoaudiólogo, musicoterapeuta, psicólogo, psiquiatra, psicopedagoga y/o "maestra especial"- . Sólo en un caso se informó el seguimiento de un tratamiento farmacológico.

Otras dos situaciones que pueden asociarse al padecimiento psíquico fueron los consumos problemáticos de sustancias y las enfermedades crónicas. Con respecto al primero, casi todos (99,4%) respondieron que sus hijos no consumían cigarrillos, marihuana o alcohol.

Un 14% (22) tenía algún problema crónico de salud, según reportaron su padre/madre. Los problemas crónicos de salud más mencionados fueron: los problemas respiratorios (10), de desarrollo infantil (6), los de alergia (4). En menor medida se mencionaron diabetes, miopía, problemas de tiroides y otros.

- **Participación de terceros**

Ante la pregunta: "*En los últimos 12 meses, ¿la/lo citaron de la escuela por algún problema?*", el 19,5% (31) respondió que sí. Entre los principales motivos se mencionaron un número variado de respuestas que se categorizaron de la siguiente forma (Tabla N° 19):

⁴ Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV, por sus siglas en inglés) de la American Psychiatric Association, el Trastorno Generalizado del Desarrollo (TGD) es una alteración grave y generalizada de varias áreas del desarrollo como la interacción social, la conducta y la comunicación. No en todos los casos las personas afectadas manifiestan los mismos síntomas ni en la misma intensidad. Existen cinco categorías de TGD, que forman un continuo y se diferencian unas de otras en el grado de afectación: a) Síndrome Autista; b) Síndrome de Rett; c) Trastorno Desintegrativo de la Infancia; d) Síndrome de Asperger, e) Trastorno Generalizado del Desarrollo No Especificado (TGD-NE), para los casos que no se ajustan del todo a ninguna de las categorías anteriores (DSM-IV, 1995).

Tabla Nº 19. Principales motivos por los que cita la escuela

<i>“¿Con qué tuvo que ver?”</i>		Ejemplos de respuestas	Cantidad de respuestas
Categoría	Subcategoría		
Problemas escolares ^{5*}	Dificultad para concentrarse/realizar la tarea	<i>“Relacionado a problemas de conducta y no copiaba la tarea”. “Es medio distraído. Esta más atrasado que otros nenes”. “Falta de atención en la escuela”.</i>	10
	De aprendizaje*	<i>“Dispersión. Le cuesta interpretar las consignas”. “Por materias bajas”. “Problemas de estudio (notas bajas)”.</i>	5
	De integración al ámbito escolar*	<i>“Contesta y no se queda quieta”. “Muy exaltado y minucioso”.</i>	5
Problemas en el vínculo con los otros	En las relaciones con pares*	<i>“Se peleó con un compañerito, se pelearon en gimnasia cuando jugaban a la pelota”. “Discusión con sus mismos compañeros” “Porque pegaba mucho”.</i>	5
	En las relaciones con otros adultos (maestra, familia)	<i>“Problemas con su maestra de inglés” “Con rebeldía, no respeta a la docente ni las consignas que se plantean en la escuela”.</i>	2
Otros problemas [por los que citaron de la escuela]		<i>“Cuando se separó de su pareja la nena se hizo pis en el colegio” “Dice la maestra que no está en la clase, está ausente y habla poco” [Retraso madurativo]. “La hija tiene TGD entonces debe recurrir para hablar con los terapeutas del colegio” “Separación de padres y violencia de género”.</i>	4

En relación a las situaciones por las que un tercero pudiera alertar, ante la pregunta relativa al ámbito familiar: *“En los últimos 12 meses, ¿un familiar o alguien más mostró preocupación por alguna situación relacionada con alguno de estos hijos?”*, el 16,4% (26) respondió afirmativamente. De los casos en los que algún familiar o alguien más mostró preocupación, en un 32,5% (9) se trató de los abuelos/as, y en algunos casos también alguna comadre, hermana, madre.

⁵Muchas de las categorías y subcategorías elaboradas retoman las clasificaciones utilizadas en la publicación de la investigación: *“La salud mental de niños/as y jóvenes. Descripción y análisis de la población consultante al Servicio de Salud Mental en el Hospital de Niños “Victor J. Vilela”* desarrollada en el Hospital de niños Victor J. Vilela en Rosario. Este estudio que llevó adelante el reconocido equipo de investigación de Cecilia Augsburg, Sandra S. Gerlero y Ariana Dávila en 2012, sistematiza la información acerca de la demanda al servicio de Salud Mental de dicho hospital. En esos casos, las categorías fueron señaladas con un asterisco, y son las siguientes: *problemas escolares, de aprendizaje, de integración al ámbito escolar, en las relaciones con los pares, problemas de desarrollo infantil; y expresiones de padecimiento subjetivo.*

Sobre el total de niños cuyos padres fueron citados en la escuela (31), el 35,5% (11) tuvo también un tercero cercano a la familia que mostró preocupación por alguna situación relacionada con ese niño.

Respecto de los motivos por los que algún familiar mostró preocupación, a los mencionados en la tabla anterior se agregaron motivos de preocupación como problemas de salud en general y de desarrollo infantil, como se observa en la siguiente tabla:

**Tabla Nº 20. Principales motivos
por los que algún familiar mostró preocupación**

“¿Con qué tuvo que ver?”	Ejemplos de respuestas	Cantidad de respuestas
Problemas de salud en general y del desarrollo infantil*	<i>“Por el deporte que practica. Hace hockey y se golpea mucho”</i> <i>“Porque se cayó y estuvo internada”</i> <i>“Es muy gordito y su madrina quiere que baje de peso porque se va a enfermar, él se cocina solo y come lo que quiere”</i> <i>“Problema madurativo”</i> <i>“Miopía”</i> <i>“Preocupación por menstruación”</i>	7
Problemas en el vínculo con otros	<i>“Por problemas del hijo de 20. Drogas”.</i> <i>“Por nervios. Papás separados desde bebés y nacimiento de un hermanito”.</i> <i>“Nacimiento de su hermanito”.</i>	5
Problemas escolares*	<i>“La nena no quería ir a la escuela”.</i> <i>“Con sus avances, hay mucha preocupación pero avanza”.</i>	4
Problemas comportamentales	<i>“Con su actitud estos últimos días, a todo dice que no”.</i> <i>“Con su comportamiento, de conducta (muy agresivo)”.</i> <i>“Conducta de las chicas, en general”.</i>	3
Otros motivos	<i>“Asaltaron la casa de una amiga cuando estaba ella”.</i> <i>“Dice que no está bien de la cabeza”.</i> <i>“No está al tanto”.</i>	3

- **Estrategias de atención de la salud mental de los niños**

En todos los casos en los que se reportara la presencia de algún problema, ya fuera una enfermedad crónica u otro tipo de situación, de violencia o padecimiento psíquico, se indagó acerca de las estrategias de cuidado utilizadas. Aunque las problemáticas descriptas no siempre eran de orden biológico, entre las respuestas obtenidas se señalaron fundamentalmente cuidados de atención médica, como la realización de tratamientos y controles médicos: *“control con el neumonólogo”*; *“llevándolo a hacer los controles y dándole la medicación correspondiente”*. En menor medida, otras

estrategias de cuidado familiares vinculados al acompañamiento: *“ahora que saben de su problema lo cuidan más aunque sea más difícil”*; *“estoy con él todo el tiempo”*.

Al mismo tiempo, el 17,7% (26) de los padres dijo que *“en los últimos 12 meses consultó con algún profesional, o no, de la salud por esos problemas”* que hemos descrito en el apartado anterior. Con un “no profesional” nos referimos a aquellos sujetos que cumplen funciones de atención de la salud aunque no tengan formación académica o una acreditación del Estado, como es el caso de los curanderos, o de los pastores o sacerdotes.

A partir de la información aportada por los padres en relación a la salud en general y salud mental de los niños se indagó: *“¿Por cuál problema consultó?”*. Así, se refirieron a un número variado de motivos de consulta, que se ordenaron en las categorías que se observan en la Tabla N° 21:

Tabla N° 21. Principales motivos de consulta

<i>“¿Por qué problema consultó?”</i>		Ejemplos de respuestas	Cantidad de respuestas
Categoría	Subcategoría		
Problemas escolares*	De aprendizaje*	<i>“Porque no prestaba atención en el colegio”.</i> <i>“Déficit de atención”</i>	3
	Otros problemas escolares	<i>“Desde el colegio pidieron que lo vea una psicopedagoga y psicólogo”.</i> <i>“Por mala pronunciación”.</i>	2
Problemas de salud en general y del desarrollo infantil*		<i>“Consulta por el asma en los últimos 12 meses”.</i> <i>“Tenía muchos mocos, no podía respirar”.</i> <i>“Porque se hace pis encima y la conducta en la escuela”.</i> <i>“Por su problema de maduración”.</i> <i>“Psicopedagogo porque se hacía pis”.</i> <i>“Nutricionista, medica generalista y psicóloga”.</i>	12
Situaciones de padecimiento subjetivo*		<i>“Ansioso por problemas de sobrepeso y tristeza por enfermedad de la abuela”.</i> <i>“Por miedos que tiene al salir a la calle. Por miedo/temor a robos”.</i> <i>“Por violencia y burlas de los compañeros”.</i> <i>“Por burlas de compañero”.</i> <i>“Separación, conflictos con el padre”.</i>	7
Problemas comportamentales		<i>“Psiquiatra por su conducta, no lo puede parar”.</i> <i>“La conducta en la escuela”.</i>	2

Es interesante notar cómo el discurso de algunos padres y madres encuestados se encuentra atravesado por la intervención profesional. Esto se expresa, por ejemplo, en

dos modos distintos de nombrar un mismo problema, de un modo más descriptivo “*Porque no prestaba atención en el colegio*” o bien constituido como un diagnóstico: “*Déficit de atención*”.

Se indagó también “*¿En qué institución/con quién consultó?*”. Esta pregunta combinó en su formulación dos tipos de respuestas posibles, las centradas en el lugar de consulta (institución) y las referidas a la persona con la que consultó (profesional o no). Así, de un total de 26 respuestas obtenidas, el psicólogo fue el profesional más mencionado (7); y seguidamente fueron: pediatra (2), fonoaudiólogo (2); psiquiatra y neurólogo en un mismo caso. Cuando las personas contestaron por el lugar al que se consultó se mencionó centro de salud/salita (5), hospital público (4), prepaga (3), y clínica o consultorio privado (3). En 3 casos se mencionó la escuela como institución en la que se consultó: “*habla en la escuela con las maestras*”.

En la misma línea, se preguntó “*¿Qué tipo de tratamiento hace?*”, sobre un total de 18 respuestas, en primer lugar se mencionaron los controles médicos (8); en segundo lugar, tratamiento psicológico (5); en tercer lugar tratamiento psicopedagógico (2), y otros tratamientos (1).

Cabe destacar que ninguno de los niños que conformaron la muestra tuvo internaciones por salud mental.

En los casos de los encuestados con hijos de entre 6 y 12 años que refirieron no haber realizado consultas, se indagó también “*¿Por qué no consultó?*” (Tabla N° 22). La mayoría (77,6%) respondió no haber consultado porque no lo creyó necesario o no consideró que su hijo tuviera problemas. Entre el resto de las razones más mencionadas, el 6,1% afirmó que no consultó por no considerarlo grave o importante, el 6,1% reportó no tener tiempo, y el 5,1% que prefirió esperar que se resuelva con el tiempo/en familia.

Tabla N° 22. ¿Por qué no consultó?

“¿Por qué no consultó?”	Ejemplos de respuestas	Frecuencia de casos (N=98)
No lo cree necesario/ no considera que su hijo tenga problemas	<p>“<i>Cuando repitió no hizo falta y con el problema de la S le dijeron que no hacía falta que vaya</i>”.</p> <p>“<i>Porque creyó que no era necesario porque se iban a encargar maestras y rectora de la escuela</i>”.</p> <p>“<i>Nunca tuvo problemas</i>”.</p> <p>“<i>No hizo falta, con el tiempo se pasó sin tener mayores problemas</i>”.</p>	77,6%

“¿Por qué no consultó?”	Ejemplos de respuestas	Frecuencia de casos (N=98)
Prefirieron esperar que se resuelva con el tiempo/en familia	<p><i>“Lo charlaron en su casa”.</i></p> <p><i>“Se calmaron las agresiones. Va cuando quiere, no lo obliga”.</i></p> <p><i>“Por ahora lo puede manejar en su casa”.</i></p> <p><i>“No hizo falta, con el tiempo se pasó sin tener mayores problemas”.</i></p>	5,1%
Solucionaron el problema con la escuela	<p><i>“Porque hablo con la maestra y padres del chico”.</i></p> <p><i>“Se habló en el colegio y desde allí solucionaron el problema”.</i></p>	3,1%
No cree que consultar con un profesional la/lo ayudaría	<p><i>“Porque no lo considera, el psicólogo es para locos”.</i></p> <p><i>“No considera que sea problema psicológico”.</i></p>	1%
No lo consideró grave o importante	<p><i>“No lo considera importante, solo va al control del pediatra”.</i></p> <p><i>“No considera que haya problemas graves”</i></p>	6,1%
No tiene tiempo	<p><i>“Porque todavía no tuvo tiempo de sacar el turno”.</i></p> <p><i>“Falta de tiempo e interés”.</i></p>	6,1%
No sabe	<i>“No sé”</i>	1%
Total		100%

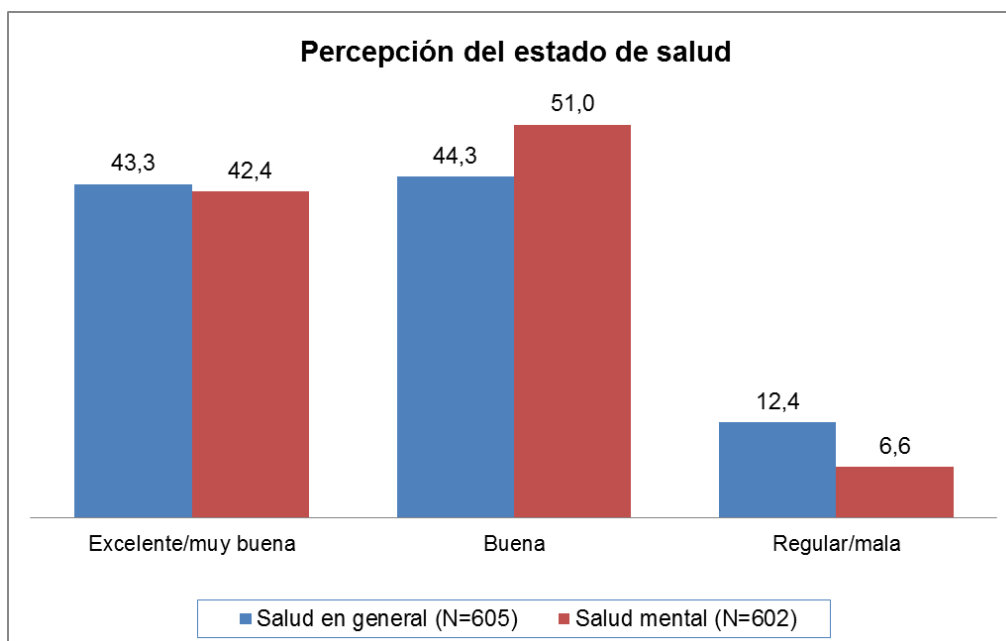
11.2.e) Percepción y estrategias de atención ante los problemas de salud mental

Al considerar la percepción que tenían los entrevistados acerca de su salud, el 12,4% (75) reportó que su salud en general era “regular o mala”. Este porcentaje es menor que el que se relevó en la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo que arrojó en 2013 un 21,2% a nivel nacional y un 23,3% a nivel de la provincia de Buenos Aires (MSAL, 2015).

Al comparar por género, las mujeres de nuestra muestra (15,1% -48-) autoperceben en mayor medida su salud general como “regular o mala” (vs. 9,4% -27- en los varones). Inversamente ellas perciben en menor medida (38,5% -122-) que es “excelente/muy buena” (vs. 48,6% -140- en los varones). Del mismo modo, en la Encuesta de Factores de Riesgo, a nivel nacional, el porcentaje de mujeres que contestaron que su salud era mala o regular fue mayor (23,9%) que los varones (18,3%).

Teniendo en cuenta al nivel educativo de la muestra de Lanús, la categoría de percepción de la salud “regular/mala” fue casi 3 veces mayor en personas con nivel educativo bajo, es decir hasta primario completo (24,3% -152-) en comparación con los de nivel educativo alto (8,7% -12-), que iniciaron nivel universitario, o más.

Gráfico N° 20



De modo más específico, al valorar su propia salud mental, hay una menor proporción (6,6% -40-) que respondió que perciben un estado “regular o malo” de su salud mental (gráfico N° 20). Nuevamente, se observan diferencias en la autopercepción de su salud mental entre las mujeres (7,6% “regular o mala” y 35,8% “excelente/muy buena”) y los varones (5,6% “regular o mala” y 49,7% “excelente/muy buena”).

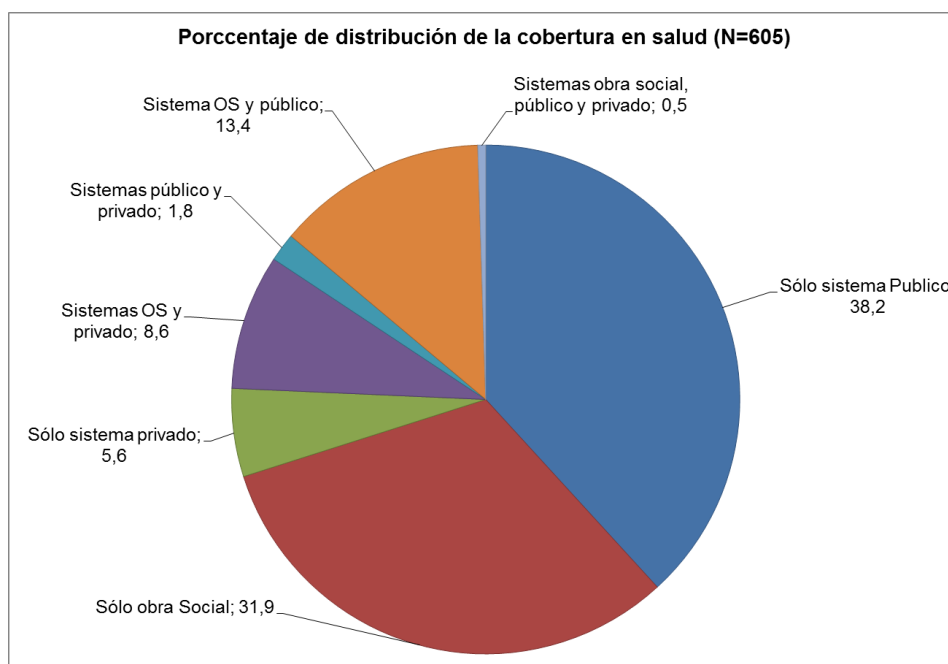
Asimismo, las personas con nivel educativo bajo hasta primario completo, autopercebieron su salud mental de un modo más negativo (11,3% “regular o mala” y 29,1% “excelente/muy buena”) que las personas con los de nivel educativo alto, que iniciaron nivel universitario o más (4,3% “regular o mala” y 53,6% “excelente/muy buena”).

Cobertura de salud

Con respecto a la posibilidad de atención de sus problemas de salud en alguno de los tres sub-sistemas de salud, los sistemas de salud público y de las obras sociales fueron los más utilizados por los entrevistados de Lanús Oeste y Monte Chingolo. El 54% (327) expresó que contaba con una obra social, y el 53,9% (326) que se atendía en el ámbito público. El uso del sistema privado de salud fue reportado por un 16,5% (100) de la muestra, que se distribuye entre un 14,4% (87) del total que dijo que estaba cubiertos por un sistema de medicina prepaga y 13 personas que se atienden pagando la consulta privada.

Sin embargo, al indagar por las situaciones de cobertura considerando las opciones combinadas (gráfico N° 21), cambia el panorama. Un 38,2% (231) expresó que sólo utiliza el sistema público, y un 31,9% (193) sólo el sistema de las obras sociales, siendo ambos los sub-sistemas que tienen mayor cobertura entre los entrevistados.

Gráfico N° 21



¿Dónde atienden sus problemas generales de salud?

Tal como se observa en la siguiente tabla, el efector más nombrado fue la clínica o el hospital privado, que pueden ser por atención de obra social en muchos de los casos, aunque las menciones al hospital público tienen una proporción equivalente, seguido por los centros de salud.

Tabla N° 23. Efector de salud al que refieren acudir
(respuestas múltiples)

	Cantidad de respuestas (N=812)	Porcentaje de casos (N=481)
Clínica u hospital privado	274	45,4%
Hospital Público	261	43,2%
Centro de Salud	173	28,6%
Consultorio privado	94	15,6%
Medicina oriental	1	0,2%
Farmacia	5	0,8%

Al preguntarles por las instituciones en la que se atienden, los encuestados mencionaron una larga lista de la que sólo presentamos las más frecuentes en la

siguiente tabla considerando que, como son respuestas múltiples, muchos respondieron que asisten a dos o tres instituciones según el problema de salud que requiera atención.

Tabla N° 24. Instituciones en las que refieren atender los problemas de salud (respuestas múltiples)

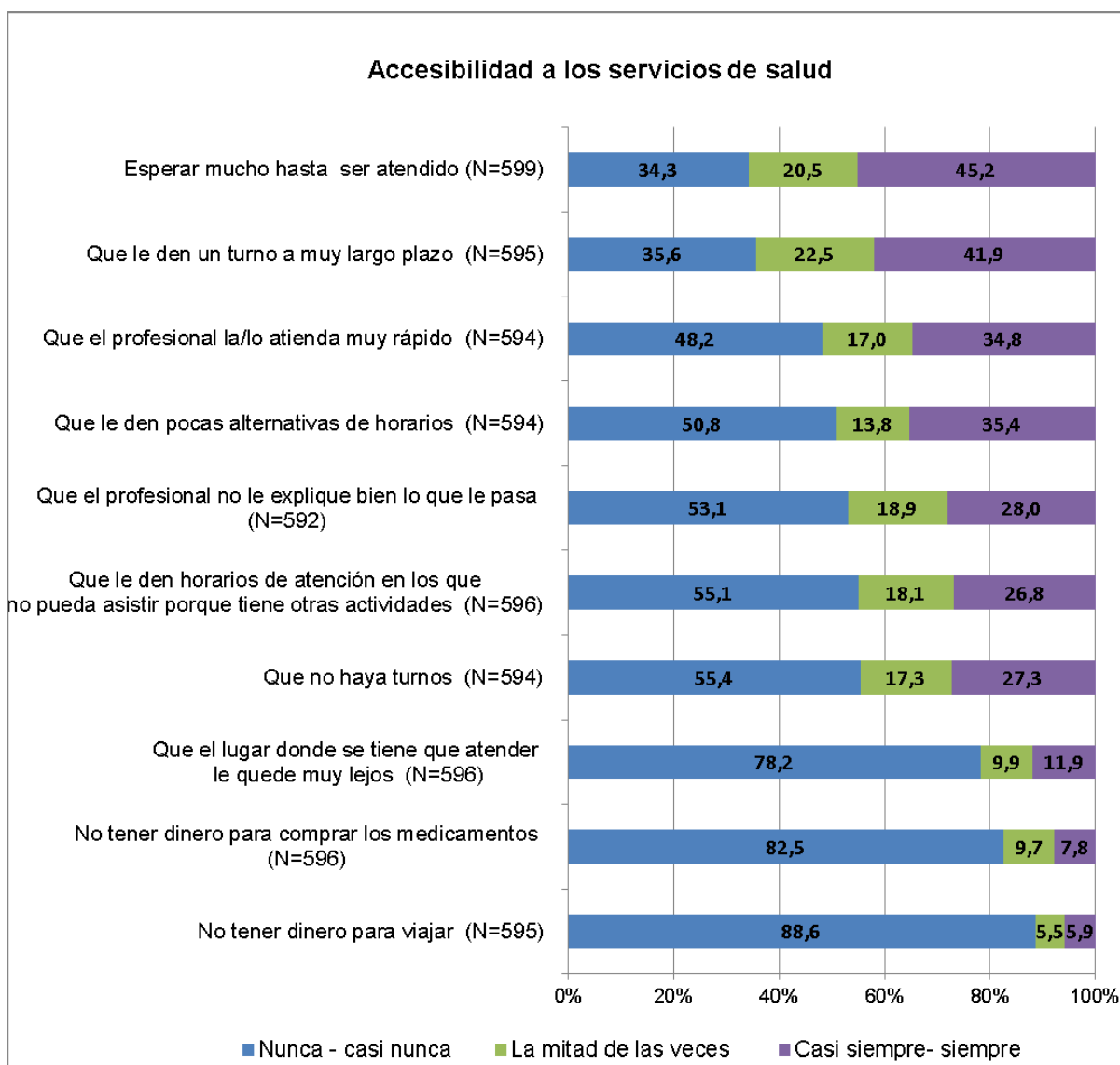
	Cantidad de respuestas (N=581)	Porcentaje de casos (N=481)
Hospital Evita	108	22,4 %
Hospital Narciso López	65	13,5 %
Unidad Sanitaria General San Martín	47	9,8 %
Hospital Local General de Agudos "Dr. Arturo Melo"	29	6,0 %
Clínica Espora	24	4,9 %
Clínica Estrada	24	4,9 %
Hospital Penna	24	4,9 %
Hospital Británico	20	4,1 %
Centro de salud N° 4 "Cosme Argerich"	16	3,3 %
Obra Social OSECAC	15	3,1 %
Sanatorio ITOIZ (Avellaneda)	12	2,5 %
Unidad Sanitaria "Miranda Norgreen"	12	2,5 %
Unidad Sanitaria "Lanús Oeste"	10	2,1 %
Hospital Fiorito	9	1,8 %
Sanatorios de la Trinidad	9	1,8 %
Obra Social IOMA	8	1,6 %

Accesibilidad a los servicios de salud

Los facilitadores y las barreras de acceso a los servicios de salud fueron indagados en este estudio. Entre las barreras (gráfico N° 22), los problemas identificados siempre/casi siempre con mayor proporción de respuestas fueron: 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"*; al 34,8% (594) le ocurrió *"que el profesional la/lo atienda 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.

Las dimensiones de la accesibilidad permiten considerar que las cuatro primeras barreras podrían ser consideradas organizacionales y las dos últimas culturales considerando que las prácticas de los que atienden los servicios de salud pueden ser interpretadas negativamente por los usuarios.

Gráfico Nº 22



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 para los entrevistados.

¿Dónde atienden sus problemas de salud mental?

Al considerar las consultas específicas de salud mental, un 19,4% (115) de los entrevistados 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 o un curandero sin formación académica acreditada por el Estado.

Tabla Nº 25. 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 médicos (profesor de yoga, grupo de autoayuda, curandero)	4	3,5 %
Cardiólogo	3	2,6 %

Si se agrupan las mismas categorías de modo 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 como curanderos, pastores y sacerdotes.

En cuanto al lugar donde consultó (sobre N=115), la mayor cantidad de respuestas se concentraron en la categoría consultorio privado 31,6% (36) o clínica u hospital privado 29,8% (34), mientras que también hubo referencias a la atención en el hospital público 21,9% (25) o en el centro de salud 10,5% (12).

La principal zona en la que realizó la consulta fue la localidad de Lanús Oeste en el 40% (46) de los casos, seguida por Capital Federal para el 31,3% (36), un 14,8% (17) se atendió en otra localidad de Lanús, un 13% (15) en otra localidad de la provincia de Buenos Aires, y sólo 6 personas se atendieron en Monte Chingolo.

¿Qué tipo de tratamiento realizó?

Respecto de los tipos de tratamiento, sobre 77 que contestaron, la mayoría de los encuestados -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 en 6 casos otros tratamientos como *“espiritual”*; *“meditación”*; *“médico psíquico”*; *“orar”*; *“ejercicio de registro de emociones”*.

Los que no consultaron por algún problema de salud mental

Entre los 477 encuestados (80,3%) que refirieron no haber realizado consultas, se indagó también *“¿Por qué no consultó?”* (Tabla N° 26). La mayoría respondió no haber consultado porque no lo creyó necesario o no consideró que tuviera problemas. Entre el resto de las razones más mencionadas, el 5,8% (24) afirmó que no tiene tiempo, el 4,6% (19) reportó que no quiere consultar, sin especificar los motivos, y en similar proporción el 3,6% (15) informó que no le gusta ir a médicos/psicólogos y el 3,4% (14) que no cree que consultar con un profesional la/lo ayudaría.

Tabla Nº 26. ¿Por qué no consultó?

“¿Por qué no consultó?”	Ejemplos de respuestas	Porcentaje de casos (N=414)
No lo cree necesario o no considera tener problemas	<i>“No tengo que consultar nada con el médico.”</i> <i>“No tengo problemas.”</i> <i>“No me siento mal.”</i> <i>“Soy fuerte y muy sano.”</i> <i>“No lo veo necesario.”</i>	79,7%
Falta de tiempo	<i>“No tuve tiempo aunque me gustaría.”</i> <i>“Por tiempo o ganas.”</i> <i>“No puedo faltar al trabajo.”</i>	5,8%
No quiere consultar	<i>“Porque no.”</i> <i>“Prefiero no ir.”</i> <i>“Porque no quería.”</i>	4,6%
No le gusta recurrir a instituciones o profesionales	<i>“No me gustan los hospitales ni los médicos.”</i> <i>“No me gustan los médicos”</i> <i>“No me gusta contar mis cosas a quien no conozco.”</i>	3,6%
No cree que consultar con un profesional la/lo ayudaría	<i>“Siento que un profesional no podría comprenderme.”</i> <i>“Lo puedo llevar adelante yo misma.”</i> <i>“No se me ocurriría ir a un psicólogo, hablo con mis amigos.”</i> <i>“No creo que resuelva mi situación, está en mí.”</i>	3,4%
Tiene apoyo de su familia	<i>“Resuelvo todo con mi pareja.”</i> <i>“Me distraigo con mis hijos.”</i> <i>“Hablando con mi mujer me es suficiente.”</i>	1,0%
Prefiere ir a la iglesia	<i>“Mi problema no es físico es emocional, puedo charlar con un cura.”</i> <i>“Voy a la iglesia.”</i>	0,5%
Falta de dinero	<i>“Faca y falta de dinero”</i>	0,5%
Otros motivos	<i>“Cuando me compro medicamentos de venta libre se me pasa.”</i> <i>“No conseguí turno.”</i>	2,2%

Estrategias de atención de la salud mental

En relación a las estrategias utilizadas frente a situaciones que afectan a la salud mental de los encuestados se obtuvieron múltiples respuestas que se categorizaron en cuatro grandes grupos siguiendo conceptualizaciones del antropólogo Eduardo Menéndez.

El concepto en base al que se organizó la categorización es el de auto-atención 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 auto prescripción y el uso de un tratamiento en forma autónoma (Menéndez, 2009). Así, se distinguieron dos formas principales de auto-atención: las centradas en estrategias individuales frente al malestar, y las centradas en los grupos primarios de apoyo, tal como se describe en la siguiente tabla.

Tabla N° 27.a. ¿Qué hace para sentirse mejor?
(respuestas múltiples)

“¿Qué hace para sentirse mejor?”		Ejemplos de respuestas	Porcentaje de casos (N=495)
Saberes y formas de atención de tipo popular o tradicional	Participar de rituales religiosos	<p>“Voy a la iglesia, rezo mucho.”</p> <p>“Voy a la capilla.”</p> <p>“Voy a la parroquia, encuentro contención.”</p> <p>“Voy a la iglesia evangélica.”</p> <p>“Voy al templo.”</p> <p>“Me entrego a dios.”</p> <p>“Orar a dios para sentirme mejor.”</p> <p>“Recé mucho y me aferré a Jesús.”</p>	10,7%
Saberes y formas de atención de tipo biomédico	Consultar con un especialista profesional o no profesional	<p>“Hablo con psiquiatra, esposo e hijas.”</p> <p>“Hablo con terapeuta.”</p> <p>“Voy al psicólogo.”</p> <p>“Consultó a un médico.”</p> <p>“Hablo con amigas y escucho a un profesional para que me ayude a salir.”</p>	10,1%

Como se observa, y retomando los desarrollos de Menéndez (2009), los entrevistados se refirieron a estrategias relacionadas con saberes y formas de atención de tipo popular o tradicional entre los que se incluye el papel curativo de rituales y representantes religiosos.

En estos conjuntos de formas de auto-atención que se diferencian de las estrategias biomédicas, los grupos de pertenencia de los sujetos cobran un valor importante, tal como se describe en la Tabla (N°27.b).

Tabla N° 27.b. ¿Qué hace para sentirse mejor?
(respuestas múltiples)

<i>“¿Qué hace para sentirse mejor?”</i>		Ejemplos de respuestas	Porcentaje de casos (N=495)
Saberes y formas de auto-atención centradas en los grupos primarios naturales especialmente el grupo doméstico	Apoyo de amigos	<i>“Hablo con amigos, vamos a comer, a pasear, salimos.”</i> <i>“Trato de salir a divertirme con amigos.”</i> <i>“Salgo con amigas a caminar.”</i> <i>“Salgo a bailar con mis amigos.”</i> <i>“Me refugio en mis amistades.”</i> <i>“La mayoría de las veces me voy a la casa de mi mejor amiga. Mi gran apoyo.”</i> <i>“Llamo a vecina o amiga para hablar.”</i> <i>“Lo hablo con mi mejor amiga.”</i> <i>“Llamo a un amigo, me enoja y sigo.”</i>	26,7%
	Apoyo familiar	<i>“Trato de despejarme y refugiarme en mi familia.”</i> <i>“Busco ayuda en mi hermana.”</i> <i>“Paso tiempo en familia.”</i> <i>“Aferrarme a mi familia agradecer tenerlos.”</i> <i>“Busco apoyo en la familia.”</i> <i>“Charlo con mi mujer, amigos, muy compañeros, salimos con amigos o solos también.”</i> <i>“Converso con mi hermana.”</i> <i>“Cuando lo necesito hablo con mi familia.”</i> <i>“Con mi marido hablamos mucho y nos escuchamos, eso hace que yo esté tranquila.”</i>	26,5%

- **Otras personas que se preocuparon por su salud mental**

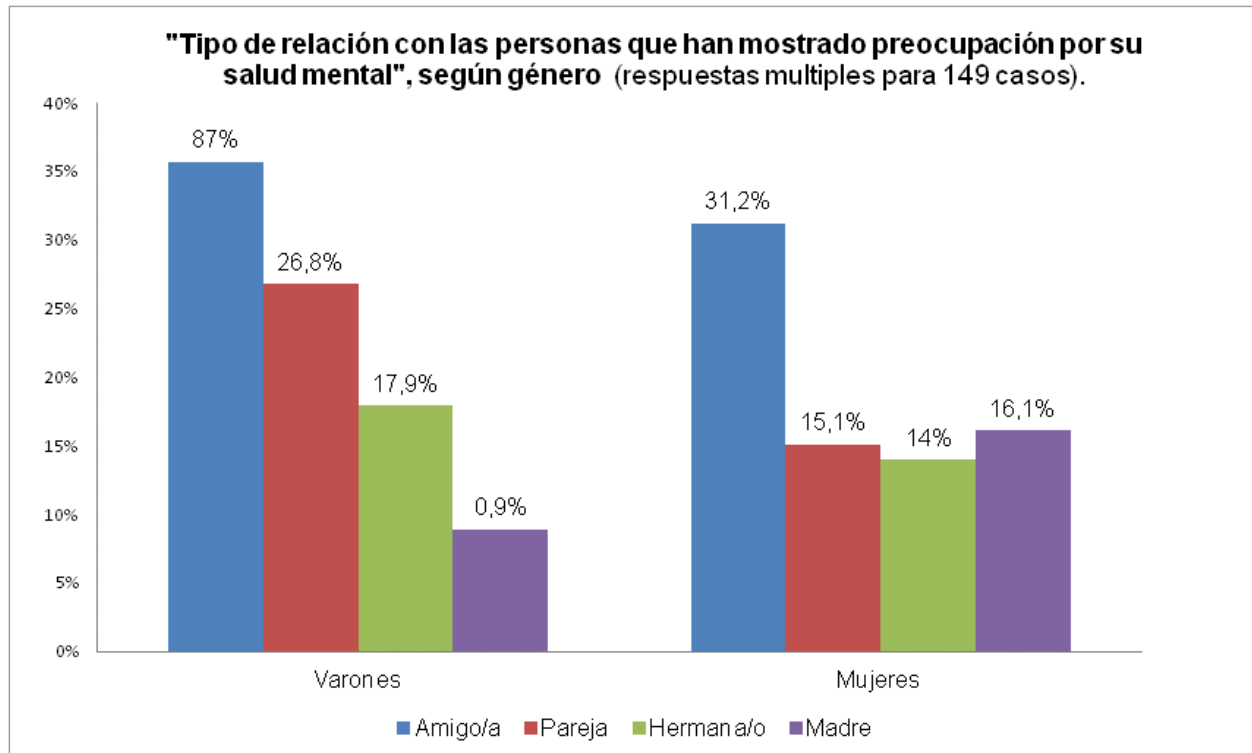
Estos grupos primarios conformados por familiares y/o amigos, así como los otros significativos para los sujetos pueden tener funciones importante tanto en las estrategias *“para sentirse mejor”* ante un problema de salud mental, como en la problematización y detección de situaciones que pudiesen general malestar o sufrimiento psíquico y que en ocasiones pueden estar siendo negadas o naturalizadas por las personas.

Se indagó la participación de terceros en la detección de distintos tipos de situaciones relacionadas con la salud mental de los encuestados. El 25,5% (154) respondió que alguien había mostrado preocupación por alguna situación relacionada con su salud mental. Las personas más mencionadas (de modo no excluyente ya que algunos mencionaron a varias personas) fueron: amigo/a 32,9% (49), pareja 19,5% (29), hermana/o 15,4% (23), hijo/a 14,1% (21), madre 13,4% (20).

Seleccionando las respuestas más frecuentes, se pueden apreciar las diferencias entre las respuestas de los varones y las mujeres en el gráfico N° 23. Es relevante la diferencia observada entre ambos en relación con la preocupación que muestran sus

parejas. Las parejas de los varones tenderían a mostrar mayor preocupación que las parejas de las mujeres.

Gráfico N° 23



Al indagar sobre los motivos por los que un amigo, un familiar o alguien más mostró preocupación, se obtuvieron un número variado de respuestas.

Los entrevistados relataron que **“otros se preocuparon por”**:

- ... sus problemas familiares,
- ... su sufrimiento subjetivo,
- ... sus cambios o pérdidas en lo afectivo,
- ... sus problemas laborales,
- ... sus problemas familiares,
- ... sus problemas de salud en general,
- ... sus problemas por consumo de sustancias,
- ... sus problemas con el juego,
- ... otros motivos.

A continuación, en la Tabla N° 29, se presentan los diferentes tipos de respuestas (en 142 casos), y los agrupamientos en subcategoría cuando resulta pertinente.

Tabla N° 28. Motivos por los que un tercero mostró preocupación

<i>“¿Con qué tuvo que ver?”</i>		Ejemplos de respuestas	Porcentaje de casos (N=151)
Categoría	Subcategoría		
Otro se preocupó por sus problemas familiares	Conflictos de pareja/divorcio/separación	<i>“Con una separación traumática, mis hijos están en Rosario y no los veo hace mucho.”</i> <i>“Presión por discusiones con mi marido.”</i> <i>“Con relación a mi pareja, estamos en crisis y me afecta mucho.”</i> <i>“Mi divorcio, fue algo que no esperaba.”</i>	10,6%
	Problemas en relación al cuidado de los hijos	<i>“Hijo internado por drogas.”</i> <i>“Por estar sola con mis hijos.”</i> <i>“No puedo con mis hijos, me pongo loca.”</i>	7%
	Otros problemas familiares	<i>“Con mi junta. No los quiere.”</i> <i>“Peleas con mi nuera. Peleo mucho con mi hijo y me niega a mi nieto.”</i> <i>“Pelea familiar relacionada con una herencia.”</i> <i>“Hace 3 años que no me trato con mis padres.”</i>	8,5%
Otro se preocupó por su sufrimiento subjetivo	Estado de angustia/tristeza	<i>“Lantos por cualquier motivo.”</i> <i>“Angustia, por cosas que no hice.”</i> <i>“Angustia, tristeza. Preocupación por poco trabajo.”</i> <i>“Me agarran bajones, mis padres se pelean mucho, yo estoy bien pero no es fácil convivir.”</i>	14,1%
	Estado de ansiedad/miedo/estrés	<i>“Ataque de pánico.”</i> <i>“Trastornos de ansiedad.”</i> <i>“Me ve muy cansada y desesperada por cumplir con todo, trabajo, casa, marido.”</i>	4,9%
	Trauma por asalto	<i>“Temor por mis hijos adolescentes, que les pase algo. Los asaltaron.”</i> <i>“Desde que me asaltaron padezco de fobia.”</i> <i>“Me robaron y pegaron.”</i>	2,8%
	Otras expresiones de sufrimiento subjetivo	<i>“Autoestima, sentimental, psicológico.”</i> <i>“Inseguridad.”</i> <i>“Enojos constantes.”</i> <i>“Juzgarme mucho a mi misma y no permitirme disfrutar algunas cosas.”</i>	14,1%
Otro se preocupó por los cambios o pérdidas en lo afectivo	Fallecimiento de un familiar	<i>“Viudo hace 3 años.”</i> <i>“Cuando falleció mi esposa estaba muy triste, me costaba salir a trabajar.”</i> <i>“Enviudé hace 5 meses y ya venía deprimido.”</i> <i>“Falleció una tía que me crió y es difícil salir adelante sin ella. Se accidentó.”</i>	9,2%
	Impacto subjetivo por otros cambios o pérdidas en lo afectivo	<i>“Fallecimiento de mascota.”</i>	1,4%

<i>“¿Con qué tuvo que ver?”</i>		Ejemplos de respuestas	Porcentaje de casos (N=151)
Categoría	Subcategoría		
Otro se preocupó por sus problemas laborales	Estrés laboral	<i>“Estrés laboral.”</i>	2,8%
	Pérdida de empleo/desempleo	<i>“Pérdida de trabajo de mi marido, me sentía bajoneada.”</i> <i>“Perdió el empleo.”</i> <i>“Me fracturé partes del cuerpo y me quedé sin trabajo”</i>	4,9%
	Otros problemas laborales	<i>“Con que trabajo mucho y estoy muy cansado, además de preocupado por el dinero.”</i> <i>“Perdí un juicio laboral y me agarró bajón.”</i> <i>“Porque me cuesta mucho durar en los trabajos”</i>	4,7%
Otro se preocupó por sus problemas de salud en general		<i>“Mal de salud, pérdida de peso.”</i> <i>“Mi madre lleva 10 años con depresión crónica y soy la única que la cuida.”</i> <i>“Por un desmayo.”</i> <i>“Ando mal, ya no puedo hacer muchas cosas por problemas de corazón.”</i>	14,8%
Otro se preocupó por sus problemas por consumo de sustancias		<i>“Que no hago nada y tomo mucho.”</i> <i>“Estaba re loco (drogado).”</i> <i>“No puedo dejar la bebida, por eso abandoné mi carrera y trabajo. No hablo con mis padres.”</i>	3,5%
Otro se preocupó por sus problemas con el juego		<i>“Con el juego. Juego al bingo.”</i> <i>“Adicción al juego.”</i>	2,1%
Por otros motivos		<i>“No tenemos donde ir a vivir.”</i> <i>“Hago cosas que no debo.”</i>	5,6%

- **Estrategias de cuidado de la salud vinculadas con los consumos de sustancias**

Al preguntar si en los últimos 12 meses los entrevistados de Lanús hicieron tratamiento por drogas, sólo 3 personas contestaron que sí lo hicieron.

La relación de las personas que usan drogas y los servicios de salud ha sido caracterizada como “...esporádica y discontinua. Especialmente quienes viven en situaciones de exclusión social reportan 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 encuestados que refirieron haber intentado dejar de consumir alguna sustancia, se les preguntó por las estrategias utilizadas para interrumpir dicho consumo, que se resumieron las siguientes categorías:

- a) Regulación del propio consumo
- b) Sustitución del consumo
- c) Motivación por algún evento vital y/o por preocupación de terceros

d) Consulta con un especialista profesional o no profesional;

Así se observó que mencionaron estrategias centradas en prácticas individuales como dejar de comprar, tratar de reducir la cantidad, abandonar el grupo de consumo, sustituir el consumo por un cigarrillo electrónico o parches, como se observa en la siguiente tabla.

Tabla Nº 29.a. ¿Qué hizo para dejar de consumir?
(respuestas múltiples)

“¿Qué hizo para dejar de consumir?”		Ejemplos de respuestas	Porcentaje de casos (N = 226)
Categoría	Subcategoría		
Regulación del propio consumo	Decidir dejar de consumir	<i>“Por voluntad propia.”</i> <i>“Por decisión propia.”</i> <i>“No hice tratamiento, fue por cuenta propia.”</i> <i>“Tomé la decisión de no consumir más.”</i> <i>“No me gusta, solo tomo en las fiestas y me pongo en pedo en seguida.”</i>	27%
	Dejar de comprar	<i>“Dejé de comprar cigarrillos.”</i> <i>“Dejé de comprar por voluntad propia.”</i>	17,3%
	Intentar dejar y no obtener el resultado esperado	<i>“De todo. Dejé y agarré con más fuerza. Fui al médico pero nada.”</i> <i>“Traté de dejar de fumar por horas pero no me resultó.”</i> <i>“Intenté sola y no lo logré.”</i> <i>“Traté de dejarlo sola pero con mi ansiedad no pude y volví.”</i>	14,2%
	No advertir problemas en su consumo	<i>“Bebo socialmente, en familia.”</i> <i>“Las drogas y bebida no son adicción sino que consumo como diversión cuando salgo con amigos.”</i> <i>“Nada, no soy dependiente.”</i> <i>“Nada, fumo muy poquito.”</i>	8,4%
	Dejar por motivos de salud	<i>“Dejé de consumir por enfermedad (bronquitis).”</i> <i>“Por diabetes dejé todo.”</i> <i>“Tuve que dejar forzosamente por mi salud.”</i> <i>“Tuve un infarto hace dos meses y desde ahí no hago nada.”</i>	7,5%
	Tratar de reducir la cantidad	<i>“Tomo menos porque así me lo propuse, lo logré aunque en las fiestas brindo de más.”</i> <i>“Bajé la cantidad de cigarrillos.”</i> <i>“Conté los cigarrillos y los dividí por horas. Fumo menos pero no lo pude dejar.”</i>	7,1%
	Abandonar el grupo de consumo	<i>“Cambié las amistades que en su mayoría fumaba y luego dejé de consumir.”</i> <i>“No juntarme con los pibes, ellos te convidan. Una vuelta decís que no pero después ya está.”</i>	2,2%
Sustitución del consumo	Usar cigarrillo electrónico	<i>“Cigarrillo electrónico pero terminé fumando más.”</i> <i>“Cigarrillo eléctrico pero no funcionó.”</i> <i>“Usaba cigarrillo electrónico pero dejé de usarlo porque me gastaban.”</i>	6,2%

“¿Qué hizo para dejar de consumir?”		Ejemplos de respuestas	Porcentaje de casos (N = 226)
Categoría	Subcategoría		
Sustitución del consumo	Comer algo	<i>“Dejó los puros y comía caramelos.”</i> <i>“Comer caramelos, chicles para aliviar la ansiedad.”</i> <i>“Como chupetines para calmarme.”</i>	5,3%
	Usar medicación	<i>“Me apliqué rayos laser hace mucho tiempo, pastillas nicotina y caramelos.”</i> <i>“Tomé unas pastillas que salían en la tele.”</i> <i>“Usé parches de nicotina.”</i>	2,7%

Otras estrategias mencionadas se asociaron con la participación de terceros, ya fuera porque un familiar o alguien cercano manifestara preocupación, o bien por otro tipo de situaciones como cursar un embarazo, tal como se refleja en la siguiente tabla:

Tabla Nº 29.b. ¿Qué hizo para dejar de consumir?
(respuestas múltiples)

“¿Qué hizo para dejar de consumir?”		Ejemplos de respuestas	Porcentaje de casos (N = 226)
Categoría	Subcategoría		
Motivación por algún evento vital y/o por preocupación de terceros	Dejar por un embarazo	<i>“Dejé de fumar por los embarazos y algún tiempo.”</i> <i>“Embarazo. Cuando tuve el bebe volví a fumar, era más fuerte que yo asique no volví a intentar.”</i> <i>“Durante el embarazo y la lactancia.”</i>	4,9%
	Dejar por un familiar	<i>“Lo dejé por mi hija.”</i> <i>“Dejé de fumar porque a mi hija le hacía mal, por ende no podía estar cerca de ella.”</i> <i>“Con la ayuda de mi mujer e hijos, no era un buen ejemplo para la familia.”</i>	4,0%

La atención biomédica fue otra de las estrategias mencionadas, es decir, la realización de un tratamiento psiquiátrico o psicológico; y la consulta a otros especialistas no profesionales como recurrir a la iglesia o a alguno de sus integrantes.

Tabla Nº 29.c. ¿Qué hizo para dejar de consumir?
(respuestas múltiples)

“¿Qué hizo para dejar de consumir?”		Ejemplos de respuestas	Porcentaje de casos (N = 226)
Categoría	Subcategoría		
Consulta con un especialista profesional o no profesional	Tratamiento psiquiátrico o psicológico	<p><i>“Dejé de fumar hace 5 años con tratamiento de pastillas y medicación.”</i></p> <p><i>“Por pedido de mi esposo fui a ver un psiquiatra.”</i></p> <p><i>“El psicólogo, estudiar y trabajar me ayudaron a no tener tiempo de estar en la calle.”</i></p>	5,3%
	Apoyarse en la Iglesia	<p><i>“Hice un curso, fui a iglesia.”</i></p> <p><i>“Fui a la iglesia y hablé con mi pastor. Eso me ayudó.”</i></p> <p><i>“Me sumé a la comunidad evangélica. El pastor y la fe me ayudaron a dejarlo.”</i></p>	4,4%

Tarea 12: Capacitar y acompañar al equipo de investigación durante el trabajo de análisis de los datos para asegurar la calidad de la información relevada

La capacitación y el debate conceptual del equipo de investigación fue una tarea constante y sostenida a lo largo de todas las etapas de este estudio, que adoptó distintas modalidades en función de los requerimientos de cada etapa de la investigación.

La organización y distribución de tareas se pautaron en reuniones periódicas entre las investigadoras y la coordinadora general de este estudio. En algunas oportunidades, estas reuniones tuvieron como objetivo la planificación del trabajo para dar cumplimiento al cronograma previsto en el proyecto.

En otros casos, las reuniones apuntaron a discutir contenidos específicos de las diferentes tareas. En varios de estos encuentros se trabajó realizando presentaciones en las que cada investigadora exponía un tema asignado.

Durante el desarrollo del trabajo de campo prevalecieron las tareas combinadas y en equipo por parte de la coordinadora general y las investigadoras, ya que se trató de un período de trabajo sumamente intensivo que requería de criterios unificados, tanto para la supervisión de las encuestadoras; como para la resolución de eventuales problemas que pudieran surgir.

Terminada la etapa de recolección de datos, durante la Etapa III del Plan de trabajo, la coordinadora general y las investigadoras supervisaron el trabajo del data entry para poder analizar los datos obtenidos.

Durante el análisis de datos, la coordinadora general orientó un trabajo articulado y consensuado con las investigadoras. Planificó una capacitación específica acerca del uso de las principales herramientas y funciones del programa SPSS. Dicha capacitación se realizó en tres reuniones de una hora y media de duración aproximadamente destinadas a trabajar con el programa y la base de datos. Se desarrollaron contenidos relativos a la creación de variables y su codificación, la realización de tablas de frecuencia y de contingencia y su correspondiente lectura e interpretación para analizar los datos correctamente.

Como parte de las tareas que incluye el análisis de los datos, se realizaron sucesivas discusiones de la coordinadora general con las investigadoras. Para la redacción de los distintos capítulos en los que se plasmaron los resultados, la

coordinadora general de este estudio propuso -en función de la especificidad, formación y experiencia de cada una de las investigadoras- distribuir los principales bloques temáticos para que cada una los trabajara individualmente.

Una vez avanzado el análisis de los datos, acompañados de la lectura exhaustiva sobre los temas y estudios -locales e internacionales- con los que se compararon los datos, se establecieron reuniones de discusión en las que se apuntó a unificar criterios que permitieran brindar mayor consistencia interna en la presentación de los datos. Estas reuniones incluyeron lecturas de textos de metodología de la investigación para promover un trabajo reflexivo en el que críticamente las investigadoras interpretaron el material empírico.

En función de esta organización las investigadoras cualitativa y cuantitativa confeccionaron individualmente los primeros borradores de los capítulos de resultados. Lógicamente, cada uno de estos materiales una vez redactado, fue discutido y supervisado por la coordinadora general de este estudio y se remitió luego a los consultores.

Finalmente, se organizaron diversas reuniones con los consultores del estudio para reflexionar y considerar sus sugerencias para la presentación final de los resultados, y la tarea de organización de las conclusiones y recomendaciones del estudio.

Tarea 13: Elaborar conclusiones y recomendaciones

Se organizaron las conclusiones y recomendaciones de las diferentes etapas del estudio, así como las conclusiones y recomendaciones específicas que surgen de los datos analizados.

Las conclusiones y recomendaciones que se elaboraron apuntan a destacar los avances y obstáculos a considerar en futuros estudios en temas epidemiológicos.

Las conclusiones aportan una comprensión más acabada, rápida y sintética de los datos obtenidos. Se organizaron en un orden que seguía las diferentes secciones del cuestionario y se integraron los diferentes temas para permitir una lectura más articulada de la información que se presentó en el apartado de los resultados.

La finalidad de este relevamiento epidemiológico es que la información recolectada pueda ser utilizada para definir políticas de salud pública desde una perspectiva integral,

que incluyan tanto las condiciones sociales de vida de la población como su acceso a la atención.

Es en ese sentido que las recomendaciones se realizaron de acuerdo a los lineamientos propuestos en documentos y convenciones internacionales como la declaración de Alma Ata (1978), de la cual surge la Atención Primaria para la Salud (APS), cuyo objetivo fue permitir el acceso a la salud para toda la población; la Declaración de Caracas (1990), manifiesto que promueve la sustitución gradual y progresiva de los hospitales psiquiátricos, alejados cultural y geográficamente de los usuarios, económicamente ineficientes y con frecuencia violando los derechos humanos de las personas internadas, por servicios basados en la comunidad; el Informe Mundial de la Salud que hizo pública la importancia de salvar la brecha entre las necesidades y los servicios disponibles estableciendo como prioritario el desarrollo de servicios basados en la comunidad (OMS, 2001); y las disposiciones establecidas a nivel nacional por la Ley Nacional de Salud Mental 26.657 y el Plan Nacional de Salud Mental.

La Ley Nacional de Salud Mental sostiene que el abordaje de las adicciones debe ser comunitario, participativo e integral. En esta misma línea fueron pensadas las recomendaciones para esta temática considerando la necesidad de definir intervenciones de salud pública orientadas a los que tienen diferentes niveles de riesgo en el consumo de sustancias. Una de esas recomendaciones que formulamos es la de implementar acciones coordinadas e intersectoriales entre los organismos gubernamentales dedicados a la Salud Mental y las Adicciones con otras áreas de gobierno que favorezcan la inclusión social y tiendan a mejorar las condiciones laborales de los sectores más vulnerables de la población, mediante la adecuación y/o creación de servicios y/o programas específicos. Si bien no se relevaron problemas graves de consumo de sustancias psicoactivas en la muestra estudiada, se recomienda incorporar intervenciones breves en los efectores de salud para poder atender los casos de riesgo moderado y especialmente de los que requieran un tratamiento intensivo.

En el mismo sentido, las recomendaciones sobre violencia de género se consideraron en consonancia con el “Estudio sobre violencias contra la mujer” realizado por el Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación en el año 2015, basado en la Encuesta Internacional de Violencias Contra las Mujeres. También se tomó como referencia la Ley Nacional de Violencia contra las Mujeres. Una recomendación específica es la de implementar programas y reforzar las políticas existentes dirigidas principalmente

a los grupos de mujeres jóvenes por ser las más afectadas por la violencia de género, con el objetivo de incrementar su resiliencia y su capacidad para defender sus derechos; así como promover campañas, fortalecer los servicios públicos y comunitarios de atención, y promover el trabajo interinstitucional e intersectorial.

Por último, en relación a la salud mental en la infancia, las recomendaciones se basaron en lo dispuesto por la Convención Internacional de los Derechos del Niño (CIDN) y en las normativas de alcance nacional sostenidas en la Convención –como la Ley 26.061 de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes -. En función de prevalencia de situaciones de violencia en la infancia encontradas en este estudio, se recomienda orientar las políticas públicas hacia el fortalecimiento de los equipos comunitarios de salud tanto gubernamentales como no gubernamentales; ampliar las tareas de promoción de la salud que existen en las escuelas y centros de salud, así como reforzar la orientación hacia el trabajo interdisciplinario e intersectorial, afianzando la capacitación de los profesionales desde un enfoque de derechos.

CONCLUSIONES

Se concretó un estudio epidemiológico en el que se emplearon instrumentos validados nacional e internacionalmente para investigar la prevalencia de problemas de Salud Mental y consumos problemáticos de sustancias en el Municipio de Lanús del conurbano bonaerense.

La información recabada permite que los decisores políticos y los equipos de salud cuenten con evidencia actualizada para mejorar la calidad, disponibilidad y adecuación de la atención en temas en los que se ha verificado la inexistencia de estudios de similares características, ya que la escasa información epidemiológica con la que se cuenta es producida por los registros de los servicios de salud que describen sólo la población atendida que llega a esos servicios, que en general es de servicios específicos de Salud Mental y/o de Adicciones.

El desarrollo de las diferentes actividades y tareas de la Etapa I del Plan de Trabajo del estudio permitió identificar la necesidad de modificar el primer objetivo específico ya que se jerarquizó el estudio de la sintomatología de depresión, por sobre el estudio de la presencia de ansiedad que también estaba propuesto en la versión inicial del primer objetivo. La longitud del cuestionario y los tiempos acotados del trabajo de campo hubiera generado obstáculos en su aplicación, y posterior análisis.

La planificación del trabajo de campo, junto con la elaboración y edición del consentimiento informado y del cuestionario fueron tareas fundamentales de esta etapa, mientras se mantuvo la continua comunicación y los acuerdos con las autoridades municipales y provinciales.

Se definió una muestra de 600 personas residentes en el Municipio Lanús a las que se les aplicó un cuestionario cuanti-cualitativo que en parte integró instrumentos validados nacional o internacionalmente, en el que se incluyeron preguntas abiertas y cerradas, para así disponer de información sustentada en datos válidos, confiables y favorecer la toma de decisiones en salud.

La Etapa II del Plan de trabajo permitió cumplimentar con el relevamiento de datos desarrollando la capacitación y supervisión permanente de las encuestadoras antes y durante el trabajo de campo con dos reuniones semanales in situ. La recolección de los

datos implicó la administración de los cuestionarios siguiendo los criterios del diseño muestral probabilístico estratificado previsto.

El trabajo de campo requirió la coordinación con las autoridades municipales y provinciales con las que se habían establecido los acuerdos para el desarrollo del trabajo de investigación.

El ordenamiento, la sistematización de los datos relevados y el diseño de la base de datos para la carga de los datos cuantitativos y cualitativos se concretaron en los plazos previstos.

La Etapa III del Plan de trabajo se abocó al análisis e interpretación de resultados. Se realizaron las tareas de recodificación de variables, cálculos de frecuencias y estimaciones de las medidas estadísticas de tendencia central como la media, la mediana y el modo, cuando fuera pertinente. Se describieron también los contenidos de la capacitación y supervisión de las investigadoras durante ese proceso, así como los procedimientos empleados durante el análisis de datos, la redacción de conclusiones y recomendaciones. En esta etapa se elaboró el Informe Final del estudio.

A continuación se resumen las conclusiones relativas a los resultados del Estudio Epidemiológico Descriptivo de las Problemáticas de Salud Mental y Consumos Problemáticos de Sustancias en el Municipio de Lanús.

Datos sociodemográficos

Se establecieron cuotas de entrevistas por localidad, género y edad para que se distribuyan de modo análogo a la variabilidad poblacional del Municipio de Lanús según los datos del Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda del 2010.

El 34,9% (211) vivía en Monte Chingolo y el 65,1% (394) en Lanús Oeste.

Las edades de los encuestados oscilaron entre los 18 y los 65 años. La media de edad fue de 39,34 años, la mediana de 38 años y el modo de 33.

Las mujeres conformaron algo más de la mitad de la muestra 52,4% (317), y el 47,6% (288) estuvo integrado por varones. No se encuestó a ninguna persona que se identificara como transgénero.

El 94,7% (567) eran argentinos y el 5,3% (32) nacieron en otros países, principalmente en países limítrofes, entre los que se destacan Paraguay (16) Bolivia (5) y Uruguay (5); sobre 599 respuestas.

Con respecto a la escolaridad, sólo una persona dijo que “*nunca asistió*” a algún establecimiento educativo, mientras que el 14,7% (89) asistía al momento de la encuesta y el 85,1% (515) asistió con anterioridad a esa ocasión. La distribución de los niveles de educación de los entrevistados fue coincidente con los datos del conjunto del Partido de Lanús y los 24 Partidos del Gran Buenos Aires elaborados en base al Censo Nacional de Población de 2010.

El tipo de hogar predominante fue el de pareja e hijos. El 71,2% (437) de los encuestados expresó que tenía hijos.

Con respecto a la condición de actividad, el 69,9% (422) estaba ocupado, el 4% (24) desocupado y el 26,2% (158) inactivo, categoría que incluye amas de casa, jubilados/pensionados y estudiantes.

En relación con las características de la vivienda, 84% vivía en una casa (507), mientras que el 9,1% residía en un departamento (55), el 5,6% en una casilla (34), 4 personas en una pieza de inquilinato, y 3 en otro tipo de vivienda.

Depresión

De un total de 605 respuestas, el 20,2% (122) presentó síntomas que podrían dar cuenta de un problema de depresión.

Al considerar los determinantes sociales de esta problemática se observó lo que se presenta a continuación.

- Existen diferencias por género, siendo las mujeres quienes reportaron la presencia de síntomas de depresión con más frecuencia que los varones.
- La edad es un factor de relevancia dado que a medida que aumenta la edad aumenta la presencia de síntomas de depresión. Los grupos más afectados se encontraron a partir de los 50 años.
- A mayores niveles de apoyo social las personas presentaron menos síntomas de depresión.
- El desempleo y la precariedad laboral es otra condición de vulnerabilidad importante, la población que refirió situaciones de precariedad laboral como los desempleados y otras condiciones de inestabilidad laboral -changuistas, trabajadores temporarios y cartoneros-, reportó más síntomas de depresión que aquellos que referían un trabajo más estable o menos precario.

En relación a eventos vitales que pudieran estar asociados a la presencia de sintomatología depresiva, un tercio de las personas encuestadas (34,1%) afirmaron haber vivido alguna situación estresante como una separación, el fallecimiento de algún familiar, un accidente grave u otra situación, en los últimos 12 meses.

Consumo problemático de sustancias

Las sustancias más consumidas en los últimos tres meses han sido el tabaco y el alcohol, en proporción mucho menor también cannabis, anfetaminas, tranquilizantes, y cocaína.

Muy pocas personas hicieron referencia a consumo de alucinógenos, opiáceos y a otras sustancias diferentes tanto en la vida como en los últimos tres meses.

Una sola persona refirió haber consumido sustancias por vía inyectable alguna vez en la vida.

Los datos muestran que no hay un problema con el consumo de sustancias en la población entrevistada. Sólo hubieran requerido tratamiento intensivo 1 varón que consumía alcohol, 1 que consumía tabaco, 1 varón y 1 mujer que consumían tranquilizantes.

Cabe prestar particular atención a los que tenían un consumo de riesgo moderado, que en orden decreciente, parecería mayor en los que usan tabaco, cannabis, alcohol, anfetaminas y tranquilizantes respecto de otras sustancias. Estas personas hubieran requerido una intervención breve de salud pública.

Poniendo el foco en las personas con riesgo moderado que requerirían intervenciones de salud pública y las variables socio-demográficas estudiadas resultó que:

- Para el tabaco hay más casos en Monte Chingolo que en Lanús Oeste, entre los que tenían entre 18 y 49 años, y en los varones.
- Para el alcohol y el cannabis hay mayor proporción de varones y de los más jóvenes de la muestra.
- Para las anfetaminas, entre los más jóvenes, mientras que para los tranquilizantes, entre los que tenían entre 40 y 49 años.
- Con la cocaína, hay entre los más jóvenes y entre los varones una mayor proporción de consumos de riesgo moderado.
- Los hogares unipersonales, los de un progenitor e hijos y las familias extendidas tenían una mayor proporción de riesgo moderado para el tabaco y para el alcohol.

- Hubo mayor proporción de riesgo moderado en los que no tenían pareja para el cannabis, los tranquilizantes y la cocaína. Lo mismo sucedió en los hogares de un progenitor e hijos para las anfetaminas, los tranquilizantes y la cocaína.
- Los que tenían apoyo social medio tenían mayor proporción de riesgo moderado para el tabaco, el alcohol, el cannabis, las anfetaminas y la cocaína.
- En cuanto a la situación laboral, los desocupados tenían mayor proporción de riesgo moderado para el tabaco y para el alcohol. Los desocupados y los que integran la categoría changuista/temporario/cartonero, para el cannabis, para los tranquilizantes y para la cocaína.
- Los que tenían nivel educativo medio y bajo tenían mayor proporción de riesgo moderado para el tabaco; los que tenían nivel educativo medio y alto para el alcohol, los que tenían nivel medio para el cannabis; los que tenían nivel alto para las anfetaminas; nivel bajo para los tranquilizantes, y para la cocaína los que tenían nivel medio de educación.
- Los que tenían cobertura de salud pública o pública y de obra social, tenían mayor proporción de riesgo moderado para el tabaco; los que tenían cobertura pública para el alcohol y para la cocaína; los que tenían sólo cobertura pública y privada para el cannabis y las anfetaminas; los que tenían cobertura solo pública y o pública y de obra social, para los tranquilizantes.

Estas asociaciones con variables socio-demográficas muestran ciertas tendencias aunque estos resultados no puedan generalizarse dado el número de casos en algunas de las sustancias analizadas. Resultan útiles para pensar estrategias específicas de salud pública para quienes consumen las sustancias descriptas.

Violencia de género

La forma más extendida de la violencia de género es la violencia psicológica y alcanza al 43,2% (137) de las mujeres que fueron víctimas desde los 16 años, y al 9,8% (31) durante los últimos 12 meses. Las formas de violencia física ocuparon el segundo lugar de ocurrencia con el 32,5% (103) entre las que fueron víctimas de violencia física alguna vez en su vida, mientras que el 6% (22) lo fue durante el último año. Comparativamente, las formas de la violencia de género de menor prevalencia fueron las sexuales y el 12,6% (40) de las mujeres padecieron alguna vez en la vida esta modalidad de la violencia en alguna de sus formas.

Al considerar los determinantes sociales de esta problemática, se destacó que la edad constituye un factor fuertemente asociado a la violencia de género, siendo las mujeres jóvenes las que tienen mayores riesgos de experimentar violencia.

No se observaron variaciones por nivel educativo en cuanto a la prevalencia de violencia física y/o sexual. Este resultado pone en cuestión la representación social según la cual en los sectores de menor nivel educativo la violencia de género aumenta.

Las mujeres que viven en hogares familiares extendidos y en hogares con hijos pero sin presencia paterna fueron víctimas de violencia de género en mayor medida que aquellas que viven en otro tipo de hogares.

Las mujeres con bajo apoyo social reportaron mayores niveles de violencia de género.

Hay mayor ocurrencia de eventos de violencia de género en mujeres cuya situación laboral es más precaria e inestable como las desocupadas, o las que integran la categoría changuista/temporaria/cartonera que en aquellas con situaciones laborales más estables como la dueña de comercio o negocio, empleada en trabajo fijo o trabajadora por su cuenta.

El 35,9% (14) de las mujeres informó que los episodios de violencia de género física y/o sexual durante el último año fueron cometidos por el esposo/pareja actual o novio actual. Quienes hablaron del hecho, lo hicieron con una persona cercana. Sin embargo, la percepción de gravedad de los hechos de violencia en un 46,2% (18) fue como "*algo no muy grave*"; y desde el punto de vista de lo que podría considerarse una expectativa de reparación o justicia, un 47,4% (18) evaluó los episodios como "*algo que sólo sucedió*".

La perspectiva de los padres/madres sobre la salud mental de los hijos

De los 159 hijos de 6 a 12 años de los entrevistados, en tres casos sus padres informaron haber recibido diagnósticos de parte de los profesionales, tales como: "TGD"; "retraso mental" y "retraso madurativo", que dan cuenta de la presencia de problemáticas específicas de salud mental de mayor nivel de complejidad. Como denominador común de estos casos se observó que: desde las instituciones educativas había conocimiento de esta situación; que en el ámbito familiar se reportó preocupación por la situación de salud mental de esos niños; y que había profesionales de distintas disciplinas interviniendo.

Las situaciones problemáticas que se mencionan con mayor frecuencia fueron las vinculadas a eventos de maltrato psicológico (14,5%) -gritos, insultos, amenazas, burlas frecuentes-, y/o violencia física (8,2%) -ser golpeado/a, pateado/a, le torcieron el brazo o lo lastimaron. En su mayoría se dieron en el vínculo entre pares, y en menor medida en el vínculo con familiares.

Este dato es consistente con los principales motivos por los que las instituciones educativas citan a los padres: por problemas escolares -dificultad para concentrarse/realizar la tarea, de aprendizaje y de integración al ámbito escolar-; o por problemas en el vínculo con otros -en la relación entre pares o en la relaciones con otros adultos-.

En el ámbito familiar, el principal motivo de preocupación fue lo relativo a problemas de salud en general y del desarrollo infantil, como retraso madurativo o miopía. En menor medida, se reportó cierta preocupación por problemas en el vínculo con otros.

Con respecto a otros problemas de salud en general, el 14% (22) refirió algún problema crónico de salud, siendo los problemas respiratorios (10) los más frecuentes. Aunque las problemáticas descritas no siempre fueron de orden biológico, entre las respuestas obtenidas se señalaron fundamentalmente cuidados asociados a lo biomédico, como la realización de tratamientos y controles médicos.

Las representaciones sociales de los adultos acerca de los problemas de salud mental en la infancia son variadas, y combinan la presencia de distintos tipos de creencias:

- considerarlos como propios del momento de constitución subjetiva ("*No hizo falta consultar, con el tiempo se pasó sin tener mayores problemas*");
- considerar que se trata de situaciones que si bien pueden resultar problemáticas, pueden resolverse en el ámbito familiar o escolar a partir de la posibilidad de simbolización (no consultaron "*porque habló con la maestra y padres del chico*"; "*lo charlamos en casa*");
- otras ideas que reinterpretan el discurso médico/profesional ("*no prestaba atención en el colegio*", o bien directamente mencionando un diagnóstico como el "*déficit de atención*"). Este último fenómeno podría dar cuenta de cierta tendencia hacia la medicalización en la infancia, entendida como el proceso por el cual "problemas de la vida son tratados en términos de problemas médicos como padecimientos, síndromes o enfermedades" (Faraone & otros, 2010: 486).

No se reportaron consumos problemáticos de sustancias (cigarrillos, marihuana o alcohol) en los niños y niñas entre 6 y 12 años.

Salud, estrategias de atención y accesibilidad

Los sistemas de salud público y de las obras sociales son los más utilizados por los entrevistados de Lanús Oeste y Monte Chingolo. Un 38,2% (231) expresó que sólo utiliza el sistema público, y un 31,9% (193) sólo el sistema de las obras sociales, siendo ambos los sub-sistemas que tienen mayor cobertura entre los entrevistados.

Entre las barreras de accesibilidad a los servicios de salud los problemas de acceso identificados con mayor frecuencia fueron organizacionales y culturales. Los organizacionales corresponden a los que respondieron que tenían que “*esperar mucho hasta ser atendido*”, o que “*le dan turnos a muy largo plazo*”, y a los que le dieron “*pocas alternativas de horarios*”; los culturales fueron “*que el profesional la/lo atienda muy rápido*”, “*que el profesional no le explique bien lo que le pasa*”.

Hubo también referencia menos frecuente a otra barrera organizacional: “*que no haya turnos*”.

Ni las dimensiones geográficas ni las económicas de la accesibilidad por las que se preguntara parecieran haber resultado un problema para los entrevistados.

Un 19,4% (115) de los entrevistados había consultado o se había atendido por problemas de salud mental en el último año. De los cuales, el 60,9% (70) se atendió con profesionales del área de salud mental como psicólogos, psiquiatras y/o neurólogos. Luego, un 28,7% (33) atendió sus problemas de salud mental sólo con algún médico de formación no específica en el área como los médicos clínicos, y un 10,4% (12) sólo se atención con otros especialistas sin formación académica como curanderos o religiosos.

Frente a situaciones que afectan a la salud mental de los encuestados, se distinguieron diversas estrategias que se agruparon en: a) *estrategias de auto-atención* - centradas en los grupos primarios de apoyo y centradas en estrategias individuales ante al malestar-; b) *estrategias de atención de tipo biomédico*; c) *saberes y formas de atención de tipo popular o tradicional*.

Se indagó la participación de terceros en la detección de distintos tipos de situaciones relacionadas con la salud mental de los encuestados. El 25,5% (154) respondió que alguien de su entorno había mostrado preocupación por alguna situación relacionada con su salud mental. Los entrevistados relataron que otros se preocuparon

por motivos ligados a: sus problemas familiares, su sufrimiento subjetivo, sus cambios o pérdidas en lo afectivo, sus problemas laborales, sus problemas de salud en general, sus problemas por consumo de sustancias, sus problemas con el juego.

En cuanto a las estrategias utilizadas para dejar de consumir alguna sustancia se distinguieron aquellas centradas en prácticas individuales como la regulación del propio consumo y/o sustitución del consumo; otras asociadas a la participación de terceros - motivación por algún evento vital y/o por preocupación de terceros- y por último las estrategias de atención biomédica -consultar con un especialista profesional o no profesional-.

RECOMENDACIONES

Estas recomendaciones buscan reseñar las principales sugerencias que puedan ser empleadas para definir políticas sanitarias basadas en la evidencia.

1. Para desarrollar este tipo de estudios:

Es importante considerar que las situaciones de depresión, los consumos problemáticos de sustancias, o las violencias de género, requieren un minucioso trabajo de selección de instrumentos validados, así como de las variables e indicadores que luego puedan producir información con la celeridad que un proyecto que da información a los decisores políticos requiere.

La relación de los determinantes sociales de la salud con las situaciones de salud mental tanto de adultos como de niño/as, las estrategias de atención, las barreras y facilitadores para el acceso a los servicios de salud, resultaron muy esclarecedoras para definir estrategias de salud pública desde una perspectiva integral, que incluyan tanto las condiciones sociales de vida de la población como su acceso a la atención, lo que permite ampliar la interpretación y la intervención a las dimensiones socio- culturales de la salud.

2. En cuanto a la definición de las muestras de población:

De acuerdo a la experiencia de este estudio, no sería recomendable recurrir a los registros de las personas que asisten a los Centros de Salud, ya que pueden estar desactualizados además de no ser homogéneos en sus características básicas para definir la muestra. Si se decide usar ese tipo de datos hay que antes mejorarlos y actualizarlos.

Se recomienda el uso de un muestreo probabilístico estratificado como el empleado en este estudio, ya que fortalece los datos además que, en el campo epidemiológico, estos muestreos son valorados por el nivel de generalización de los resultados que permiten.

3. Para confeccionar el instrumento de recolección de datos:

La definición de un cuestionario para indagar esta diversidad de problemas subjetivos requiere considerar la longitud y complejidad de las escalas para estudiarlos,

ya que pueden condicionar negativamente el relevamiento por el tiempo de duración que insuman.

Es imprescindible realizar una prueba piloto del instrumento para hacer los ajustes necesarios antes de concretar la aplicación del cuestionario. Se recomienda emplear preguntas abiertas y cerradas con el fin de captar e integrar los sentidos y significados que ciertos sucesos tienen para los entrevistados.

4. En cuanto a la capacitación y supervisión del equipo de investigación:

La capacitación y supervisión de las encuestadoras es una tarea que requiere mucha dedicación y tiempo del equipo de investigación a fin de garantizar el cumplimiento de los plazos previstos, así como la calidad de los datos obtenidos. El acceso y el conocimiento del territorio son fundamentales para concretar esta tarea, por lo que se recomienda tener en cuenta que la selección de personas que tengan experiencia de trabajo de campo en temáticas de salud y conocimiento del territorio y la cultura de esas poblaciones para garantizar el acceso a los encuestados. Sin embargo, en caso de seleccionar encuestadores que no tengan experiencia previa en la aplicación de cuestionarios implica una dedicación mayor en el control de la calidad de los datos.

El cuidado y supervisión de la tarea del data entry, así como la capacitación y asesoramiento de los investigadores y el aporte de los consultores, fueron fundamentales para poder desarrollar un estudio de esta complejidad. Se recomienda seleccionar un equipo con entrenamiento en la tarea, capacidad y flexibilidad para enfrentar contingencias en el trabajo de campo. El rol de la coordinación general del estudio es fundamental para concretar la tarea en tiempo y forma.

5. Para las acciones en salud pública:

En base a los resultados epidemiológicos obtenidos en las localidades de Lanús Oeste y Monte Chingolo, se considera que en el marco los principios de la atención primaria de la salud, resulta necesario promover intervenciones orientadas al fortalecimiento de las redes de apoyo de los adultos mayores, por ser el grupo más afectado por síntomas de depresión.

Se sugiere implementar acciones coordinadas e intersectoriales entre los organismos gubernamentales dedicados a la Salud Mental y las Adicciones con otras áreas de gobierno como por ejemplo, educación, desarrollo social, trabajo, poder judicial;

que favorezcan la inclusión social y tiendan a mejorar las condiciones laborales de los sectores más vulnerables de la población, mediante la adecuación y/o creación de servicios y/o programas específicos.

Se considera necesario implementar programas y reforzar las políticas existentes dirigidas principalmente a los grupos de mujeres jóvenes por ser las más afectadas por la violencia de género, con el objetivo de incrementar su autonomía y su capacidad para defender sus derechos. La percepción de los hechos de violencia referidos en el estudio, muestra la existencia de patrones socioculturales en los que la violencia es comprendida como un acto aislado que corresponde ámbito privado y no como un problema social. Concebirlas como conductas aisladas refuerza la tendencia a ocultar y naturalizar la violencia de género, por lo que se recomienda:

- promover campañas de sensibilización y difusión que propicien el reconocimiento como problema social;
- promover campañas de educación y capacitación orientadas a la comunidad para informar, concientizar y prevenir la violencia contra las mujeres;
- fortalecer todos los servicios públicos para prevención y asistencia psicológica, social y jurídica, así como garantizar el acceso a la justicia;
- diseñar y publicar una guía de recursos permanentemente actualizada que brinde información sobre los programas y los servicios de asistencia directa;
- fortalecer el trabajo en el ámbito comunitario, el trabajo en red, con el fin de desarrollar modelos de atención y prevención interinstitucional e intersectorial.

En virtud de la prevalencia de situaciones de maltrato psicológico y/o físico en la infancia se recomienda orientar las políticas públicas hacia el fortalecimiento de los equipos comunitarios de salud tanto gubernamentales como no gubernamentales; ampliar las tareas de promoción de la salud que existen en las escuelas y centros de salud, así como reforzar la orientación hacia el trabajo interdisciplinario e intersectorial, afianzando la capacitación de los profesionales desde un enfoque de derechos.

En función de la baja prevalencia de problemáticas de alta complejidad en la infancia en la muestra estudiada -3 casos-, consideramos necesario generar prácticas que puedan acompañar el trabajo de la escuela y de la familia que permitan la construcción de procesos de participación para fortalecer el apoyo social y la identificación de situaciones de padecimiento. Los equipos de orientación escolar, los profesionales de la salud, los

familiares y otras personas cercanas pueden desempeñar funciones centrales en la detección de distintos tipos de situaciones problemáticas en la infancia.

Teniendo en cuenta que parte de la consulta por problemas de salud mental se realiza con médicos que no tienen formación específica en el área, se recomienda promover la formación integral y las prácticas interdisciplinarias para favorecer la disponibilidad y receptibilidad de los servicios de salud para evitar las oportunidades perdidas en la consulta a los diversos servicios.

Considerando las barreras de accesibilidad organizacionales y culturales relevadas, se sugiere orientar las acciones para mejorar la articulación entre los servicios de salud y la comunidad, fortaleciendo el primer nivel de atención; así como la incorporación de recursos humanos en los centros de atención primaria y ampliación de la oferta horaria de los servicios. Se recomienda la capacitación continua del personal de los equipos de salud para su actualización permanente en una perspectiva de derechos, de género y de reconocimiento de la diversidad cultural; así como garantizar el conocimiento y la difusión de la oferta de servicios de Salud Mental y Adicciones para la atención de los padecimientos subjetivos.

Si bien no se relevaron problemas graves de consumo de sustancias psicoactivas en la muestra estudiada, se recomienda incorporar intervenciones breves en los efectores de salud para poder atender los casos de riesgo moderado y especialmente los que requieran de un tratamiento intensivo.

BIBLIOGRAFIA

Altavilla, D; Antequera, A; Basile, H; Beines, F; Bentolila, S; Boronat, C; Girard, G; Martínez, C; Novas, S; Serfaty, E. (2012) *Lineamientos para la Atención del Intento de Suicidio en Adolescentes*. Dirección de Salud Mental y Adicciones. Ministerio de Salud de la Nación.

American Psychiatric Association (2000) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th Edition. Text Revised. Washington DC.

American Psychiatric Association (1995). *Breviario: criterios diagnósticos*. Masson, Barcelona.

Araya, R; Rojas, G; Fritsch, R; Gaete, J; Rojas, M; Simon, G; Peters, T; (2003) *Treating depression in primary care in low-income women in Santiago, Chile: a randomised controlled trial*. En Rev. The Lancet, Vol 361, March 22, 2003.

Augsburger, C (2004) *La inclusión del sufrimiento psíquico: un desafío para la epidemiología*. Universidad Nacional de Rosario. En *Psicología & Sociedade*; 16 (2): 71-80.

Augsburger, C; Gerlero, S; Davila, A. (2012) *Informe elaborado en el Marco del Convenio Colaborativo entre el Servicio de Salud Mental del Hospital de Niños "Víctor J. Vilela" y el Departamento de Epidemiología del Instituto de la Salud "J. Lazarte"*. Rosario.

Barcala, A; Luciani Conde, L. (comp.) (2015) *Salud mental y niñez en la Argentina: legislaciones, políticas y prácticas*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Teseo.

Beck, A., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. (1988) *An inventory for measuring clinical anxiety. Psychometric properties*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897.

Beck, A; Steer, R; Brown, G. (2014) *Inventario de depresión de Beck (segunda edición)*. Buenos Aires: Paidós.

Bravo M.J., Mejía I.E, Barrio G. (2008) *Encuestas de comportamiento en consumidores de drogas con alto riesgo (CODAR). Herramientas básicas. Cuaderno 1 Diseño del estudio, adaptación del cuestionario e indicadores, p. 79. Cuaderno 2 Manual de entrevista y aplicación del Cuestionario C-CODAR (VI-8) p. 68 y Cuaderno 3 Cuestionario C-CODAR p. 113.* Agencia Española de Cooperación Internacional, Ministerio de Sanidad y Consumo de España. Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). Washington D.C., EE.UU.

Caldwell BM, Bradley RH. (1984) *Home observation for measurement of the environment*. Little Rock. Edit. University of Arkansas at Little Rock.

Caldwell BM, Bradley RH. (2003) *HOME Inventory administration manual*. Little Rock. Edit. Print Design Inc.

Castillo Martell, W.H.; Saavedra Castillo, J.; Alburquerque Jaramillo, F; (2013) *Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Metropolitana y Callao Replicación 2012*. Informe General. Instituto Nacional de Salud Mental. Anales de Salud Mental Vol. XXIX. Año 2013, Suplemento 1. Lima.

D'Angelo, J; Hubez, G; De Cesare, M.D; Pedro, D; Farace, H; (2015) *Estudio sobre violencias contra la mujer. Basado en la International Violence Against Women Survey (IVAWS)*. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación. Dirección Nacional de Política Criminal en materia de justicia y legislación penal. Informe de resultados.

Derogatis L. (1994). SCL-90-R. *Symptom Checklist-90-R. Administration, Scoring and Procedures Manual*. National Computer System, Minneapolis.

Dirección Nacional de Información y Estadística Educativa. *Anuario Estadístico Educativo 2015*. Red Federal de Información Educativa. Secretaría de Innovación y Calidad

Educativa, Ministerio de Educación y Deportes de la Nación. Disponible en: <http://portales.educacion.gov.ar/diniece/2016/09/20/anuario-estadistico-educativo-2015/>

DSMyA/MSAL (2011) *Egresos hospitalarios por trastornos mentales y del comportamiento en Argentina. Sector público, 2011*, En Epidemiología en Salud Mental y Adicciones. Dir. Nac. De Salud Mental y Adicciones / Ministerio de Salud de la Nación.

DSMyA/MSAL (2012) *Un desafío Teórico - Metodológico: La Inclusión de la Epidemiología como articulador de la clínica y lo sanitario en la gestión de un servicio de Salud Mental en un Hospital Pediátrico de Alta Complejidad. Hospital de Niños Victor J. Vilela de la Secretaria de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario*. En: Experiencias de sistematización de información en Salud Mental y Adicciones, Dir. Nac. De Salud Mental y Adicciones / Ministerio de Salud de la Nación. Disponible en: <http://fhaycs-uader.edu.ar/files/Publicacion%20experiencia%20planillas.pdf>

Faraone, S. (2008) *Medicalización de la infancia: una mirada desde la complejidad de los actores y de las políticas*. Disponible en: <http://www.topia.com.ar/autores/silviafaraone>

INDEC (2011) *Encuesta Nacional sobre Prevalencias de Consumo de Sustancias Psicoactivas -ENPreCoSP2011-*. Realizada con el Ministerio de Justicia, Seguridad y Derechos Humanos y el Ministerio de Salud de la Nación. Disponible en: http://www.msal.gob.ar/saludmental/images/stories/info-equipos/pdf/2015-01-05_encuesta-nacional-sobre-prevalencias1.pdf

INDEC (2012) *Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010: resultados definitivos, Serie B nº 2. - 1a ed. -*: Instituto Nacional de Estadística y Censos. Buenos Aires.

INDEC (2013) *Tercera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo para Enfermedades no Transmisibles- ENFR 2013-*. Ministerio de Salud de la Nación.

Kohn, R; Levav, I; Caldas de Almeida, JM; Vicente, B; Andrade, L; Caraveo- Anduaga, JJ, Saraceno, B. (2005) *Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto*

prioritario para la salud pública. Rev. Panam. Salud Pública. 18 (4/5): 229-40. En ese artículo se analizar datos de estudios comunitarios publicados en la región entre 1980 y 2004.

Ley N° 26.657. Ley Nacional de Salud Mental. Argentina. Sancionada: 25-11-2010. Promulgada: 2-12-2010

Ley N° 26.061. Ley de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes. Sancionada: Septiembre 28 de 2005. Promulgada: 21 -10- 2005

Ley N° 26.485. Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales. Decreto Reglamentario 1011/ 2010.

Marradi, A; Archenti, N; y Piovani, J. I. (2007) *Metodología de las Ciencias Sociales*. Buenos Aires: Emecé Editores.

Ministerio de Salud de la Nación, INDEC (2015) *Tercera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo para Enfermedades No Transmisibles*. Primera Edición. Buenos Aires. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000544cnt-2015_09_04_encuesta_nacional_factores_riesgo.pdf

Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires (2014). *Boletín Epidemiológico N° 3*. Disponible en: <http://www.ms.gba.gov.ar/wp-content/uploads/2013/03/Boletin-Epidemiologico-Provincial-3-2014.pdf>

Observatorio Argentino de Drogas. SEDRONAR. *Principales indicadores relativos al consumo de sustancias psicoactivas. Síntesis nacional por provincias y por conglomerado urbano*. Agosto 2014. Disponible en: <http://www.observatorio.gov.ar/media/k2/attachments/PrincipalesZIndicadoresZRelativosZalZConsumoZdeZSustanciasZPsicoactivasZ-ZAnoZ2014.pdf>

Organización Mundial de la Salud (1978) *Atención primaria de salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma-Ata*, URSS, 6–12 de septiembre de 1978. WHO, Ginebra.

Organización Mundial de la Salud OMS/OPS (1990) *Declaración de Caracas Conferencia de Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina*, Caracas, Venezuela, 11-14 de Noviembre.

Organización Mundial de la Salud (2001) *Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud Mental. Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Ginebra.

Organización Mundial de la Salud (2011a) *La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST 3.0) - Manual para uso en la atención primaria*.

Organización Mundial de la Salud (2011b) *Intervención breve vinculada a ASSIST para el consumo problemático de sustancias - Manual para uso en la atención primaria*.

Pawlowicz, MP.; Galante, A.; Goltzman P.; Rossi, D.; Cymerman, P.; Touzé, G. (2011) “Dispositivos de atención para usuarios de drogas: Heterogeneidad y nudos problemáticos”. En Blanck, E. (coord.) Asesoría General Tutelar. *Panorámicas de Salud Mental: a un año de la Sanción de la Ley Nacional nº 26.657*. 1ª Edición. Nº6 de la Colección: De Incapaces a sujetos de derechos. Ed. Eudeba. Buenos Aires, p. 169-187. Disponible en: http://asesoria.jusbaires.gob.ar/sites/default/files/06_Panoramicas_salud_mental.pdf

Rodríguez, J. (2009) *Situación actual de la Salud Mental en América Latina y el Caribe desde la perspectiva de la OPS/OMS. Retos y proyecciones*. En: Cohen, H (comp.) *Salud mental y derechos humanos: vigencia de los estándares internacionales*. 1a ed. - Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud –OPS.

Rodríguez J., Aguilar-Gaxiola S. (editores) (2009) *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe*. Canino, G *Estudios de epidemiología psiquiátrica en niños y adultos de Puerto Rico: lo que hemos aprendido y lo que falta por aprender*,

Kohm, R.; Friedman, H. *La epidemiología del suicidio, los intentos y las ideaciones suicidas en América Latina y el Caribe* y Benjet, C. *La salud mental de la niñez y la adolescencia en América Latina y el Caribe*. OPS: Washington, D.C.

Rodríguez Espínola, S. y Enrique, H. C. (2006) *Validación Argentina del Cuestionario MOS de Apoyo Social Percibido* Disponible en: <http://www.palermo.edu/cienciassociales/publicaciones/pdf/Psico7/7Psico%2010.pdf>

Rossi, D., Pawlowicz MP, Zunino Singh D (2007) *Accesibilidad de los usuarios de drogas a los servicios públicos de salud en las ciudades de Buenos Aires y Rosario. La perspectiva de los trabajadores de la salud*. Serie Documentos de Trabajo. Ed. Intercambios Asociación Civil y Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, Buenos Aires, Argentina.

Samaja, J. (1993) *Epistemología y Metodología. Elementos para una teoría de la investigación científica*. Colección Temas. Buenos Aires: Ed. EUDEBA.

Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., y Lushene, R. E. (1970). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Consulting Psychologist Press. Palo Alto, California.

Temporetti, F; Bertolano, L; Augsburger, C; Enría, G: (2008) *Salud Mental en la Infancia. Estudio epidemiológico de la población 3-13 años en la ciudad de Rosario*. Convenio de cooperación institucional entre el Ministerio de Salud de Nación y la Facultad de Psicología de la UNR.

Vicente, B; Saldivia, S; de la Barra, F; Pihan, R; Valdivia, M; Rioseco, P; Melipillan, R; Zuniga, M; Escobar, B. (2010) *Epidemiología de trastornos mentales infanto-juveniles en la Provincia de Cautín*. En Rev. Med. Chile 2010; 138: 965-973 Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872010000800004

Acceso en: 5-09-2016

Vicente, B; Saldivia, S; de la Barra, F; Kohn, R; Pihan, R; Valdivia, M; Rioseco, P; Melipillan, R. (2012) *Prevalence of child and adolescent mental disorders in Chile: a*

community epidemiological study. En Journal of Child Psychology and Psychiatry
Disponible en: http://www.tdahlatinoamerica.org/documentos/JCPP_10_2012.pdf Acceso
en: 5 -09-16

Vicente, B; Saldivia, S; Valdivia, M; Melipillan. R; (2013) *Validación de la entrevista diagnóstica estructurada DISC-IV para la identificación de trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes en Chile* En REV CHIL NEURO-PSIQUIAT 2013; 51 (1): 70-78
Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272013000100009

Visauta, Vinacua, B. (1997) *Análisis estadístico con SPSS para Windows* Mc Graw Hill, Madrid.

Ware JE Jr, Sherbourne CD. (1992). *The MOS 36-item short-form health survey (SF-36) (I)*. Conceptual framework and item selection. Med Care.

Ware JE Jr, Snow KK, Kosinski M, Gandek B. (1993) *SF-36 Health Survey: manual and interpretation guide*. New England Medical Center, Boston.

Wlosko M, Ros C., Panigo DT, Letcher H, Strada J, Neffa JC, Rivero P. (2016) *Despidos masivos en Argentina: caracterización de la situación y análisis del impacto sobre la salud física y mental (2015-2016)*. Disponible en: <http://eppa.com.ar/wp-content/uploads/2017/01/DESPIDOS-MASIVOS-EN-ARGENTINA-CARACTERIZACION-DE-LA-SITUACION-Y-ANALISIS-DEL-IMPACTO-SOBRE-LA-SALUD-FISICA-Y-MENTAL-2015-2016-vFINAL.pdf>

Ynoub, R. (2013) *Estructura, génesis y dialéctica en la construcción de datos científicos*. Material de Cátedra de la materia Metodología de la Investigación en Psicología, de la Facultad de Psicología de la UBA. Buenos Aires: UBA.

Ynoub, R. (2015) *Cuestión de método. Aportes para una metodología crítica*. Tomo 1. ISBN-13: 9789871954483. 1ra. Edición. México: CengageLearning.

ANEXOS

Anexo I

Foto del Acuerdo con el Municipio de Lanús



Anexo II. Cuestionario

1

Estudio epidemiológico descriptivo de las problemáticas de salud mental y consumos problemáticos de sustancias en el Municipio de Lanús. Octubre 2016
--

FECHA

/
/2016

ENCUESTA N°:

Nombre de la encuestadora..... Radio Censal.....
 TEL. del encuestado..... Dirección

SECCION: DATOS SOCIO-DEMOGRAFICOS
--

<p>1. ¿Me podría decir su edad? SI MENOS DE 18 O MÁS DE 65 AÑOS TERMINAR</p>	<p>2. Localidad donde reside 1 Monte Chingolo 2 Lanús Oeste SI NO RESIDE EN LA LOC. TERMINAR</p>
<p>3. ¿Con qué género se identifica? 1 Masculino 2 Femenino 3 Trans</p>	<p>4. ¿En qué país nació? 1. Argentina 2. Otros (ESPECIFICAR).....</p>
<p>5. ¿Asiste o asistió a algún establecimiento educativo? 1 Asiste 2 Asistió 3 Nunca asistió ⇒ 9 98 No sabe 99 No contesta</p>	<p>6. ¿Cuál es el nivel más alto que cursa o cursó? 1 Jardín/Preescolar 2 Primario (1° a 6° ó 7° grado) 3 EGB. Educ. Gral Básica (1° a 6°/9° año) 4 Secundario (1° a 5° ó 6° años) 5 Polimodal (1° a 3° ó 4° años) 6 Terciario 7 Universitario 8 Posgrado universitario 9 Educación especial 10 Gestión social (bachillerato popular, cooperativa) 98 No sabe 99 No contesta</p>
<p>7. ¿Finalizó el nivel? 1 Si ⇒ 9 2 No 98 No sabe 99 No contesta</p>	<p>8. ¿Cuál fue el último grado/año que aprobó? 0 Ninguno 1 Primero 2 Segundo 3 Tercero 4 Cuarto 5 Quinto 6 Sexto 7 Séptimo 8 Octavo 9 Noveno 10 Otro..... 98 No sabe 99 No contesta</p>
<p>9. ¿Con cuántas personas vive, sin contarse Ud.? 0 Vive solo ⇒ 11 98 No sabe 99 No contesta</p>	<p>10. ¿Con quién vive? (MULTIPLE) 1 Con la pareja 2 Con el padre 3 Con la madre 4 Con hermanos/as 5 Con otro pariente adulto 6 Con los hijos (sean suyos o no) 7 Con amigos 8 Otros:..... 98 No sabe 99 No contesta</p>
<p>11. ¿Cuál es su estado civil actual? 1 Soltero (nunca se casó) 2 Legalmente casado ⇒ 13a 3 Viviendo con su pareja ⇒ 13a 4 Separado 5 Divorciado 6 Viudo 98 No sabe 99 No contesta</p>	<p>12. ¿Tiene una pareja, novio/a, "sale con alguien"? (relación no ocasional) 1 Sí 2 No 98 No sabe 99 No contesta</p>
<p>13a. ¿Cuántos hijos tiene? 0 Ninguno 98 No sabe 99 No contesta</p>	<p>13b. ¿Qué edad tiene/n? (De mayor a menor) <table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"></table></p>

SECCIÓN: PROBLEMAS DE SALUD

14. En general...			15. Para la atención de su salud...		
	...Ud. diría que su salud es...? LEER	... ¿y su salud mental es? LEER		...tiene Obra Social? (incluye PAMI)	...tiene Ud. una Prepaga?
Excelente	1	1	Sí	1	1
Muy buena	2	2	No	2	2
Buena	3	3	No sabe	98	98
Regular	4	4	No contesta	99	99
Mala	5	5			
No sabe	98	98			
No contesta	99	99			

16. ¿Dónde atiende sus problemas de salud en general? (MULTIPLE). Registrar nombre:.....

1 Hospital Público	6 Farmacia
2 Centro de Salud - Salita	7 Otro: (especificar)
3 Clínica u hospital privado
4 Consultorio privado	98 No sabe
5 Medicina oriental	99 No contesta

SECCION: APOYO SOCIAL

17. 1. Aproximadamente, ¿cuántos amigos íntimos o personas de su familia cercanos tiene Ud.? (personas con las que se encuentra a gusto y puede hablar acerca de todo lo que se le ocurre):

(MOSTRAR TARJETA Y LEER) La gente busca a otras personas para encontrar compañía, asistencia, u otros tipos de ayuda. ¿Con qué frecuencia dispone Ud. de cada uno de los siguientes tipos de apoyo cuando lo necesita? Marque con un círculo uno de los números de cada fila.

	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	La mayoría de las veces	Siempre
2. Alguien que le ayude cuando tenga que estar en la cama	1	2	3	4	5
3. Alguien con quien pueda contar cuando necesita hablar	1	2	3	4	5
4. Alguien que le aconseje cuando tenga problemas	1	2	3	4	5
5. Alguien que le lleve al médico cuando lo necesite	1	2	3	4	5
6. Alguien que le muestre amor y afecto	1	2	3	4	5
7. Alguien con quien pasar un buen rato	1	2	3	4	5
8. Alguien que le informe y le ayude a entender una situación	1	2	3	4	5
9. Alguien con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problemas	1	2	3	4	5
10. Alguien que le ayude en sus tareas domésticas si está enfermo/a	1	2	3	4	5
11. Alguien con quien compartir sus temores y problemas más íntimos	1	2	3	4	5
12. Alguien a quien amar y hacerle sentirse querido	1	2	3	4	5

SECCION: DEPRESIÓN

18. (MOSTRAR TARJETA Y LEER) Por favor **lea** cada uno de los enunciados cuidadosamente. Luego elija de cada grupo, el que mejor describa cómo se ha sentido **EN LAS ÚLTIMAS DOS SEMANAS, incluyendo el día de hoy** (si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, dígame el número más alto).

<p>a. Tristeza</p> <p>0. No me siento triste.</p> <p>1. Me siento triste gran parte del tiempo.</p> <p>2. Estoy triste todo el tiempo.</p> <p>3. Estoy tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.</p>	<p>b. Pesimismo</p> <p>0. No estoy desalentado respecto de mi futuro.</p> <p>1. Me siento más desalentado respecto de mi futuro de lo que solía estarlo.</p> <p>2. No espero que las cosas funcionen para mí.</p> <p>3. Siento que no hay esperanza para mi futuro y que solo puede empeorar.</p>
<p>c. Fracaso</p> <p>0. No me siento como un fracasado.</p> <p>1. He fracasado más de lo que hubiera debido.</p> <p>2. Cuando miro hacia atrás veo muchos fracasos.</p> <p>3. Siento que como persona soy un fracaso total.</p>	<p>d. Pérdida de placer</p> <p>0. Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.</p> <p>1. No disfruto tanto las cosas como solía hacerlo.</p> <p>2. Obtengo muy poco placer de las cosas de las que solía disfrutar.</p> <p>3. No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.</p>

<p>e. Sentimientos de culpa</p> <p>0. No me siento particularmente culpable.</p> <p>1. Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.</p> <p>2. Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.</p> <p>3. Me siento culpable todo el tiempo.</p>	<p>f. Sentimientos de castigo</p> <p>0. No siento que estoy siendo castigado.</p> <p>1. Siento que tal vez pueda ser castigado.</p> <p>2. Espero ser castigado.</p> <p>3. Siento que estoy siendo castigado.</p>
<p>g. Disconformidad con uno mismo</p> <p>0. Siento acerca de mí lo mismo que siempre.</p> <p>1. He perdido la confianza en mí mismo.</p> <p>2. Estoy decepcionado conmigo mismo.</p> <p>3. No me gusta a mí mismo.</p>	<p>h. Autocrítica</p> <p>0. No me siento crítico ni me culpo más de lo habitual.</p> <p>1. Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo.</p> <p>2. Me critico a mí mismo por todos mis errores.</p> <p>3. Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.</p>
<p>i. Pensamientos o deseos suicidas</p> <p>0. No tengo ningún pensamiento de matarme.</p> <p>1. He tenido pensamientos de matarme pero no lo haría.</p> <p>2. Querría matarme.</p> <p>3. Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.</p>	<p>j. Llanto</p> <p>0. No lloro más de lo que solía hacerlo.</p> <p>1. Lloro más de lo que solía hacerlo.</p> <p>2. Lloro por cualquier pequeñez.</p> <p>3. Siento ganas de llorar pero no puedo.</p>
<p>k. Agitación</p> <p>0. No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.</p> <p>1. Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.</p> <p>2. Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto.</p> <p>3. Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.</p>	<p>l. Pérdida de interés</p> <p>0. No he perdido el interés en otras actividades o personas.</p> <p>1. Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.</p> <p>2. He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.</p> <p>3. Me es difícil interesarme por algo.</p>
<p>m. Indecisión</p> <p>0. Tomo mis decisiones tan bien como siempre.</p> <p>1. Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones.</p> <p>2. Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.</p> <p>3. Tengo problemas para tomar cualquier decisión.</p>	<p>n. Desvalorización</p> <p>0. No siento que yo no sea valioso.</p> <p>1. No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme.</p> <p>2. Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.</p> <p>3. Siento que no valgo nada.</p>
<p>ñ. Pérdida de energía</p> <p>0. Tengo tanta energía como siempre.</p> <p>1. Tengo menos energía de la que solía tener.</p> <p>2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado.</p> <p>3. No tengo energía suficiente para hacer nada.</p>	<p>o. Cambios en los hábitos de sueño</p> <p>0. No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.</p> <p>1. a. Duermo un poco más que lo habitual. b. Duermo un poco menos que lo habitual.</p> <p>2. a. Duermo mucho más que lo habitual. b. Duermo mucho menos que lo habitual.</p> <p>3. a. Duermo la mayor parte del día. b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme.</p>
<p>p. Irritabilidad</p> <p>0. No estoy más irritable que lo habitual.</p> <p>1. Estoy más irritable que lo habitual.</p> <p>2. Estoy mucho más irritable que lo habitual.</p> <p>3. Estoy irritable todo el tiempo.</p>	<p>q. Cambios en el apetito</p> <p>0. No he experimentado ningún cambio en mi apetito.</p> <p>1. a. Mi apetito es un poco menor que lo habitual. b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.</p> <p>2. a. Mi apetito es mucho menor que antes. b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual.</p> <p>3. a. No tengo apetito en lo absoluto. b. Quiero comer todo el tiempo.</p>
<p>r. Dificultad de concentración</p> <p>0. Puedo concentrarme tan bien como siempre.</p> <p>1. No puedo concentrarme tan bien como habitualmente.</p> <p>2. Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.</p> <p>3. Encuentro que no puedo concentrarme en nada.</p>	<p>s. Cansancio o fatiga</p> <p>0. No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.</p> <p>1. Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.</p> <p>2. Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.</p> <p>3. Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.</p>
<p>t. Pérdida de interés en el sexo</p> <p>0. No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.</p> <p>1. Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.</p> <p>2. Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo.</p> <p>3. He perdido completamente el interés en el sexo.</p>	

<p>19. En los últimos 12 meses ¿Un amigo, un familiar o alguien más alguna vez ha mostrado preocupación por alguna situación relacionada con su salud mental?</p> <p>1 Sí ⇒ 19a. ¿Quién?.....</p> <p>2 No</p> <p>98 No sabe</p> <p>99 No contesta</p> <p>19b. ¿Con qué tuvo que ver? PROFUNDIZAR.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	
<p>20. ¿En los últimos 12 meses ha vivido alguna situación estresante como una separación, el fallecimiento de algún familiar, un accidente grave u otra?</p> <p>1 Sí</p> <p>2 No</p> <p>98 No sabe</p> <p>99 No contesta</p>	
<p>21. Cuando le pasan alguna de estas cosas ¿qué hace para sentirse mejor? PROFUNDIZAR</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	
<p>22. En los últimos 12 meses, consultó o se atendió con alguien (profesional, o no, de la salud) por esos problemas que mencionó?</p> <p>1 Sí</p> <p>2 No ⇒ 23. ¿Por qué?</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>PASAR A ⇒ 29 - SECCION CONSUMO DE SUSTANCIAS</p>	
<p>24. ¿A quién consultó? MULTIPLE</p> <p>1 Psicólogo</p> <p>2 Psiquiatra</p> <p>3 Neurólogo</p> <p>4 Clínico</p> <p>5 Homeópata</p> <p>6 Curandero</p> <p>7 Pastor/cura</p> <p>8 Farmacéutico</p> <p>9 Otros: (especificar).....</p> <p>98 No sabe</p> <p>99 No contesta</p>	<p>25. ¿Dónde realizó la consulta? ESPECIFICAR:</p> <p>.....</p> <p>1 Hospital Público</p> <p>2 Centro de Salud - Salita</p> <p>3 Clínica u hospital privado</p> <p>4 Consultorio privado</p> <p>5 Medicina oriental</p> <p>6 Farmacia</p> <p>7 Otro: (especificar).....</p> <p>.....</p> <p>98 No sabe</p> <p>99 No contesta</p>
<p>26. ¿En qué zona o ciudad realizó la consulta?</p> <p>1 En Capital Federal</p> <p>2 En Lanús Oeste</p> <p>3 En Monte Chingolo</p> <p>4 En otra localidad de Lanús</p> <p>5 En otra localidad de la Prov. De Bs.As</p> <p>6 Otro lugar:.....</p> <p>98 No sabe</p> <p>99 No contesta</p>	<p>27. A raíz de ese problema ¿está haciendo o hizo algún tratamiento?</p> <p>1 Sí</p> <p>2 No⇒29</p> <p>98 No sabe⇒29</p> <p>99 No contesta⇒29</p>
<p>28. ¿Qué tipo de tratamiento realizó o está realizando? PROFUNDIZAR</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	

SECCION: CONSUMO DE SUSTANCIAS

29. (LEER): Le voy hacer algunas preguntas sobre su **experiencia de consumo de sustancias**. Las sustancias de las que vamos a hablar pueden ser fumadas, ingeridas, inhaladas, inyectadas o consumidas en forma de pastillas. Para esta entrevista, no vamos a anotar medicamentos que hayan sido indicados por un médico. Sin embargo, si igual los toma por otros motivos o los toma más frecuentemente o en dosis más altas a las indicadas, entonces dígamelo. Le recuerdo que esta información será tratada con absoluta confidencialidad.

1. A lo largo de su vida, ¿cuál de las siguientes sustancias ha consumido alguna vez? (SOLO PARA USOS NO-MÉDICOS)	No	Sí
a. Tabaco (cigarrillos, pipa, etc.)	0	3
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, etc.)	0	3
c. Marihuana, porro, hashish, etc. (Cannabis)	0	3
d. Cocaína (incluye paco, pasta base, etc.)	0	3
e. Anfetaminas/estimulantes (éxtasis, pastillas adelgazantes, speed, etc.)	0	3
f. Inhalantes (nafta, pegamento, etc.)	0	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium, Alprazolam, Lorazepam, Clonazepam, Rohipnol, Rivotril, etc.)	0	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, hongos, etc.)	0	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, morfina, demerol, etc.)	0	3
j. Otros - especifique:	0	3

Compruebe si todas las respuestas son negativas: "¿Ni siquiera cuando estaba en la escuela?"

- Si contestó "No" a todos los ítems, **PASE A SECCIÓN INFANCIA = Pregunta 33.**
- Si contestó "Sí" a alguno de estos ítems, siga a la Pregunta 2 para cada sustancia que ha consumido alguna vez.

2. (MOSTRAR TARJETA) ¿Con qué frecuencia ha consumido las sustancias que ha mencionado en los últimos tres meses, (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC.)?	Nunca	1 o 2 veces	Cada mes	Cada semana	A diario o casi a diario
a. Tabaco (cigarrillos, pipa, etc.)	0	2	3	4	6
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, etc.)	0	2	3	4	6
c. Marihuana, porro, hashish, etc. (Cannabis)	0	2	3	4	6
d. Cocaína (incluye paco, pasta base, etc.)	0	2	3	4	6
e. Anfetaminas/estimulantes (éxtasis, pastillas adelgazantes, speed, etc.)	0	2	3	4	6
f. Inhalantes (nafta, pegamento, etc.)	0	2	3	4	6
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium, Alprazolam, Lorazepam, Clonazepam, Rohipnol, Rivotril, etc.)	0	2	3	4	6
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, hongos, etc.)	0	2	3	4	6
i. Opiáceos (heroína, metadona, morfina, demerol, etc.)	0	2	3	4	6
j. Otros - especifique:	0	2	3	4	6

Si ha respondido "Nunca" a todos los ítems en la Pregunta 2, **salte a la PREGUNTA 6.**

Si ha consumido alguna de las sustancias de la Pregunta 2 en los últimos tres meses, continúe con las **preguntas 3, 4 y 5** para cada una de las sustancias que ha consumido.

3. ¿En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha tenido deseos fuertes o ansias de consumir (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC.)?	Nunca	1 o 2 veces	Cada mes	Cada semana	A diario o casi a diario
a. Tabaco (cigarrillos, pipa, etc.)	0	3	4	5	6
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, etc.)	0	3	4	5	6
c. Marihuana, porro, hashish, etc. (Cannabis)	0	3	4	5	6
d. Cocaína (incluye paco, pasta base, etc.)	0	3	4	5	6
e. Anfetaminas/estimulantes (éxtasis, pastillas adelgazantes, speed, etc.)	0	3	4	5	6
f. Inhalantes (nafta, pegamento, etc.)	0	3	4	5	6
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium, Alprazolam, Lorazepam, Clonazepam, Rohipnol, Rivotril, etc.)	0	3	4	5	6
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, hongos, etc.)	0	3	4	5	6
i. Opiáceos (heroína, metadona, morfina, demerol, etc.)	0	3	4	5	6
j. Otros - especifique:	0	3	4	5	6

4. En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia le ha llevado su consumo de (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC) a tener problemas de salud, sociales, legales o económicos?	Nunca	1 o 2 veces	Cada mes	Cada semana	A diario o casi a diario
a. Tabaco (cigarrillos, pipa, etc.)	0	4	5	6	7
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, etc.)	0	4	5	6	7
c. Marihuana, porro, hashish, etc. (Cannabis)	0	4	5	6	7
d. Cocaína (incluye paco, pasta base, etc.)	0	4	5	6	7
e. Anfetaminas/estimulantes (éxtasis, pastillas adelgazantes, speed etc.)	0	4	5	6	7
f. Inhalantes (nafta, pegamento, etc.)	0	4	5	6	7
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium, Alprazolam, Lorazepam, Clonazepam, Rohipnol, Rivotril, etc.)	0	4	5	6	7
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, hongos, etc.)	0	4	5	6	7
i. Opiáceos (heroína, metadona, morfina, demerol, etc.)	0	4	5	6	7
j. Otros - especifique:	0	4	5	6	7

5. En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia dejó de hacer lo que se esperaba de usted habitualmente por el consumo de (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)?	Nunca	1 o 2 veces	Cada mes	Cada semana	A diario o casi a diario
a. Tabaco (cigarrillos, pipa, etc.)	0	5	6	7	8
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, etc.)	0	5	6	7	8
c. Marihuana, porro, hashish, etc. (Cannabis)	0	5	6	7	8
d. Cocaína (incluye paco, pasta base, etc.)	0	5	6	7	8
e. Anfetaminas/estimulantes (éxtasis, pastillas adelgazantes, speed etc.)	0	5	6	7	8
f. Inhalantes (nafta, pegamento, etc.)	0	5	6	7	8
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium, Alprazolam, Lorazepam, Clonazepam, Rohipnol, Rivotril, etc.)	0	5	6	7	8
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, hongos, etc.)	0	5	6	7	8
i. Opiáceos (heroína, metadona, morfina, demerol, etc.)	0	5	6	7	8
j. Otros - especifique:	0	5	6	7	8

Haga las preguntas 6 y 7 para todas las sustancias que ha consumido ALGUNA VEZ (es decir, aquellas abordadas en la Pregunta 1)

6. (MOSTRAR TARJETA) ¿Un amigo, un familiar o alguien más alguna vez ha mostrado preocupación por su consumo de (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)?	No, nunca	Sí, en los últimos 3 meses	Sí, pero no en los últimos 3 meses
a. Tabaco (cigarrillos, pipa, etc.)	0	6	3
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, etc.)	0	6	3
c. Marihuana, porro, hashish, etc. (Cannabis)	0	6	3
d. Cocaína (incluye paco, pasta base, etc.)	0	6	3
e. Anfetaminas/estimulantes (éxtasis, pastillas adelgazantes, speed etc.)	0	6	3
f. Inhalantes (nafta, pegamento, etc.)	0	6	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium, Alprazolam, Lorazepam, Clonazepam, Rohipnol, Rivotril, etc.)	0	6	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, hongos, etc.)	0	6	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, morfina, demerol, etc.)	0	6	3
j. Otros - especifique:	0	6	3

	7a. ¿Ha intentado alguna vez controlar, reducir o dejar de consumir (1ra DROGA, 2da DROGA, ETC)?		7b. Si "Sí", ¿Tuvo éxito? (Preguntar por 1ra DROGA, 2da DROGA, ETC)?	
	Sí	No	Sí	No
a. Tabaco (cigarrillos, pipa, etc.)	1	2	1	2
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, etc.)	1	2	1	2
c. Marihuana, porro, hashish, etc. (Cannabis)	1	2	1	2
d. Cocaína (incluye paco, pasta base, etc.)	1	2	1	2
e. Anfetaminas/estimulantes (éxtasis, pastillas adelgazantes, speed etc.)	1	2	1	2
f. Inhalantes (nafta, pegamento, etc.)	1	2	1	2
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium, Alprazolam, Lorazepam, Clonazepam, Rohipnol, Rivotril, etc.)	1	2	1	2
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, hongos, etc.)	1	2	1	2
i. Opiáceos (heroína, metadona, morfina, demerol, etc.)	1	2	1	2
j. Otros - especifique:	1	2	1	2

Si respondió "NO" EN TODAS LAS SUSTANCIAS EN 7a **salte a la PREGUNTA 8.**

7c. ¿Cuándo fue la última vez que lo intentó y no tuvo éxito?	No, nunca	Sí, en los últimos 3 meses	Sí, pero no en los últimos 3 meses
a. Tabaco (cigarrillos, pipa, etc.)	0	6	3
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, etc.)	0	6	3
c. Marihuana, porro, hashish, etc. (Cannabis)	0	6	3
d. Cocaína (incluye paco, pasta base, etc.)	0	6	3
e. Anfetaminas/estimulantes (éxtasis, pastillas adelgazantes, speed etc.)	0	6	3
f. Inhalantes (nafta, pegamento, etc.)	0	6	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium, Alprazolam, Lorazepam, Clonazepam, Rohipnol, Rivotril, etc.)	0	6	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, hongos, etc.)	0	6	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, morfina, demerol, etc.)	0	6	3
j. Otros - especifique:	0	6	3

7d. ¿Qué hizo para dejar de consumir? (PROFUNDIZAR)

.....

.....

.....

	No, nunca	Sí, en los últimos 3 meses	Sí, pero no en los últimos 3 meses
8. ¿Ha consumido alguna vez alguna droga por vía inyectada? (SIN INDICACION MÉDICA)	0	2	1

30. En los últimos 12 meses ¿Hizo TRATAMIENTOS por DROGAS? 1 Sí 2 No 98 No sabe 99 No contesta	31. ¿Qué tipo de tratamiento hizo/hace? (PROFUNDIZAR) 32. ¿En qué institución/con quién? (REGISTRAR NOMBRE)
---	--

SECCIÓN: INFANCIA

PREGUNTAR A TODOS LOS QUE TENGAN HIJOS PROPIOS DE 6 A 12 AÑOS EN PREGUNTA 13b. DE LO CONTRARIO: - MUJERES PASAN A P.64 SECCIÓN GÉNERO, - HOMBRES A P.79 SECCIÓN SITUACIÓN LABORAL.

LEER: "Ahora vamos a hablar de sus hijos de 6 a 12 años..."

- Si tiene 1 o 2 hijos de 6 a 12 años preguntar el/los nombres y anotarlos en cada uno de los casilleros.
- Si tiene más de dos hijos de 6 a 12 años LEER: "Por favor dígame los nombres de los dos que están más próximos a cumplir años". Registrar los nombres en cada uno de los casilleros

NOMBRE DE CADA UNO DE LOS HIJOS HIJAS	1.	2
33. Registrar sexo		
Masculino	1	1
Femenino	2	2
34. ¿Cuántos años tiene/n (de mayor a menor)?		

35. ¿Con quién vive/n? (MULTIPLE)		
▪ Con la madre	1	1
▪ Con el padre	2	2
▪ Con hermano/s de los mismos padres	3	3
▪ Con hermano/s, hijos del padre o de la madre	4	4
▪ Con otro pariente adulto	5	5
▪ Con otro pariente no adulto	6	6
▪ Con la pareja de la madre	7	7
▪ Con la pareja del padre	8	8
▪ Otras personas (especificar):.....	9	9
36. ¿Va/n a la escuela?		
SI	1	1
NO	2	2
37. ¿A qué tipo de escuela va/n? (MULTIPLE)		
▪ Escuela pública	1	1
▪ Escuela privada	2	2
▪ Gestión social (bachillerato popular, cooperativa)	3	3
▪ Escuela especial	4	4

NOMBRE DE CADA UNO DE LOS HIJO/S HIJA/S	1.	2.
38. ¿Alguno repitió alguna vez?		
SI	1	1
38 a. ¿Cuántas veces?		
NO	2	2
39. En los últimos 12 meses, ¿la/lo citaron de la escuela por algún problema?		
SI	1	1
NO	2 ⇒ 42	2 ⇒ 42
40. ¿Con qué tuvo que ver? (PROFUNDIZAR)		
.....		
.....		
.....		
41. SI MÁS DE UN HIJO ¿Con qué tuvo que ver? (PROFUNDIZAR)		
.....		
.....		
.....		

42. En los últimos 12 meses ¿un familiar o alguien más mostró preocupación por alguna situación relacionada con alguno de estos hijos?	SI	1	1
	NO	2 ⇒ 45	2 ⇒ 45
42 a. Si "Sí" ¿Quién?			
43. ¿Con qué tuvo que ver? (PROFUNDIZAR)			
.....			
.....			
44. SI MÁS DE UN HIJO. ¿Con qué tuvo que ver? (PROFUNDIZAR)			
.....			
.....			
45. Ahora vamos a hablar de la salud. ¿Alguno de ellos tiene algún problema de salud crónico, es decir, que lo tiene desde hace más de 6 meses?			
SI	1	1	
NO	2 ⇒ 48	2 ⇒ 48	
46. Si "Sí", ¿Qué problema tiene? (PROFUNDIZAR)			
.....			
.....			
47. ¿Cómo se ocupa de su cuidado? (PROFUNDIZAR)			
.....			
.....			

48. Ahora le voy a preguntar por algunas situaciones que a veces se presentan en los chicos... En los últimos 12 meses, ¿Alguno de ellos tuvo alguno de los siguientes problemas? SI "Sí" CIRCULAR NÚMERO		
NOMBRE DEL/LOS HIJO/S HIJA/S	1.	2
a. Se sintió triste o angustiado/con ganas de llorar sin saber por qué	1	1
b. Se mostró muy retraído ó muy tímido	2	2
c. Tuvo problemas de obesidad	3	3
d. Se provocó vómitos frecuentemente ó se negó a comer por verse mal	4	4
e. Se ha hecho pis en la cama frecuentemente	5	5
f. Intentó lastimarse, cortarse o quitarse la vida	6	6
g. Habló de querer matarse	7	7
h. Se sintió inferior o creyó que no valía nada	8	8
i. Tuvo miedos exagerados, pesadillas ó insomnio	9	9
j. Tuvo dificultad para hablar o pronunciar algunas letras	10	10
k. Se negó a hablar / prefirió estar solo.	11	11
l. Escuchó como si alguien le hablara cuando no había nadie o dijo haber visto cosas que los demás no veían/ sintió como si todos lo miraban o estuvieran hablando mal de él	12	12
m. Vivió alguna situación traumática, como un accidente en la casa, en la calle, o fallecimiento de alguien querido	14	14
n. ¿Algún otro problema que no haya mencionado?	15	15

NOMBRE DEL/LOS HIJO/S HIJAS	1.	2
-----------------------------	----	---

49. ¿Sabe si alguno consumió en los últimos 12 meses...? SI "Sí" CIRCULAR NÚMERO		
a. Cigarrillos	1	1
b. Marihuana	2	2
c. Alcohol	3	3
d. ¿Otra sustancia? (ESPECIFICAR)	4	4
.....		
No sabe	98	98
No contesta	99	99

50. En los últimos 12 meses, ¿alguno de ellos pasó por alguna situación de maltrato físico (fue golpeado/a, pateado/a, le torcieron el brazo o lo lastimaron)?	SI	1	1
	NO	2 ⇒ 53	2 ⇒ 53
51. Si "Sí" ¿Por parte de quién?			

52. ¿Con qué tuvo que ver? (PROFUNDIZAR)		
.....		
.....		
.....		

53. En los últimos 12 meses, ¿alguno de ellos pasó por alguna situación de maltrato psicológico (como gritos, insultos, amenazas, burlas frecuentes)?	SI	1	1
	NO	2 ⇒ 56	2 ⇒ 56

54. Si "Sí" ¿Por parte de quién?(Especificar):		
55. ¿Con qué tuvo que ver? (PROFUNDIZAR)		
.....		
.....		
.....		

56. En los últimos 12 meses consultó con algún profesional, o no, de la salud por esos problemas...? MENCIONAR			
	SI	1	1
	NO	2 ⇒ 63	2 ⇒ 63

57. Si "Sí", ¿Por cuál problema consultó?		
.....		

58. ¿En qué institución/ con quién? (REGISTRAR NOMBRE)		
.....		
.....		

59. Si "Sí" ¿Qué tipo de tratamientos hizo/hace? (PROFUNDIZAR)		
.....		
.....		

60. ¿Le dieron algún diagnóstico?			
	SI	1	1
60a. ¿Cuál?:			
	NO	2	2
61. ¿Toma o tomó algún medicamento por estas situaciones?			
	SI	1	1
61 a. ¿Cuál?:			
	NO	2	2
62. ¿Estuvo internado por problemas de salud mental?			
	SI	1	1
62 a ¿Dónde?:			
	NO	2	2

PASAR A P.64. SECCION GÉNERO

63. Si "No" ¿Por qué no consultó?		
.....		
.....		
.....		

SECCION: GÉNERO**SÓLO A MUJERES Y TRANS. SI HOMBRE, PASAR A SECCIÓN ACCESIBILIDAD. PREG-73**

Voy a hacerle algunas preguntas acerca de sus experiencias personales. Algunas de ellas pueden ser difíciles de responder, pero no está obligada a hacerlo.

Por favor, piense cuidadosamente en los hombres que ha conocido (amigos o familiares, conocidos casualmente, esposos o parejas actuales o anteriores) y hombres desconocidos:

64. “Desde que tenía 16 años o más, ¿ALGUN HOMBRE...?” LEER CADA FRASE DE LA GRILLA.

65. PARA CADA UNA DE LAS FRASES QUE CONTESTÓ SÍ EN P.64 PREGUNTAR:

“Y en los últimos 12 meses, ¿ALGÚN HOMBRE...?” LEER

		64. Desde 16 años				65. Últimos 12 meses			
		SI	NO	NS	NC	SI	NO	NS	NC
1	¿La amenazó con la intención de lastimarla físicamente?	1	2	98	99	1	2	98	99
2	¿Le arrojó o la golpeó con algo que pudiera lastimarla o asustarla?	1	2	98	99	1	2	98	99
3	¿La empujó, agarró, torció el brazo o le tironeó el pelo de tal forma que la lastimó o la asustó?	1	2	98	99	1	2	98	99
4	¿La cacheteó, pateó, o la golpeó con el puño?	1	2	98	99	1	2	98	99
5	¿Trató de ahorcarla o ahogarla, o la quemó con alguna sustancia?	1	2	98	99	1	2	98	99
6	¿Usó o trató de usar un cuchillo o una pistola hacia usted?	1	2	98	99	1	2	98	99
7	¿Usó otro tipo de violencia?	1	2	98	99	1	2	98	99
8	¿Tuvo relaciones sexuales forzadas?	1	2	98	99	1	2	98	99
9	¿Intentó tener relaciones sexuales en forma forzada?	1	2	98	99	1	2	98	99
10	¿La manoseó sexualmente?	1	2	98	99	1	2	98	99
11	¿La forzó a tener relaciones sexuales con otra persona?	1	2	98	99	1	2	98	99
12	¿Usó otro tipo de violencia sexual?	1	2	98	99	1	2	98	99
13	¿La celó o la controló de alguna manera?	1	2	98	99	1	2	98	99
14	¿La insultó o la denigró de alguna manera?	1	2	98	99	1	2	98	99

SI “NO” EN TODAS LAS FRASES PASAR A PREGUNTA 78 SECCION ACCESIBILIDAD. SI “SÍ” CONTINUAR

<p>66. Esa persona que ... LEER LA/S FRASE/S QUE DIJO “SI” EN PREG. 65 (ULT 12 meses) era o eran:</p> <p>1 Su actual esposo o pareja 2 Su anterior esposo o pareja 3 Su novio actual 4 Su novio anterior 5 Otro pariente, especificar: 6 Cualquier otro hombre que sea un conocido, amigo o compañero de trabajo 7 Un extraño 98 No sabe 99 No contesta</p>	<p>67. Ahora le voy a hacer preguntas sobre el incidente más reciente ¿Dónde ocurrió el ese incidente?</p> <p>1 Su propia casa 2 La casa de él 3 La casa de alguien 4 Calle, callejón 5 Estacionamiento 6 Coche 7 Trabajo 8 Bar, discoteca 9 Áreas rurales, bosques, parques, camping 10 Edificio público (excluir escuela) 11 Escuela, colegio, campus 12 Transporte público 13 Otros (especificar):..... 98 No sabe 99 No contesta</p>
<p>68. ¿Su (actual-anterior pareja-novio, pariente, etc.) (LEER LO QUE CORRESPONDA) consumió drogas o alcohol en el momento de ese incidente?</p> <p>1 Alcohol 2 Drogas 3 Alcohol y drogas 4 Nada 98 No sabe 99 No contesta</p>	<p>69. ¿Fue físicamente herida?</p> <p>1 Sí 2 No 98 No sabe 99 No contesta</p>

<p>70. ¿Sintió que su vida estuvo en peligro durante ese incidente?</p> <p>1 Sí 2 No 98 No sabe 99 No contesta</p>	<p>71. En nuestro país existen organismos para ayudar a las mujeres con experiencias similares. En relación con este incidente, ¿se contactó con alguna institución especializada?</p> <p>1 Sí ⇒ 71a ¿Cuál?..... 2 No 98 No sabe 99 No contesta</p>
<p>72. ¿Cuán grave fue ese incidente para usted en el momento? LEER</p> <p>1 Muy grave 2 Algo Grave 3 No muy grave 98 No sabe 99 No contesta</p>	<p>73. ¿Consideró el incidente como ...? LEER</p> <p>1 Un delito 2 Algo malo pero no un delito 3 Algo que solo sucedió 98 No sabe 99 No contesta</p>
<p>74. ¿Realizó la denuncia contra su (actual-anterior pareja-novio, pariente, etc.)?</p> <p>1 Sí 2 No 3 No sabía que podía denunciarlo 98 No sabe 99 No contesta</p>	<p>75. ¿Produjo la denuncia una condena judicial?</p> <p>1 Sí 2 No 3 El proceso judicial continúa 98 No sabe 99 No contesta</p>
<p>76. ¿Alguno de los hijos que viven o vivían con usted fue en algún momento testigo de cualquier incidente violento protagonizado por su (actual-anterior pareja-novio)?</p> <p>1 Sí, creo que sí 2 No, no lo creo 3 Sin hijos/ sin hijos viviendo conmigo en ese momento 98 No sabe 99 No contesta</p>	<p>77. Aparte de las personas ya mencionadas, ¿alguna vez habló con alguien sobre lo que sucedió? y ¿con alguien más? NO LEER OPCIONES. MULTIPLE</p> <p>1 Familia conviviente 2 Otro pariente 3 Amigo/vecino 4 Compañero de trabajo/colegio/jefe 5 Líder religioso 6 Doctor, enfermera 7 Psicólogo, psiquiatra 8 Algún otro (especificar): 9 Ninguna de las anteriores 98 No sabe 99 No contesta</p>

SECCION: ACCESIBILIDAD

78. (MOSTRAR TARJETA Y LEER) Aquí hay una lista de dificultades que pueden tener las personas al momento de decidir atender sus problemas de salud. Para cada una de ellas dígame cuántas veces le ha pasado en función de estos problemas de los que estamos hablando.	Nunca	Casi nunca	La mitad de las veces	Casi siempre	Siempre
1. Esperar mucho hasta ser atendido	1	2	3	4	5
2. Que le den un turno a muy largo plazo	1	2	3	4	5
3. Que no haya turnos	1	2	3	4	5
4. Que le den horarios de atención en los que no pueda asistir porque tiene otras actividades	1	2	3	4	5
5. Que le den pocas alternativas de horarios	1	2	3	4	5
6. Que el lugar donde se tiene que atender le quede muy lejos	1	2	3	4	5
7. No tener dinero para viajar	1	2	3	4	5
8. No tener dinero para comprar los medicamentos	1	2	3	4	5
9. Que el profesional no le explique bien lo que le pasa	1	2	3	4	5
10. Que el profesional la/lo atienda muy rápido	1	2	3	4	5
11. ¿Algún otro problema?	1	2	3	4	5

SECCION: SITUACIÓN LABORAL

79. La semana pasada, ¿trabajó por lo menos una hora, hizo alguna changa, fabricó algo para vender, ayudó a un familiar/amigo en su negocio? (Sin contar las tareas de su hogar)

- 1 Sí ⇒ **85**
2 No

80. ¿La semana pasada...

- 1 ...no deseaba/no quería/no podía trabajar? (por ej., es ama de casa o estudiante) ⇒ **83**
2 ...no tenía/no conseguía trabajo? ⇒ **83**
3 ...no tuvo pedidos/no tuvo clientes? ⇒ **83**
4 ...tenía un trabajo/negocio al que no concurrió ⇒ **82**

81. Es Ud...

- 1 ...ama de casa? ⇒ **88**
2 ...estudiante? ⇒ **88**
3 ...jubilado o pensionado? ⇒ **88**

82. ¿No concurrió por...?

- 1vacaciones, licencia? (enfermedad, matrimonio, embarazo, etc.) ⇒ **85**
2 ...huelga/conflicto laboral? ⇒ **85**
3 ...suspensión con pago? ⇒ **85**
4 ...suspensión sin pago?
5otras causas laborales y volverá a lo sumo en un mes? ⇒ **85**
6 ...otras causas laborales y volverá en más de un mes?

83. En los últimos 30 días, ¿estuvo buscando trabajo de alguna manera, consultó amigos/parientes, puso carteles, hizo algo para ponerse por su cuenta?

- 1 Sí ⇒ **88**
2 No

84. Durante esos 30 días, ¿no buscó trabajo porque...

- 1 ...está suspendido? ⇒ **88**
2 ...ya tiene trabajo asegurado? ⇒ **88**
3 ...se cansó de buscar trabajo? ⇒ **88**
4 ...hay poco trabajo en esta época del año? ⇒ **88**
5 ...por otras razones? (especificar).....
.....
..... ⇒ **88**

85. ¿Cuántas horas SEMANALES trabaja habitualmente en TODOS sus empleos/ocupaciones?

Registrar:

- 1 Menos de 35 horas semanales
2 Entre 35 y 45 horas semanales
3 Más de 45 horas semanales
98 No sabe
99 No contesta

86. A LOS QUE TRABAJAN ¿De qué trabaja? (PROFUNDIZAR):

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

87. (MOSTRAR TARJETA) ¿Me podría indicar en cuál de estos tramos se ubica tu ingreso total mensual?

- | | |
|-------------------------|-----------------------------|
| 1 Hasta 2000 | 8 De 8.001 a 10.000 |
| 2 De 2001 a 3000 | 9 De 10.001 a 14.000 |
| 3 De 3001 a 3800 | 10 14.001 a 20.000 |
| 4 De 3801 a 4500 | 11 20.001 a 30.000 |
| 5 De 4501 a 6000 | 12 30.001 y más |
| 6 De 6001 a 7000 | 98 No sabe |
| 7 De 7001 a 8000 | 99 No contesta |

88. SD41 (MOSTRAR TARJETA) ¿Cuáles fueron sus FUENTES DE INGRESO en los últimos 12 meses)? (MULTIPLE).

- 1 De lo que gana en el trabajo
2 De la jubilación o pensión
3 De cuotas de alimentos o dinero de personas que no viven en el hogar
4 Mantenido por los padres/ la esposa/o u otro familiar que viven en el hogar
5 De rentas, alquileres de otras viviendas, comercios u oficinas
6 De una indemnización por despido
7 De ganancias de algún negocio en el que no trabaja
8 De intereses o rentas por plazos fijos o inversiones
9 De asignaciones, planes o subsidios de gobierno u otra institución
Otros (especificar).....
.....
98 No sabe
99 No contesta

89. ¿Recibe actualmente dinero por...? LEER:

- 1 Seguro de desempleo
2 Asignación Universal por hijo (AUH)
3 Plan Argentina Trabaja
4 Plan Jefas y Jefes de Hogar
5 Becas de estudio
6 Otros planes o subsidios de gobierno u otra institución: (especificar)
.....
.....
.....
.....
7 Ninguno
98 No sabe
99 No contesta

Registro interno: 1 Dueño de un comercio o negocio (tiene al menos un empleado) 2 Trabaja por cuenta propia (en su propia actividad o negocio y sin empleados) 3 Empleado en un trabajo fijo 4 Empleado en un trabajo temporal o transitorio 5 Hace changas 6 Cirujeo o cartonero 7 Otros.....	Registro interno 1 Ocupado 2 Desocupado 3 Inactivo
--	--

SECCION: CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

90. (OBSERVAR NO PREGUNTAR) Tipo de vivienda: 1 Casa 2 Casilla 3 Departamento 4 Pieza de Inquilinato 5 Pieza en hotel o pensión 6 Local no construido en habitación 7 Otros	91. ¿Para cocinar, utiliza principalmente... LEER 1 ...gas de red? 2 ...gas de tubo/garrafa? 3 ...kerosene, leña o carbón? 4 Otros (especificar).....
92. ¿Cuántos ambientes/habitaciones tiene la vivienda en total? (sin contar baño, cocina, pasillos, lavadero, garaje)	93. De esos, ¿cuántos ambientes usan exclusivamente para dormir?
94. ¿Obtiene el agua a través de... LEER 1 ...red pública (agua corriente)? 2 ...perforación con bomba a motor? 3 ...perforación con bomba manual? 4 ...aljibe o pozo 5 ...otras fuentes (especificar)	95. ¿Cuál es el material predominante de los pisos? LEER 1 Cerámica, baldosa, mosaico, mármol, madera o alfombra 2 Cemento o ladrillo fijo 3 Tierra o ladrillo suelto 4 Otros (especificar).....

¡Muchas Gracias!

Anexo III.

Consentimiento informado

Intercambios Asociación Civil

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estudio epidemiológico descriptivo de las problemáticas de Salud Mental y consumos problemáticos de sustancias en el Municipio de Lanús

1. *Intercambios Asociación Civil* lo invita a participar en un estudio denominado “Estudio epidemiológico descriptivo de las problemáticas de Salud Mental y consumos problemáticos de sustancias en un Municipio del Conurbano Bonaerense”. El objetivo principal de este estudio es el de caracterizar problemas de Salud Mental y consumos problemáticos de sustancias de la población del Municipio de Lanús.
2. Es nuestro propósito que los resultados de este estudio resulten un aporte para mejorar el acceso de las personas al sistema de salud y producir información que permita que los que deciden las políticas y los equipos de salud cuenten con evidencia actualizada que permita mejorar la calidad, disponibilidad y adecuación de la atención.
3. La participación en este estudio implica la realización de una entrevista **anónima y confidencial**. Si decide participar de este estudio, se le solicitará que firme este consentimiento.
4. La entrevista contiene algunas preguntas sobre temas personales tales como el uso de drogas, situaciones de depresión, y de violencia de género. Usted puede negarse a responder cualquier pregunta, pero, lo más importante de todo es que en lo que conteste sea lo más honesto que usted pueda.
5. Su participación es **absolutamente voluntaria**. Para poder participar en la entrevista **es necesario que tenga más de 18 y menos de 66 años y que viva en Monte Chingolo o Lanús Oeste**. La entrevista se realizará en el momento y lugar que acuerde con usted y llevará alrededor de 30 minutos. Su negativa a participar del estudio no limitará ningún derecho a la atención integral de su salud.
6. Si usted tiene cualquier consulta en relación a este estudio, puede ponerse en contacto en Intercambios con María Pía Pawlowicz, directora del estudio, en el teléfono 4954-7272.
7. Al firmar esta autorización usted acepta participar en el estudio. Nosotros como investigadores estamos obligados a mantener la confidencialidad de lo que conversemos, de modo tal que no pueda identificarse lo que diga con su nombre.

Entiendo el contenido de esta autorización escrita. Estoy de acuerdo en participar en este estudio y entiendo que puedo retirarme en cualquier momento. Una copia de este consentimiento informado me ha sido entregada.

Código del Participante: _____

Firma del Participante: _____ Fecha: _____ de 2016

Firma de la Entrevistadora: _____

Anexo IV

Fotos de la prueba piloto del cuestionario



Anexo V.

Fotos de las reuniones de capacitación y supervisión



Anexo VI

Ejemplo de Power Point utilizado en la capacitación

45. Ahora vamos a hablar de la salud. ¿Alguno de ellos tiene algún problema de salud crónico, es decir, que lo tiene desde hace más de 6 meses?		
SI	1	1
NO	2	2
46. Sí "Sí", ¿Qué problema tiene? (PROFUNDIZAR)		
.....		
.....		
47. ¿Cómo se ocupa de su cuidado? (PROFUNDIZAR)		
.....		
.....		
48. Ahora le voy a preguntar por algunas situaciones de los últimos meses, ¿Alguno de ellos tuvo alguno de los siguientes problemas?		
	SI	SI
	CIRCULAR NUMERO	
	1.	2
NOMBRE DEL/L OS HIJO/S HIJA/S		
a. Se sintió triste o angustioso/con ganas de llorar sin saber por qué	1	1
b. Se mostró muy retraído ó muy tímido	2	2
c. Tuvo problemas de obesidad	3	3
d. Se provocó vómitos frecuentemente ó se negó a comer por verse mal	4	4
e. Se ha hecho pis en la cama frecuentemente	5	5
f. Intentó lastimarse, cortarse o quitarse la vida	6	6
g. Habló de querer matarse	7	7
h. Se sintió inferior o creyó que no valía nada	8	8
i. Tuvo miedos exagerados, pesadillas ó insomnio	9	9
j. Tuvo dificultad para hablar o pronunciar algunas letras	10	10
k. Se callaba todo/ Se negaba a hablar / prefería estar solo.	11	11
l. Escuchó como si alguien le hablara cuando no había nadie o dijo haber visto cosas que los demás no veían/ sintió como si todos lo miraban o estuvieran hablando mal de él	12	12
m. Vivió alguna situación traumática, como un accidente en la casa, en la calle, o fallecimiento de alguien querido	14	14
n. ¿Algún otro problema que no haya mencionado?	15	15

**LEER CADA FRASE
CIRCULAR EL NUMERO SI RESPONDE
QUE SI**

Anexo VII

Guía de orientaciones para el trabajo de campo

1. RELACIONES INSTITUCIONALES

Su presencia en los barrios se da en el marco de la relación que tienen Uds. con Intercambios, por lo que cualquier inconveniente, duda, malestar o pregunta es muy importante que lo conversemos.

2. PARA EL COBRO DE LAS ENCUESTAS REALIZADAS necesitamos:

- ✓ Número de documento – DNI
- ✓ Datos de CBU, N° de cuenta y Banco donde se hará la transferencia.
- ✓ Es importante que **traigan las facturas** así podemos remitirles el dinero que corresponda a lo ya trabajado. El pago es contra factura y quincenal, por encuesta supervisada y completa,

3. RECOMENDACIONES IMPORTANTES PARA LA REALIZACIÓN DE LAS ENCUESTAS

- ✓ **No completar en lápiz**
- ✓ Consignar **nombre del encuestador, lugar y fecha de la encuesta**
- ✓ **Duración** de la entrevista → controlar el tiempo para que no se extienda demasiado y poder completar la encuesta
- ✓ **Consentimientos informados:** son 2 por cada encuesta
 - 1) firmado por Uds. → se lo quedará el **encuestado**
 - 2) **firmado por el encuestado** → se lo quedan Uds.
 - El consentimiento se adjuntará a la encuesta con la dirección, sexo y edad correspondiente (para poder asociarlo a la encuesta)
 - Aclarar que es una encuesta **anónima y confidencial**
 - **No detallar el nombre real del encuestado** en ningún apartado de la encuesta ni del consentimiento.
- ✓ Mantener comunicación permanentemente con las supervisoras de campo ya que se va realizando un conteo de encuestas tomadas, y se distribuyen las diferentes cuotas.
 - Maria Pia Pawlowicz. Cel.: 15 6143 0205
 - Mara Tesoriero. Cel: 15 3172 7866
 - Florencia Vissicchio. Cel.: 15 5465 5525
- ✓ Chequear que estén **respondidas** todas las preguntas y **circuladas las opciones de respuesta** en **todos** los casos que corresponda.
- ✓ **Registrar** todas las **observaciones** que consideren pertinentes respecto de la encuesta o del encuestado, y dejarlas escritas detrás de la última hoja de la encuesta.

4. ACERCA DE LAS PREGUNTAS DE LA ENCUESTA

Hay dos tipos de preguntas:

- ✓ **PREGUNTAS CERRADAS** tienen opciones de respuesta. La opción de respuesta elegida se debe CIRCULAR. En algunos casos se puede seleccionar más de una opción (indicación "MULTIPLE").
- ✓ **PREGUNTAS ABIERTAS:** se debe escribir FIELMENTE lo que el encuestado dice (esto es importante para el análisis posterior)
- ✓ ESPECIFICACIONES SOBRE LAS PREGUNTAS - INDICACIONES:
- ✓ **MOSTRAR TARJETA:** esta indicación se refiere a una serie de hojas que serán entregadas a la persona encuestada para que pueda leer más fácilmente las opciones que tendrá que responder.
- ✓ **MULTIPLE:** indica que la persona puede **elegir más de una opción**
- ✓ **ESPECIFICAR:** indica que se debe **registrar** lo que diga la persona
- ✓ **PROFUNDIZAR:** indica que se debe registrar lo que explique la persona **lo más detalladamente y repreguntar** en caso de ser necesario
- ✓ **LEER:** indica que el encuestador deberá **leer al encuestado las opciones de respuesta o la consigna** según cada caso
- ✓ **SALTOS:** indica en qué número de pregunta se debe continuar según la opción de respuesta que elija el encuestado.

5. DURANTE LA ENCUESTA es IMPORTANTE

- ✓ **Presentarse e identificarse** con el entrevistado
- ✓ Tratar de lograr la **confianza** del entrevistado → mostrar seguridad y amabilidad contribuye con ello
- ✓ Estar completamente **entrenado en el manejo del cuestionario**
- ✓ Comprender **de qué se trata el estudio** y **cuál es el propósito** para poder responder posibles inquietudes del entrevistado
- ✓ En ocasiones puede ser necesario acordar con el entrevistado un lugar de entrevista, es recomendable que se realice en un **espacio tranquilo** con privacidad dentro de lo posible.
- ✓ Mantener y cuidar el **estado anímico** → si por algún motivo el entrevistador o el entrevistado se encuentran alterados, tomarse algunos minutos antes de iniciar o continuar la entrevista.
- ✓ **Si es posible, y si la persona no tiene inconvenientes, evitar realizar la entrevista en presencia de otras personas**
- ✓ **Ajustar el ritmo de la entrevista** a la **capacidad de comprensión** de la persona
- ✓ Si se **desvía del tema** → retomar el curso de la entrevista lo más amablemente que pueda
- ✓ **Evitar expresiones** que puedan condicionar la respuesta (ej. "No es verdad que Ud...")
- ✓ **Evitar gestos o lenguaje corporal** que puedan ser interpretados como juicios hacia la persona
- ✓ **Pedir aclaraciones** cuando una respuesta no sea clara → ej. Una sola opción de respuesta y la persona elige más de una
- ✓ Estar **atento y concentrado** en lo que la persona dice
- ✓ **Leer textualmente todas las preguntas tal como aparecen en la encuesta.** SOLO cuando la persona no entienda la pregunta, el encuestador podrá explicarla sin cambiar el sentido.
- ✓ Si la persona solicita ayuda con algún problema o les pregunta cómo intentar solucionarlo. Dejar para el final de la encuesta la información acerca de dónde puede solicitarla

6. PUNTOS IMPORTANTES DEL CUESTIONARIO

✓ **SECCION DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS:**

- Prestar atención a lo que respondan en preguntas **13 A Y 13 B (¿Cuántos hijos tiene? y ¿Qué edad tienen? (registrar de mayor a menor))** → Estas preguntas DETERMINAN SI SE TOMA O NO LA SECCION INFANCIA

✓ **SECCION: DEPRESION**

- **Indicación “MOSTRAR TARJETA”** se entrega antes de comenzar la sección y se lee enunciado.
- Hay 4 frases por pregunta el encuestador leerá a la persona encuestada CADA FRASE
- ATENCION: preguntas ***cambios en los hábitos de sueño y cambios en los hábitos de apetito*** tienen 7 enunciados por pregunta
- Importante: antes de finalizar la sección también se incluyen preguntas abiertas

✓ **SECCION: CONSUMO DE SUSTANCIAS**

- preguntas sobre los **últimos tres meses y a lo largo de la vida**
- se refieren a consumo sin receta médica.
- **preguntas 1 y 2 son preguntas ‘filtro’** →determinarán por qué sustancias se debe preguntar en las siguientes.
- Si responden ‘no’ a cada sustancia en la pregunta 1→el encuestador debe preguntar “¿Ni siquiera cuando estaba en la escuela?”.
- Si responde ‘no’ únicamente para ciertas sustancias (por ejemplo inhalantes), el encuestador **no vuelve a preguntar por esa sustancia (inhalantes)**.
- **preguntas 3, 4 y 5**→se hacen solo sobre las sustancias que el usuario ha respondido haber consumido en los últimos tres meses según **la pregunta 2**
- **preguntas 6 y 7**→debe hacerse **para todas las sustancias que se registraron en la pregunta 1**
- **pregunta 7**Como esta **pregunta abarca múltiples conceptos** está DIVIDIDA.
 - 1) ¿Ha intentado alguna vez controlar, reducir o dejar el consumo de cigarrillos? (‘sí’ o ‘no’)
 - 2) ¿Tuvo éxito? (‘sí’ o ‘no’)
 - 3) ¿Cuándo fue la última vez que lo intentó y no tuvo éxito? (‘nunca’ o ‘sí, en los últimos tres meses’ o ‘sí, pero no en los últimos tres meses’)

✓ **SECCION INFANCIA**

- Si tiene **más de dos hijos** se registrarán solo → los que tengan entre 6 y 12 años
- Si hay más de dos en ese rango de edad, se elegirá a los más próximos en cumplir años
 - Las preguntas se realizarán para los dos hijos

✓ **SECCION GÉNERO**

- Se LEERÁ la consigna del recuadro
- Pregunta 64 se LEERA cada una de las frases de la grilla con el enunciado: “Desde que tenía 16 años o más, ¿ALGUN HOMBRE...?”

–Luego se realizará la pregunta 65 (columna de al lado): “Y en los últimos 12 meses, ¿ALGÚN HOMBRE...?” **solo para los ítems que haya respondido que si en pregunta 64**

7. ACERCA DE LA MUESTRA

- ✓ La **MUESTRA** se conformará por **600 personas**
- ✓ Se tomarán encuestas en **DOS LOCALIDADES:**
 - **Monte Chingolo**
 - **Lanús Oeste**
- ✓ Para determinar las zonas donde se realizarán las encuestas se sortearon al azar Radios Censales que constituyen delimitaciones geográficas realizadas por el INDEC.
- ✓ **En cada Radio Censal se realizarán 10 encuestas.**
- ✓ Cada Radio Censal tendrá indicado **la manzana y la esquina en la que se inicia el recorrido.**
- ✓ La manzana se recorre en el sentido de las agujas del reloj (hombro derecho contra la pared)
- ✓ Las encuestas se realizan en casas o departamentos, es decir, que no se realizan en comercios u otras instituciones
- ✓ En cada zona se encuestará un máximo de 10 personas, **según cuotas (%) de sexo y edad.**
- ✓ Si en la manzana determinada no se completan las 10 encuestas se pasa a la manzana 1, luego a la 2, y así sucesivamente hasta completar las 10 encuestas del Radio Censal.

Cantidad de encuestas según sexo y edad, por zona

POR ZONA	Hombres	Mujeres	Total
18-29 años	1 ó 2	1 ó 2	3
30-39 años	1	1	2
40-49 años	1	1	2
50-59 años	1	1	2
60-65 años	0 ó 1	0 ó 1	1
18-65 años	5	5	10

Anexo VIII
Credenciales

	
<p>Secretaría de Salud</p> <p>(Nombre de la encuestadora)</p> <p>“Estudio epidemiológico descriptivo de las problemáticas de Salud Mental y consumos problemáticos de sustancias en el Municipio del Lanús”</p>	

Anexo IX

Recursero

Información importante para orientación al encuestado

COORDINACION DE POLITICAS DE GÉNERO Y DIVERSIDAD SEXUAL

Av. H. Yrigoyen 3843 3° piso, Lanús Oeste.

Lunes a viernes, de 8.30 a 16.30 4229-2519

COMISARÍA DE LA MUJER:

Tel.: 4247-9957 - Cnel. Aguilar 2333 - Remedios de Escalada Este.

Emergencia / Guardia Pasiva (género): 4241-1000

Hospital Interzonal de Agudos “Evita”

Río de Janeiro 1910, Lanús Oeste

4241-4051 / 59 int. 64.

UNIDAD SANITARIA “Monte Chingolo” (ex ATAMDOS)

Blanco Encalada 4393,

4246-4702

UNIDAD SANITARIA “General San Martín”

Corvalán 2107,

4246-6666

CPA - Centro Provincial de Atención en ADICCIONES: Lavallol 79 (Lanús Oeste). TEL
4225-6115

UNIDAD SANITARIA “Villa Jardín”(Centro Piloto)

Emilio Castro 3826, Lanús Oeste

4208-9841

PSICOLOGIA NIÑOS: Jueves 13 hs: Lic. Romina Fimognares

PSIQUIATRIA ADULTOS: Viernes 8.30 hs: Dr. Guillermo Carmona

UNIDAD SANITARIA “Lanús Oeste”

25 de Mayo 707, Lanús Oeste

4241-7777

PSICOLOGIA ADULTOS: Solicitar turno en la US. – Lic. Pupilli (Actualmente no tiene psiquiatría para ADULTOS)

Centro de Salud n°45 “Villa Eslovena”

Colón 2475, Lanús Oeste

PSIQUIATRIA ADULTOS: Viernes 13 a 19.00 hs: Dr. Guillermo Carmona

PSICOLOGIA: Lunes y Jueves 7.00 hs: Lic. Silvina Cadaviz

UNIDAD SANITARIA “Miranda Norgreen”

Murature 4114, Villa Caraza

4286-9778

PSICOLOGIA INFANTIL: Lunes, miércoles y viernes 8 hs: Lic. Daniela Branchiforte

PSICOLOGIA ADULTOS – NIÑOS: c/ 15 días – grupal o individual 11:30 hs.
personalmente

Centro de Salud “Eva Perón”

Pje. Eva Perón – Villa Caraza

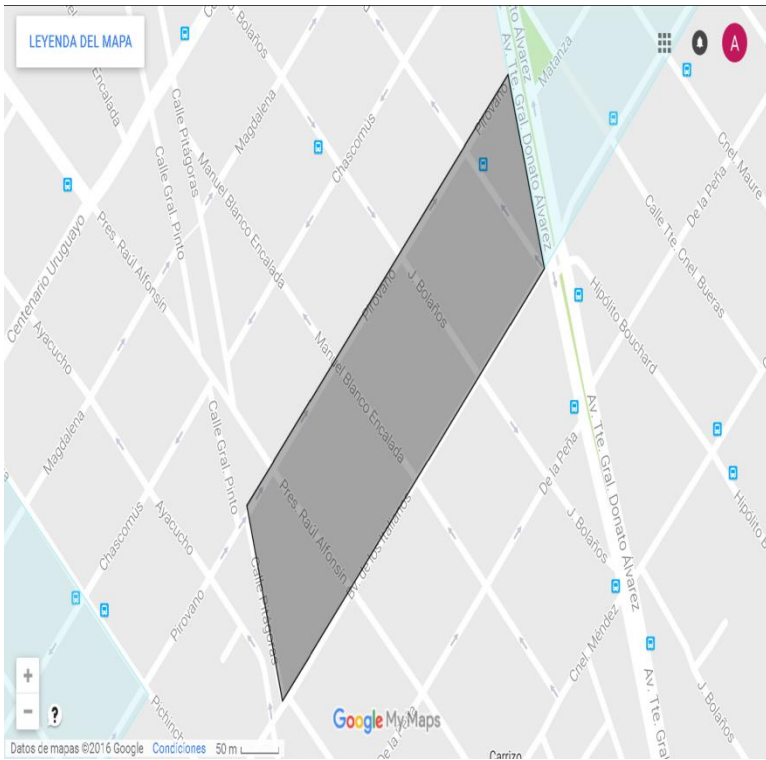
PSICOLOGIA Y PSIQUIATRIA ADULTOS: Lunes 8 a 15.00 hs: (Dr. Rafael Bitrán, Lic. Silvina Baldán)

Anexo X

Radios Censales

Monte Chingolo – 340803

Encuestadora:.....



1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.
9.
10.

	Hombres	Mujeres
18-29		
30-39		
40-49		
50-59		
60-65		

Anexo XI

Guía de recomendaciones

- Consentimiento: es importante que se firme antes de realizar la encuesta. Le pueden decir a la persona que “*el consentimiento es algo que los protege, porque garantiza que aceptan participar voluntariamente y es donde nosotros nos comprometemos por escrito a guardar confidencialidad y anonimato*”.
- Anotar el RADIO CENSAL en la encuesta (el número que figura en la parte superior del mapa que les entregamos cuando les damos la zona. Ej. *Lanús Oeste 341907*).
- Pregunta 13b: (¿Qué edad tiene/n? - De mayor a menor-)
 - Hay que ANOTAR LAS EDADES DE TODOS LOS HIJOS, tengan la edad que tengan. No importa si tienen 50 años o dos meses.
- Pregunta 15: “Para la atención de su salud.....tiene Obra Social? (incluye PAMI) y "Para la atención de su salud.....tiene Ud. una Prepaga?”
 - HAY QUE PREGUNTAR AMBAS y circular el número que corresponde a la respuesta. Si tiene obra social se pregunta igual sobre la prepaga y viceversa.
- Pregunta 16: “¿Dónde atiende sus problemas de salud en general? (MULTIPLE). Registrar nombre:.....”:
 - Es importante, además de circular la opción de la lista, anotar el nombre de la institución a la que va.
- Pregunta 18 ó y q (depresión: cambio de apetito y cambio de sueño):
 - Recuerden que estas preguntas tienen más opciones. Solo en estas dos, es importante circular la letra que elija la persona además del número. Por ejemplo. Elige la opción 1 dentro de los números y de esa puede elegir la opción a ó la b
- Pregunta 21: “Cuando le pasan alguna de estas cosas ¿qué hace para sentirse mejor? PROFUNDIZAR”.
 - Se refiere a todos los problemas de la sección depresión, independientemente de lo que haya contestado ESTA PREGUNTA SE HACE A TODOS.
- Pregunta 23 : “¿Por qué (no se atendió)?”
 - ¡No olvidarse de preguntarla!
 - Y prestar atención al SALTO de sección.
- Pregunta 48 (sección infancia): “Ahora le voy a preguntar por algunas situaciones que a veces se presentan en los chicos... En los últimos 12 meses, ¿Alguno de ellos tuvo alguno de los siguientes problemas?
 - SI “SI” CIRCULAR NÚMERO” → en esta pregunta se deben leer todas las opciones y circular solo las que la persona diga que sí. Si responde que no, no se marcan.
- Pregunta 49 (sección infancia): “¿Sabe si alguno consumió en los últimos 12 meses...?”

- SI “SI” CIRCULAR NÚMERO” → Si la persona responde que no, pueden escribir al margen “no consume”.
- Pregunta 76 (sección género): “¿Alguno de los hijos que viven o vivían con usted fue en algún momento testigo de cualquier incidente violento protagonizado por su (actual-anterior pareja-novio)?”
 - → Si están hablando con alguien que NO TIENE HIJOS, recuerden que deben marcar la opción 3“sin hijos/sin hijos viviendo conmigo en ese momento”.
- Pregunta 85:
 - En el recuadro que dice “registrar” deben anotar la cantidad de horas de toda la semana, ej. si hace 8 horas por día en el recuadro tienen que anotar “40hs” (8hs x 5 días).
- Pregunta 86:
 - Tratar de profundizar de qué trabaja, lo más detalladamente posible. ¿Es por cuenta propia? ¿Es en relación de dependencia? ¿Trabaja en una empresa grande o en un kiosco? ¿Trabaja con algún familiar?
- PREGUNTAS EN LAS QUE HAY QUE ESCRIBIR LAS RESPUESTAS: "PROFUNDIZAR":
 - Por favor, escriban toda la información que les exprese el entrevistado. Por ejemplo, si dice que sufre de dolores de cabeza a raíz de la tristeza o el estrés que le produjo la muerte de un familiar no escriban sólo "dolor de cabeza" porque no se entiende y se pierde la riqueza de la percepción del entrevistado sobre su situación.