

“Prevalencia de problemas de salud mental en la Ciudad de Buenos Aires; Factores asociados; Utilización de servicios y cobertura sanitaria”

Resultados preliminares de la encuesta epidemiológica de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires 2014”

Programa Epidemiológico de Salud Mental
Dirección General de Salud Mental
Ministerio de Salud

AUTORIDADES:

Jefe de Gobierno

Mauricio Macri

Vice Jefa de Gobierno

María Eugenia Vidal

Jefe de Gabinete

Horacio Rodríguez Larreta

Ministra de Salud

Graciela Reybaud

Directora General de Salud Mental

María C. Grosso

Programa de epidemiología de Salud Mental (Pivesam)

Horacio Neuman

Marcos Neuman

TEMA “Prevalencia de problemas de Salud Mental en la Ciudad de Buenos Aires, factores asociados, utilización de Servicios y Cobertura Sanitaria”

RESUMEN

El objetivo del estudio es conocer la prevalencia de personas con problemas de Salud Mental (PSM) en la Ciudad de Buenos Aires y su asociación a variables demográficas, socioeconómicas, de trabajo, de educación y de salud y la utilización de Servicios de Salud y Cobertura Sanitaria de la población de 16 a 65 años residentes de la CABA. Se trata de un estudio transversal en el que participaron 2131 personas. El instrumento de cribado de problemas de Salud mental utilizado es el General Health Questionnaire (GHQ 12). Se realizaron análisis descriptivos y de regresión logística para verificar la asociación entre la prevalencia de problemas de Salud Mental y las variables independientes. Por otro lado, se realizó un bloque de preguntas sobre consumo de sustancias psicoactivas, para ello se siguió el Protocolo de la CICAD para la medición de consumo de drogas en hogares. Se agregó un bloque del hogar que permitió recoger datos sobre condiciones habitacionales, aspectos socio demográficos, educativos y económicos y en otro bloque individual se agregaron preguntas laborales y sobre Salud en general, especialmente sobre problemas de salud crónicos. También se incorporaron preguntas para conocer el tipo de cobertura del encuestado y utilización de Servicios de Salud. Finalmente se buscó según lugar de residencia (o Región Sanitaria) el porcentaje de población con problemas de Salud Mental.

La prevalencia de problemas de Salud Mental es mayor en mujeres (28 %) que en hombres (17,8 %). Las variables más asociadas a problemas de Salud Mental son estar separado o divorciado, ser mujer, ser inmigrante, tener más bajo nivel educacional, tener peores condiciones habitacionales y vivienda precaria. Esta última variable junto con hacinamiento crítico es especialmente significativa en mujeres y por otro lado, encontramos que también influye tener peores condiciones socio-económicas, como ganar poco o estar desocupado, tener enfermedades crónicas, estar limitado en la realización de actividades cotidianas en función de un problema de salud, padecer estrés laboral, tener algún tipo de discapacidad. Se ha encontrado que aquellos hombres y mujeres que no tienen Cobertura Sanitaria en la Ciudad y que acuden cuando necesitan al Subsector público son los que tienen problemas significativos de Salud Mental en relación a los que presentan cobertura privada o de obra social. Con respecto al consumo de sustancias psicoactivas, el 15% de los encuestados tuvieron auto percepción de consecuencias nocivas para su salud. El 34% de los varones y el 57% de las mujeres consumidoras demostraron tener problemas de Salud Mental. Con consumo de bebidas alcohólicas el problema de Salud Mental alcanza al 34% de los varones y al 57,8% de las mujeres. Con consumo de tabaco el PSM es significativo para las mujeres.

De aquellos que padecieron algún problema emocional el 73,3% de los hombres no consultaron tampoco el 59,7% de las mujeres. En privado consulto el 52,6% de la población que presento algún problema emocional en el último mes, a obra social el 25,5% y a nivel publico el 21,9%. Consultaron más al psicólogo, luego al médico clínico, en tercer lugar a un psiquiatra y por último a un medico no psiquiatra. El 37% recibió psicofármacos. Un 85 % con receta. La mayoría no consulto porque quiso esperar y ver si el problema mejoraba solo o el problema no le parecía tan importante. En menor proporción no creen que un profesional pueda ayudarlo o no tienen tiempo dicen para hacer una consulta.

Estos resultados permiten la identificación de grupos de la población más vulnerables y pueden ser de mucha utilidad para diseñar estrategias de intervención o planificación en Salud Mental.

PALABRAS CLAVES: Problemas de Salud Mental. Factores Asociados. Cobertura Sanitaria y Utilización de Servicios.

INDICE GENERAL	Pag.
RESUMEN	3
PALABRA CLAVE	4
PLANTEO DEL PROBLEMA	7
OBJETIVOS	7
PROPOSITO Y JUSTIFICACION	8
MARCO TEORICO	9
METODOLOGIA	30
INSTRUMENTOS Y VARIABLES	31
ANALISIS DE DATOS	45
RESULTADOS	45
DISCUSION	82
CONCLUSION	85
BIBLIOGRAFIA	87
ANEXOS	90

INTRODUCCION

El presente estudio de investigación cuantitativa de tipo transversal tiene como principal objetivo conocer la prevalencia de personas con problemas de Salud Mental en la Ciudad de Buenos Aires durante el periodo julio a octubre de 2014 y su asociación a variables demográficas, socioeconómicas, de trabajo, de educación y de salud y, por otro lado, indaga sobre la utilización de Servicios de Salud y Cobertura en la población de 16 a 65 años residentes de la Ciudad.

Los trastornos mentales tienen alta prevalencia en la población general y constituyen un problema de salud pública que implica un fuerte impacto en materia de sufrimiento personal y familiar; y gran importancia en materia de dependencia, discapacidad, costos económicos (directos e indirectos) y sanitarios (OMS, 2003). Alrededor del 14% de la carga global de enfermedades en todo el mundo puede ser atribuido a trastornos mentales. La mayoría debido a enfermedades de naturaleza crónica como la depresión (Prince, 2007). Así, entre las enfermedades no fatales, la depresión es la de mayor causa de años vividos con discapacidad (Ustün, Ayuso-Mateos et al., 2004), lo cual demuestra la importancia de la prevención, detección precoz y también de la asistencia temprana.

Pero, además, si se relacionan estos datos con otros factores a los cuales las personas entrevistadas se ven expuestas permite una mirada más amplia del proceso de salud y enfermedad de las mismas que tiene su correlato a la hora de tomar decisiones políticas en salud.

Existe una coincidencia generalizada en el ámbito científico en cuanto a que las enfermedades mentales están mucho más presentes en la sociedad respecto de la cantidad de individuos que efectivamente realiza consulta profesional, por lo que se estima que las tasas de prevalencia son aún más altas.

En la Argentina sigue también siendo muy difícil acceder a datos de este tipo, ya que no se han desarrollado, desde hace más de 40 años, encuestas epidemiológicas en la población y son escasos los trabajos que desarrollan esta problemática.

En nuestra ciudad la determinación de la prevalencia de trastornos mentales en población general, resulta necesaria en la medida que se pretenda una adecuada planificación que contribuya a aumentar la accesibilidad al sistema y optimice el aprovechamiento de recursos.

A los efectos del propósito de este trabajo nos referiremos con el término de “problema de salud mental” como un posible trastorno mental (independientemente del diagnóstico específico)

(Bones Rocha K. et al, 2010) que indica riesgo o presencia de grupos vulnerables, elementos claves para definir intervenciones que apunten a una detección temprana en esta materia y a mejorar la prevención.

PROBLEMA

Partimos de las siguientes preguntas: ¿Cuál es la prevalencia de problemas de salud mental (PSM) en la población general de 16 a 65 años de edad residente en la Ciudad de Buenos Aires durante 2014?, ¿Cuales son los factores asociados? y ¿En qué medida la población con PSM utiliza los servicios disponibles de atención especializada en este mismo período? Y ¿Qué cobertura de salud presentan las personas que tienen problemas de Salud Mental?.

OBJETIVO GENERAL

Determinar la prevalencia de Problema de Salud Mental (PSM) en la población general de 16 a 65 años de edad residente en la Ciudad de Buenos Aires, el nivel de utilización de servicios disponibles de atención especializada por parte de la población con PSM y la Cobertura sanitaria de la misma, durante 2014.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Determinar la prevalencia de PSM en la población general de 16 a 65 años de edad residente en la Ciudad de Buenos Aires.
- Determinar el nivel de utilización de servicios disponibles de atención especializada por la población con PSM en igual período.
- Detectar eventuales factores asociados a la dificultad para concretar la demanda.
- Evaluar el impacto que tienen sobre los PSM, determinados factores eventualmente asociados; a saber: género, edad, origen, región sanitaria porteña, estado civil, situación de convivencia, nivel de instrucción, situación ocupacional, nivel socioeconómico, cobertura sanitaria, enfermedad médica crónica, discapacidad y consumo de sustancias psicoactivas.
- Determinar la Cobertura Sanitaria de los encuestados que padezcan PSM.

PROPOSITO

Obtener información proveniente de los propios hogares de la población general - independientemente de los datos de registros de servicios especializados que reciben la demanda de aquellas personas que concretan la consulta profesional-, para alcanzar un conocimiento más acabado de las necesidades existentes en la sociedad respecto de este tema con el fin de contribuir a una más adecuada planificación que intente aumentar la accesibilidad al sistema de salud.

JUSTIFICACION

La DGSAM cuenta con un programa de vigilancia epidemiológica desde 2004 que registra la prevalencia de trastornos mentales utilizando una ficha basada en la CIDI, que recoge los datos diagnósticos de la población general que demanda asistencia ambulatoria. Además cuenta con un registro de datos diagnósticos de pacientes institucionalizados.

No obstante la literatura internacional establece que la prevalencia de trastornos mentales es significativamente mayor a la población que realiza consulta. Por ende, resultaba necesario un estudio de campo en hogares, para detectar aquella población con problemas de salud mental, que por razones diversas no consulta o no accede al sistema de salud

MARCO TEÓRICO:

Para el diseño conceptual y operacional de los conceptos más relevantes de la EESAME se realizó una exhaustiva búsqueda de antecedentes internacionales, nacionales y locales, tanto en materia de aspectos normativos: leyes y disposiciones o reglamentaciones, como en lo relativo a aspectos conceptuales provenientes de encuestas y de estudios aplicados con anterioridad en el plano nacional e internacional.

Se considera que los conceptos más relevantes de la Encuesta son aquellos relativos a la salud mental y las adicciones.

La Organización Mundial de la Salud define a la salud mental como: “un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.”¹

Al tomar como objeto de estudio y observación el tema Salud-Enfermedad, sea en relación a las políticas del sector, evaluación de cobertura o las reivindicaciones del sector o cualquier otra cuestión la perspectiva que se privilegie remite a considerar que las prácticas y programas de salud expresan los conflictos y diferencias que existen en el sector y las condiciones de clase de la población. La visión de salud que tiene la población tiene que ver con la situación en que vive y con las contradicciones más generales de la sociedad que también se expresan en el sector salud.

La perspectiva no es de conservación ni de reordenación, ni de oposición del individuo/sociedad. La perspectiva es siempre de posibilidad de transformación de las condiciones que generan y reproducen las situaciones de enfermedad de la población y los sistemas conflictivos e inadecuados de atender a la salud de la población.

Por eso resulta importante considerar desde qué concepción de salud-enfermedad se parte. Si salud-enfermedad se piensa como una noción que revela la realidad social en la cual es construida, para comprender esa representación dentro de nuestro contexto, es necesario examinarla también a partir de los substratos económico, político y cultural en el cual vivimos. En definitiva se considera como una cuestión vital de atribución individual y colectiva y que supera los aspectos bio-fisiológicos.

¹ OMS, http://www.who.int/mental_health/es/.2012.

Al respecto, Berlinguer (1978) considera el tema bajo la denominación de conciencia sanitaria., pensada como un elemento de la “Conciencia Social” y la define de la siguiente manera: *“Por conciencia sanitaria entiendo la toma de conciencia de que la salud es un derecho de la persona y un interés de la comunidad. Pero como este derecho es sofocado y este interés descuidado, conciencia sanitaria es la acción individual y colectiva para alcanzar este objetivo”* (p. 19).

Esta representación de salud como bien colectivo coincide con el punto de vista de la Epidemiología Social (Breilh & Granda, 1986; Laurell, 1986; Tambellini, 1976); siendo ella misma un movimiento social en el interior de las concepciones conservadoras de Salud-Enfermedad.

“Constituye un quiebre en las representaciones oficiales. Es una visión por dentro del sector, que al abrir la discusión de la significancia social de la Salud produce una fisura en el sistema y politiza su objeto” (Souza Minayo, 2004: 161).

Lo señalado anteriormente implica un cambio de paradigma, una visión más integral del proceso que tiene en cuenta todos los aspectos que conciernen al cuerpo, a la mente y al medio ambiente.

La dimensión de la salud mental se destaca en la definición de salud que figura en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud [OMS] (1946) que: *“La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”*.

Abarca una amplia gama de actividades directa o indirectamente relacionadas con el componente de bienestar mental incluido en la definición de salud. Está relacionada con la promoción del bienestar, la prevención de trastornos mentales y el tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas por dichos trastornos.

La salud mental individual es determinada o condicionada por múltiples factores sociales, psicológicos y biológicos. Por ejemplo, las presiones socioeconómicas persistentes constituyen un riesgo bien conocido para la salud mental de las personas y las comunidades. Las pruebas más evidentes están relacionadas con los indicadores de la pobreza, y en particular con el bajo nivel educativo.

La falta de salud mental o la enfermedad se asocia asimismo a los cambios sociales rápidos, a las condiciones de trabajo estresantes, a la discriminación de género, a la exclusión social, a los modos de vida poco saludables, a los riesgos de violencia y mala salud física y a las violaciones de los derechos humanos.

También hay factores de la personalidad y psicológicos específicos que hacen que una persona sea *más* vulnerable a los trastornos mentales. Por último, los trastornos mentales también tienen causas de carácter biológico, dependientes, por ejemplo, de factores genéticos o de desequilibrios bioquímicos cerebrales. Conocer su distribución en un espacio y población determinados permite planificar políticas públicas de prevención y asistencia.

Justamente, Lilienfeld, (1957) define a la epidemiología como: *“el estudio de la distribución de una enfermedad en el espacio y en el tiempo dentro de una determinada población, así como la descripción y detección de los factores que influyen sobre esa distribución”* (p. 1).

Y Muñoz (1979), a su vez, señala que la epidemiología psiquiátrica investiga sobre quiénes, dónde, cuándo y, eventualmente, por qué llegan a ser enfermos mentales. Constituye, así, un cuerpo de conocimientos fundamental dentro del campo de la psiquiatría social que va a servir, no sólo para el desarrollo racional y planificado de los servicios asistenciales psiquiátricos y de programas de Psiquiatría preventiva, sino también como aportación de información básica sobre la que puedan construir unas bases para una teoría de la salud y la enfermedad mental.

La frecuencia de las enfermedades mentales se puede ver desde dos puntos de vista:

1. Del número de casos nuevos que surgen durante un período determinado, habitualmente de un año: tasa de incidencia.

2. Del número de casos que existen en un momento cualquiera de un período determinado: tasa de prevalencia.

Habitualmente se distingue: la prevalencia puntual, a un día determinado, y la prevalencia anual que refleja la prevalencia puntual más la incidencia de un año.

Se ha de tener en cuenta que las tasas de prevalencia y de incidencia son cifras que reflejan la salud de la población de un nivel específico.

Las técnicas epidemiológicas actuales posibilitan tanto el análisis de las tasas de prevalencia e incidencia de los distintos procesos que afectan a la salud mental de los individuos y las comunidades, como la evaluación de las distintas actividades de los diferentes servicios que operan en el área específica (Muñoz, 1979).

Obviamente, la enfermedad mental no es simplemente un fenómeno biológico. La mente es dependiente del cerebro pero no es reducible a él. Diferentes niveles interactúan unos con otros configurando sistemas complejos, que son vistos como un todo, más que analizados como

sus partes, funcionando separadamente o dando lugar a la dicotomía entre los enfoques biológico y psicosocial: lo simple y lo complejo.

Durante mucho tiempo ha existido en psiquiatría la separación entre una aproximación con predominancia psicológica y otra con prevalencia biológica. En parte debido a que, como lo explicita Horstein (2003): *“Hasta hace pocas décadas predominó en la ciencia la aspiración a la simplicidad. Lo simple estaba ahí, apenas oculto por las apariencias cambiantes. Es simple y puede ser aislado; aislamiento que permite a los especialistas ser expertos en compartimientos y cooperar con eficacia en sectores de conocimiento no complejos. Pero ese paradigma implica una lógica que se extiende sobre la sociedad y las relaciones humanas restricciones y funciones propias de la máquina artificial y de la visión determinista y mecanicista que la máquina origina”* (pp. 201-202).

Luego agregaré que: *“hoy la ciencia aborda lo complejo, se abre a lo imprevisible... Un bucle auto-organizador reemplaza la linealidad causa-efecto por la recursividad. Recursivos son los procesos en los que los productos son al mismo tiempo productores de aquello que los produce”* (p. 211).

Hay implicancias clínicas del abordaje con una concepción de complejidad. Estos conceptos atañen a cuestiones fundamentales que hasta hace poco eran abordadas, mayoritariamente, como pares opuestos: genética o crianza; padres o hijos; vivencias traumáticas o vulnerabilidad constitucional; psicoterapia o tratamiento farmacológico. Considerar la complejidad exime de optar por una u otra opción de manera categórica y conduce más bien a considerar los distintos efectos que cada componente ejerce sobre los demás. Tanto en salud como en patología.

Bleichmar (2005) enfatiza estos puntos al afirmar que: *“la comprensión de los fenómenos del desarrollo requiere conceptos relacionales o co-activos de la causalidad en oposición a causas únicas que operan en un supuesto aislamiento... Cuando se habla de co-acción como el corazón de la causalidad evolutiva, lo que se quiere enfatizar es que necesitamos especificar alguna relación entre al menos dos componentes del sistema en desarrollo (gen-gen, persona-persona, organismo-organismo, organismo-ambiente, actividad-conducta motora). El concepto usado más frecuentemente para designar la co-acción es el relativo a la experiencia”* (pp. 19-20).

Es importante señalar la falta de uniformidad en la Clasificación de los Trastornos Mentales. Desde hace años, la epidemiología de los Trastornos Mentales ocupa un señalado lugar en las actividades de la OMS sobre Psiquiatría.

Ya en 1956 se trató de establecer una pauta metodológica aplicable a las investigaciones en esa esfera y el primer fruto de esos esfuerzos fue la obra del Profesor Reid: *Epidemiological Methods in the Study of Mental Disorders*, publicado en el N° 2 en la Serie Cuadernos de Salud Pública. La intención del mismo fue tratar el problema de los trastornos mentales desde el punto de vista de la epidemiología general.

Su estudio sirvió de base para los expertos en Salud Mental de la OMS que tuvieron posteriormente discusiones sobre esta temática. Durante los últimos decenios, la Psiquiatría ha hecho notables progresos. Hubo una mayor confianza en la terapéutica ya sea farmacológica o de las terapias coadyuvantes.

Hay, sin embargo, otros aspectos menos satisfactorios. Se ponen en tela de juicio los fundamentos científicos de la Psiquiatría. Esto se explica en parte, por las dificultades inherentes a la investigación psiquiátrica. A veces, resulta sumamente difícil respetar en esta esfera las exigencias del método científico, ya que el propio observador participa íntimamente en el proceso estudiado.

Los factores dinámicos que intervienen en la enfermedad mental son tantos que es imposible reproducirlos experimentalmente.

Es así imposible establecer el origen de muchos trastornos mentales y se enuncian múltiples teorías contradictorias cuya comprobación ha sido difícil.

No se sabe aún con certeza si la enfermedad mental puede describirse y estudiarse como un todo o si comprende varios trastornos específicos distintos unos de otros. Incluso cuando se investiga determinado trastorno, la diversidad de los métodos diagnósticos entorpece la comparación de los resultados obtenidos en distintos estudios.

Otra dificultad se deriva de la imposibilidad de expresar cuantitativamente las manifestaciones inherentes a los trastornos mentales, es difícil medir el grado de gravedad de esos trastornos y determinar exactamente el momento de su aparición y su duración.

La historia sobre las etiologías de las enfermedades mentales son muy diversas, sin embargo, son muy útiles los aportes que se han hecho desde distintos campos: neurofisiología, bioquímica, genética, Psicología, Psicoanálisis, ciencias Sociales, etc. Puesto que hay razones para pensar que las enfermedades mentales obedecen a múltiples causas.

Es evidente la necesidad de estudiar el problema con una vasta perspectiva. Uno de los sectores en los cuales esa perspectiva puede ser especialmente fructífera es el de la Epidemiología de las Enfermedades Mentales.

Según la Organización Mundial de la Salud (2012)

1- *“Entre el 10% y el 20% de los menores en todo el mundo presenta uno o más problemas mentales o del comportamiento”*

2- *“En el año 2020 los trastornos neuro-psiquiátricos podrían elevarse en un 50% internacionalmente y ser una de las cinco causas más comunes de morbilidad, mortalidad e incapacidad en menores”.*

Kernberg (2000) dice que ya en 1995 en el *Nacional Advisory Mental Health Council*, en los Estados Unidos avisaba que: *“Cada vez es más frecuente que se describan patrones de personalidad duraderos que hacen su aparición al final de la edad preescolar. Estos incluyen patrones de agresividad, estrategias de afrontamiento inflexibles y apego inseguro que llevan a conductas persistentes en la infancia y a características relacionadas con trastornos subsecuentes, tales como depresión, abuso de sustancias y comportamiento antisocial y criminal”* (p. 39).

Es importante destacar que, en cada era, el paradigma epidemiológico dominante ha tenido implicaciones cruciales para la práctica de la Salud Pública, no solamente al redefinir el concepto de salud prevalente en un lugar y tiempo dado, sino fundamentalmente al fijar las premisas y normas de lo que, en su momento, se califica como práctica racional de la Salud Pública.

Así, la transición de paradigmas epidemiológicos se acompaña de cambios en la definición de políticas de salud, prioridades de investigación de salud, necesidades de capacitación de recursos humanos, organización de los sistemas de salud y operación de los servicios de salud, entre muchos cambios. Las últimas décadas del siglo XX vieron desarrollarse a la epidemiología como disciplina aplicada básica de la Salud Pública.

Uno de los modelos que tuvo gran repercusión internacional en las políticas de Salud Pública fue la perspectiva canadiense de Lalonde (1974), que definió un marco conceptual comprensivo para el análisis de la situación de salud y la gestión sanitaria. Bajo el modelo de Lalonde, los factores condicionantes de la salud en la población se ubican en cuatro grandes dimensiones de la realidad, denominadas: “campos de la salud”.

A) La biología humana, que comprende la herencia genética, el funcionamiento de los sistemas internos complejos y los procesos de maduración y envejecimiento.

- B) El ambiente, que comprende los medios físicos, psicológicos y sociales.
- C) Los estilos de vida, que comprende la participación laboral, en actividades recreativas y los patrones de consumo.
- D) La organización de los sistemas de salud, que comprende los aspectos preventivos, curativos y recuperativos.

La ausencia de enfermedad en la población; que la prestación de servicios de atención de salud y la inversión en tecnología y tratamiento médicos no son suficientes para mejorar las condiciones de salud en la población, y que los múltiples factores que determinan el estado de salud y la enfermedad en la población trascienden la esfera individual y se proyectan al colectivo social.

A partir de las reflexiones de Lalonde, se han observado avances de la epidemiología en la búsqueda de las causas de la enfermedad, además del individuo, en la comunidad y el sistema socio-político; se han ampliado los métodos de investigación a fin de incluir procedimientos cualitativos y participativos para integrar el conocimiento científico con el conocimiento empírico a fin de tomar en cuenta la riqueza y complejidad de la vida comunitaria.

Simultáneamente a la expansión del enfoque individual hacia el poblacional, se verifica la necesidad de adoptar un enfoque de riesgos poblacionales más dinámicos, así como de pasar del escenario explicativo o diagnóstico a un escenario predictivo de las consecuencias que, en salud, los cambios ambientales y sociales de gran escala habrán de tener en el futuro.

Pero el modelo *Lalonde*, fue cuestionado, se señaló que dicho modelo no se ocupaba en forma debida de las dimensiones del determinante medio ambiente, que para ellos incluye, además de los factores naturales, las dimensiones relacionadas con la violencia, la falta de necesidades básicas, trabajos estresantes, el aislamiento y la pobreza.

La categoría estado de salud de la población (ESP) como el producto de los procesos de las condiciones de vida, se puede definir como: la expresión, en forma sintética, en un momento histórico concreto, del nivel alcanzado en la relación del hombre con la naturaleza, la sociedad y entre los propios hombres, respecto a su salud en el plano físico, mental y social.

En la tarea de integrar las dimensiones biológica, socioeconómica y política al enfoque epidemiológico, se empieza a reconocer entonces el surgimiento de un nuevo paradigma: la ecoepidemiología (Susser & Susser, 1996), que pone énfasis en la interdependencia de los individuos con el contexto biológico, físico, social, económico e histórico en el que viven y, por lo

tanto, establece la necesidad de examinar múltiples niveles de organización tanto en el individuo como fuera de él, para la exploración de causalidad en epidemiología.

Bajo este paradigma, los factores determinantes de salud y enfermedad en la población ocurren en todos los niveles de organización, desde micro-celular hasta el macro ambiental, y no únicamente en el nivel individual.

Además, los determinantes pueden ser diferentes en cada nivel y, al mismo tiempo, los distintos niveles están interrelacionados e influyen mutuamente la acción de los factores causales en cada nivel. El riesgo de infección de un individuo, por ejemplo, está conectado a la prevalencia de dicha infección en los grupos humanos que lo rodean; la prevalencia de drogadicción de un barrio también influye el riesgo que tiene un vecino de usar drogas. Así, la enfermedad en la población, bajo el paradigma eco epidemiológico, se atribuye a la compleja interacción multinivel de los determinantes de la salud.

A pesar de la creencia generalizada de que la salud está determinada fundamentalmente por la asistencia sanitaria, existen abundantes referencias históricas que demuestran que dicha afirmación no es del todo exacta, ya que los factores sociales o económicos, la biología humana (carga genética), el medio ambiente, o la conducta y los estilos de vida parecen desempeñar un papel tanto o más importante que los propios servicios sanitarios (González García, 2004).

Se deben tener en cuenta los factores que determinan la salud y los porcentajes de casos de enfermedad o muerte y que por ejemplo, la herencia es responsable del 28%, el ambiente en que se vive: 19%, los estilos de vida (hábitos): 42%, el sistema sanitario (hospitales, laboratorios, medicamentos, etc.: 11%) (González García, 2004).

En una acepción general, los determinantes de la salud son todos aquellos factores que ejercen influencia sobre la salud de las personas y, actuando e interactuando en diferentes niveles de organización, determinan el estado de la salud de la población. Los determinantes de la salud conforman, así, un modelo que reconoce el concepto de que el riesgo epidemiológico está determinado individualmente tanto históricamente, como socialmente.

La relación entre los determinantes de la salud y el estado de salud es, por ello, compleja e involucra a muchos niveles de la sociedad que, como se ha señalado, abarcan desde el nivel micro-celular hasta el macro-ambiental (González García, 2004).

Los cambios de paradigmas en Salud y en Epidemiología van de la mano de cambios en las concepciones de las políticas sociales que están relacionadas a su vez con el rol del "Estado". De esta manera, por ejemplo, al redefinirse el discurso de políticas sociales y económicas de los ochenta, cuestionándose la reducción del rol del Estado que habían prevalecido, a la vez se legitima como un énfasis central y distintivo de esta nueva estrategia, la necesidad de priorizar en lo que, -a partir de la primera publicación del Primer Informe de desarrollo Humano por *Oxford University Press* en marzo de 1990-, se llamó Inversión Social en desarrollo Humano (PNUD, 1990).

Esta inversión en desarrollo humano, como planteamiento discursivo central de la política social, entiende a este como inversión en insumo necesario para el crecimiento económico, en el sentido que el "crecimiento con equidad", es una forma de inversión social necesaria de implementar como complemento y como insumo al crecimiento económico, evitando la subordinación de uno al otro. Este planteamiento central pasó a constituir el gran paraguas discursivo bajo el cual se van a articular el conjunto de las políticas sociales y económicas.

De tal manera que el marco político y técnico de esta orientación a los grupos vulnerables y al desarrollo de Capital Humano que prima en política social desde el noventa en adelante, está regida por dos grandes énfasis. Primero: conserva el rol central dado al crecimiento económico, generado básicamente desde el sector privado, y con ello a las dinámicas del mercado, como factor prioritario en el aumento del nivel de ocupación y de ingresos de los sectores más pobres. Basándose en el supuesto que en la medida que aumenta el PBI nacional disminuye la pobreza, en cuanto un mayor crecimiento estimularía el empleo y al ampliarse éste los hogares pobres podrían mejorar sus ingresos. Segundo: fortalecer y potenciar la inversión en programas sociales específicos, en cuanto el crecimiento económico es condición necesaria, pero no suficiente, para el desarrollo del país, requiriéndose políticas de corte social que en complemento a las económicas, contribuyan a la reducción de la pobreza y refuercen con ello el propio crecimiento económico.

Es decir, una lógica que establece como eje el equilibrio y complementariedad entre crecimiento económico e inversión social-gasto social, en la idea de que el crecimiento económico es la "mejor política social", y las únicas políticas dirigidas a lo social útiles, eficaces y aceptables son aquellas altamente focalizadas y sólo subsidiarias, centrada de manera exclusiva en dar atención a los colectivos en condición de vulnerabilidad (Martin, 2004).

El fundamento paradigmático referente de esta aproximación al tema de la pobreza y de los problemas sociales que gradualmente influyó, con cada vez más preponderancia, en la

definición de estrategias y en general en la operacionalización programática, fue el llamado Enfoque de Riesgo Social.

El Enfoque de Manejo Social de Riesgos surge como una alternativa en América Latina para configurar mecanismos aseguradores ante las inseguridades y riesgos que sufren las personas a lo largo del ciclo vital. Buscando identificar cuáles son estos riesgos y precisar su grado previsible de ocurrencia de manera de reconocer las vulnerabilidades que existen y detectar a los sectores sociales que los experimentan.

En la esfera de la Salud Mental, la Epidemiología puede perseguir los siguientes objetivos:

1) Evaluar la prevalencia de los distintos tipos de Enfermedad Mental en una población para servir de base a la prevención y al tratamiento de dichas enfermedades.

2) Descubrir las relaciones entre ciertas características de una población y las enfermedades mentales, para tratar de precisar el origen de éstas.

3) Comprobar las hipótesis etiológicas derivadas de los trabajos experimentales o de las observaciones clínicas.

4) Evaluar los índices de recuperación para apreciar la eficacia de las medidas preventivas y terapéuticas.

5) Debería ayudar a planificar con mayor criterio las políticas de Salud generando la participación comunitaria y estimulando un proyecto de transformación social, en particular frente a las carencias en la integración de componentes participativos y de valoración de las dinámicas socio-comunitarias de la que han dado muestra las intervenciones desarrolladas basadas en el Enfoque de Manejo Social de Riesgos.

Según plantea Pritchett (2005), este modelo y su creciente instalación en la Región tiene que ver con la insuficiencia de la apuesta por la vinculación PBI-empleo, las muestras de rotación o movilidad de la pobreza, que hacen evidente que el crecimiento económico por sí mismo no asegura la superación de los niveles de pobreza, haciendo necesario establecer mecanismos de protección o "cuerdas de protección", destinados a sectores sociales vulnerables, especialmente los más pobres.

Desde este enfoque, la vulnerabilidad es entendida como la probabilidad de que una persona o familia esté expuesta a enfrentar eventos de quiebre que la afecten y lleven a una declinación de su bienestar, siendo esta dependiente a su vez de la dotación de activos y mecanismos de aseguramiento necesarios y adecuados a la severidad y frecuencia de la perturbación enfrentada (Banco Mundial, 2000).

Así, desde el Manejo Social de Riesgo se entiende que la superación de las condiciones de pobreza implica también intervención sobre dimensiones no sólo relativas al acceso de empleo y a la satisfacción de necesidades básicas, sino que también supone cambios en las dinámicas relacionales, de integración psicológicas de salud mental de las personas y familias.

Siendo factores relevantes en la generación y mantención de la pobreza la ausencia de mecanismos de protección (enfrentamiento o mitigación de los quiebres), relacionados con los activos (principalmente de educación, salud, capacitación y capital social disponibles, entendidos como capitales humanos), que permitirían el abordaje o manejo de los riesgos, o dicho de otra forma, recursos que permitirían que los sujetos enfrenten mejor estas situaciones y puedan así superar estas crisis.

Se entiende además que los recursos que se usen y las estrategias que sean adoptadas en situaciones de crisis económica estarían determinadas por factores de género, de edad y normas culturales comunitarias que se traducirían en diferencias en las habilidades para hacer frente a las dificultades económicas (Holzmann & Jorgensen, 2000).

En base de este modelo en la política social se implementaron gradualmente programas dirigidos a los grupos específicos bajo la consideración que estos no contaban con la dotación necesaria (estaban en condición de riesgo/vulnerabilidad) para lograr acceder a los beneficios sociales y oportunidades, especialmente laborales, que les permitirían integrarse a la sociedad.

El Enfoque de Manejo Social de Riesgos ha sido criticado básicamente en relación al reduccionismo que implica circunscribir la responsabilidad pública sólo a políticas focalizadas en los pobres, así como también al enfatizar intervenciones a nivel sólo de los individuos o las familias como formas de protección ante los riesgos, dejando fuera de la priorización de la orientación de política social dimensiones de ciudadanía y el bienestar general de la población, que descuidan e incluso inhiben la posibilidad de vincularse con dinámicas socio comunitarias en el entorno local en el que habitan las familias beneficiarias, no permitiendo de esta manera combinar promoción y protección social (Sojo, 2003; Raczynski & Serrano, 2005).

De esta manera, se puede entender cómo la mayor parte de las intervenciones desarrollada durante este período no hayan puesto énfasis en la generación de condiciones socio comunitarias que favorezcan que las personas y familias, puedan revertir y generar cambios en su condición social de pobreza y exclusión, tales como, por ejemplo, desarrollar capacidades propias, autonomía, derechos ciudadanos, voz pública, entre otras cosas, centradas en el desarrollo de control cultural de las personas en condición de pobreza sobre su propia vida (Márquez, 2005).

Así esta nueva generación de políticas y programas están centrados en la prestación individual de servicios basados en la carencia, quedando los componentes comunitarios de participación y potenciación de capacidades a través de la acción colectiva remitidos sólo a programas específicos y temporales (no ligados a las líneas programáticas prioritarias). Como lo indica Serrano (2005), los programas sociales operan con criterios individuales, y no sociales (colectivos), lo que se traduce en que los programas no logran incentivar y vincularse al diálogo socio-comunitario, por su propio diseño de transferencia directa y focalizada, que no modifica el sentido asistencial y el estigma de la pasividad y la dependencia. De manera tal que el componente de participación comunitaria se conformó sólo como una estrategia parcial referida a programas específicos, aplicándose sólo en programas pilotos y no llegando a difundirse al conjunto de la estrategia de acción pública general (Serrano, 2005).

Considerando que los recursos públicos disponibles para programas innovadores son muy reducidos, con frecuencia estos son ejecutados con financiamiento proveniente de préstamos de agencias de crédito internacional, de allí, que sea muy poco frecuente la presencia de estrategias integrales de desarrollo comunitario, evidenciándose que cuando los ministerios promueven programas nuevos a nivel local suelen hacerlo por sector y con poca coordinación entre ellos (Roberts, 2001).

Según Barrientos (2004) basados en los antecedentes expuestos piensa que la transformación de las políticas sociales en Latinoamérica ha sido consecuencia de la reorientación del modelo económico efectuado en gran parte de la región, implantándose un conjunto de políticas de ajuste estructural y de reorganización del sector público, que ha llevado a que en la Región en las últimas tres décadas se transite desde un Régimen de Bienestar conservador-informal, a otro liberal-informal, de manera que la gestión del bienestar social en la región se ha puesto principalmente en el mercado y en el sector informal, disminuyéndose política sociales de bienestar de carácter universal, y centrando la acción estatal sólo en los grupos excluidos del mercado (focalizadas en los más pobres), y asignando gran peso en la intervención a las familias y redes sociales, como mecanismos informales de protección.

Resumiendo, en los noventa cobra relevancia una lógica de focalización selectiva de las políticas sociales, que entre otras cosas se tradujo en la definición de los llamados "grupos vulnerables", como sectores sociales prioritarios para la política social (etnias, género, discapacitados, jóvenes, adultos mayores, infancia (Raczynski y Serrano, 2005), que se expresaría en la priorización de problemáticas sociales de carácter enteramente

distinto, tales como: la violencia intrafamiliar, la prevención del consumo de drogas y la reinserción social de menores, entre otros.

En estos nuevos programas, instituciones y temáticas las políticas y programas dirigidas a los "grupos vulnerables" establecen un nuevo campo de acción que desarrolla nuevas estrategias interventivas que comienzan a incorporar procesos psicosociales ligados a la subjetividad y la sociabilidad.

Ello en relación a que las políticas y programas dirigidos a estos grupos sociales incorporaron un conjunto de nuevos componentes o factores relativos a las "dimensiones intangibles" que definen la "vulnerabilidad", el "riesgo" y la "exclusión" y que son consideradas necesarios para la priorización de los programas y sus destinatarios (Raczynski, 1995).

En este marco se articula una lógica conceptual y operativa que pone énfasis en la necesidad de atender tanto los planos relativos al mejoramiento de las condiciones materiales, a la vez que consideran la intervención en aspectos no abordados hasta entonces en el análisis de la pobreza, tales como: las características personales y sociales de las personas afectadas, entendidas estas como dimensiones de vulnerabilidad y de riesgos (Holzman & Jorgensen, 2000. Sojo, 2003), necesarias de intervenir con el propósito de fortalecer la autonomía y productividad de las personas y familias, pensando especialmente en responder a las necesidades del ciclo vital (Raczynski y Serrano, 2005. Serrano, 2005).

En definitiva, según el diccionario de la Real Academia Española, vulnerabilidad es la cualidad de vulnerable (que es susceptible de ser lastimado o herido ya sea física o moralmente). El concepto puede aplicarse a una persona o a un grupo social según su capacidad para prevenir, resistir y sobreponerse de un impacto. Las personas vulnerables son aquellas que, por distintos motivos, no tienen desarrollada esta capacidad y que, por lo tanto, se encuentran en situación de riesgo. La vulnerabilidad entonces está dada por las características personales y también por las condiciones socio-culturales y demográficas.

En Demografía durante el periodo 1999-2003, la Comisión Económica para América Latina (CEPAL) realizó una serie de estudios tanto de carácter teórico como de investigación aplicada en el cual se trató de lograr varias aproximaciones al término de "vulnerabilidad", como al término vulnerabilidad con adjetivos, principalmente "vulnerabilidad social" y "vulnerabilidad socio-demográfica". La vulnerabilidad socio-demográfica, entendida esta como un evento multicausal que afecta las condiciones de desarrollo de la población en general, en distintos niveles.

El neoliberalismo y las distintas políticas aplicadas han generado hipotéticamente una pérdida en las condiciones de desarrollo de la sociedad, no expresada en empobrecimiento o marginación, sino con una nueva concepción: “la de vulnerabilidad”.

Ha ido contra el derecho colectivo y la equidad redundando en la calidad del desarrollo, que permitiría explicar una interacción determinante en la precarización de las condiciones de vida de la población. Esta situación genera una condición de vulnerabilidad que se expresa en una población cada vez más creciente, como una manifestación estructural del sistema.

Esta relación establece elementos dentro del plano demográfico, que tienen que ver con determinantes en la transición demográfica, por lo que se debe de indicar cómo es que tales variables, en un primer plano, se afectan en el escenario de la vulnerabilidad, lo que al unir los indicadores sociales con los demográficos, permite hacer énfasis en la existencia de la vulnerabilidad socio-demográfica.

Este concepto de vulnerabilidad se utiliza para explicar el efecto de las políticas públicas predominantemente neoliberales en los ámbitos demográfico y de desarrollo debido a que este concepto apela a una forma diferente de categorizar las condiciones en que se desenvuelve la población. Se conoce que las medidas para determinar la pobreza o la marginación manifiestan números menores en proporción a otras épocas.

Por otra parte, en la actualidad el tipo de empleos, la forma en que se accede al mismo, la cobertura y el servicio que se otorga por parte de la salud y la educación, el acceso a la infraestructura básica del hogar y la concerniente relación que hay entre el ambiente y la sociedad van dando evidencia de cómo la calidad del desarrollo actual tiende a reducirse mientras que se amplía la brecha de desigualdad.

En la actualidad, mediante contratos flexibles se establece una precarización del empleo, a partir de la reducción real de las remuneraciones respecto al incremento que hay en los precios de los bienes y servicios. La incorporación a los mercados informales es la característica fundamental de las estructuras de ocupación en muchos lugares del mundo y la falta de cobertura de seguridad social junto con la privatización de la misma dan un ejemplo claro de cómo ahora ya no se tiene que ser «Pobre» o «Marginal» para tener condiciones precarias de reproducción social.

La cobertura en salud y educación también se plantea como precarización en términos no sólo del número sino de la disparidad en el servicio y formación que se otorgan a muchas personas.

Es así que con este escenario es relevante hacer un estudio de la población, para entender cuál es la forma en que sus condiciones de desarrollo son afectadas, no de manera directa, sino que de manera indirecta y mediante políticas que van minando poco a poco y ampliando el factor de riesgo ante problemas o catástrofes económicos, sociales o de índole natural.

Esto, sin embargo, también conlleva al hecho de que no sólo es una vulnerabilidad que afecta a la sociedad en su conjunto, sino que esta población vista como objeto y sujeto del desarrollo, como ente que trabaja para mantener sus condiciones de vida tiene a bien también desarrollar comportamientos, no sólo en el plano social o económico, sino en el esquema demográfico.

Un ejemplo, que además nos introduce a conocer algo de la realidad, es el fenómeno de la migración que ha modificado considerablemente la estructura demográfica de varios países y dentro de estos, de regiones. Por ejemplo, si un país recibe emigrantes o deja que sus ciudadanos migren en busca de mejores oportunidades de vida fuera del país, esto tiene claros efectos en otras variables tales como la fecundidad, la estructura por edad de la población, y van modificando poco a poco los patrones de morbi-mortalidad que en un país se presentan. A partir de ahí, estos cambios en la población explican el efecto demográfico que tiene el factor vulnerabilidad e indican el camino para analizarla desde la perspectiva socio-demográfica.

En el terreno demográfico las variables básicas que generalmente se estudian son: mortalidad, fecundidad y migración, como determinantes en la estructura de la población, lo cual define la etapa de la transición demográfica de la región estudiada. Así de esto se desprenderá el número de afectados por los diferentes eventos demográficos.

En el plano social se analizan las variables: empleo, salud, educación, vivienda, etc. Con esta información se revisarán los diferentes indicadores de cada una de las variables para observar por ejemplo, cobertura de salud, nivel educativo, etc. Los estudios en general que se plantean dentro del campo demográfico pretende profundizar en aspectos que permitan entender la estructura socio-demográfica de distintos países o regiones.

Tales como la forma en la cual la población se reproduce de manera física y social, los elementos que determinan dicha reproducción, como son los sectores económicos en que se emplean, las formas que lo hace, la influencia que tiene esto en los factores demográficos.

Identifican la relación que hay entre las variables en cuestión y el efecto socio-demográfico y para ello es importante observar cuestiones como la ocupación, la remuneración, y entender las relaciones que tienen con la determinación por ejemplo, de la tasa de fecundidad, los flujos migratorios y hasta la propiedad de bienes, que pudieran servir para hacer frente a crisis o catástrofe de índole económica, social y hasta ambiental, en la idea de activos de dicha población.

Es importante recalcar cómo las variables socio-demográficas, pueden presentar un escenario específico dentro de las condiciones generales de vida, el nivel de desarrollo y permiten visualizar cómo es que la población tiende a ser afectada por una situación de riesgo latente o manifiesta (como es el caso de los que se encuentran dentro de los límites de la pobreza), con lo cual se explica la existencia de una situación de vulnerabilidad.

Las políticas de salud deben dar respuestas a los determinantes de salud extra sanitarios, lo que implica la participación de otros sectores como la economía, la educación, las obras públicas, el medio ambiente en la definición de objetivos de salud para la población, sin dejar de mejorar los servicios de asistencia sanitaria en su vertiente preventiva, curativa o rehabilitadora, procurando un adecuado balance entre prevención de la enfermedad y promoción de la salud, así como su mantenimiento y recuperación.

La mayoría de sus inequidades que se dan en el sector están vinculadas a condiciones sociales ajenas al control directo sanitario por lo que deben abordarse medidas en las que intervengan distintos sectores e instancias gubernamentales.

En conclusión, formular una política de salud que genere mejores resultados de salud requiere de una concepción integral y compleja de la política sanitaria.

Por otro lado, en el primer estudio que permite comparar datos internacionales, realizado por la OMS utilizando la Entrevista Diagnóstica Internacional (CIDI) se concluye que los trastornos mentales son los más onerosos en cuanto morbilidad, debido a su alta prevalencia, cronicidad, inicio a edades tempranas y deterioro en la calidad de vida.

El propósito del presente trabajo es adecuar la oferta de los servicios de salud mental de la Ciudad al perfil y a las necesidades de la población y obtener información actualizada para la toma de decisiones de política sanitaria a partir del diagnóstico de situación y las problemáticas detectadas.

Marco Normativo:

Ley Básica de Salud de la Ciudad de Bs. As. N° 153 y su reglamentación Ley de Salud mental de la Ciudad de Buenos Aires. N°448 y su reglamentación Programa Epidemiológico de Salud Mental.

La Ley Básica de Salud N° 153 en el Art 3° y 48 inc. c) establece el “reconocimiento de la salud mental como un proceso determinado histórica y culturalmente en la sociedad, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social, y está vinculada a la concreción de los derechos al trabajo, al bienestar, a la vivienda, a la seguridad social, a la educación, a la cultura, a la capacitación y a un medio ambiente saludable. La salud mental es inescindible de la salud integral, y parte del reconocimiento de la persona en su integridad bio-psicosocio-cultural y de la necesidad del logro de las mejores condiciones posibles para su desarrollo físico, intelectual y afectivo”.

El Art. 5°: La autoridad de aplicación conduce, regula y controla el Sistema de Salud Mental. Son sus funciones: La formulación, planificación, ejecución y control de las políticas de salud mental de conformidad a los principios y objetivos establecidos en la presente Ley.

En la Reglamentación de la ley de salud mental de la CABA se determina que:

“f) La autoridad de aplicación produce y actualiza en forma constante una base de datos con las principales características de todos los efectores y recursos del Sistema de Salud Mental. Asimismo realiza vigilancia, estudios e investigaciones Epidemiológicas. Para estos estudios e investigaciones se crea un equipo de trabajo que invitará a representantes de las Facultades de Ciencias Sociales, Psicología y Medicina de la Universidad de Buenos Aires. Los mismos se harán con una periodicidad no mayor a cinco años.”²

Los elementos mencionados: base de datos, vigilancia, estudios e investigaciones Epidemiológicas, forman parte del sistema de información al que hace mención el Artículo que se reglamenta y son utilizados en la confección del Plan de Salud Mental y en la planificación estratégica que la autoridad de aplicación realiza con las redes sociales y la comunidad para la gestión del Sistema de Salud Mental. Deberá arbitrarse un método de registro que resguarde la posibilidad de identificación de las personas asistidas dice la misma Ley.

² http://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/s_mental/archivos/ley448.pdf

Por último, cabe mencionarse el Programa de Investigación y Vigilancia Epidemiológica en Salud Mental (PIVESAM)³, cuyo objetivo general es realizar un Diagnóstico de los trastornos mentales y del comportamiento entre la población atendida en forma ambulatoria a partir de un relevamiento en centros y servicios de salud mental con el objetivo de brindar elementos para la toma de decisiones y el diseño de estrategias para la promoción, prevención y atención de la salud mental en la Ciudad de Buenos Aires.

Entre sus propósitos principales se encuentran:

- 1) Adecuar la oferta de los servicios de salud mental al perfil y a las necesidades de la población demandante.
- 2) Obtener información actualizada para la toma de decisiones en política sanitaria a partir de las problemáticas prioritarias del área.
- 3) Crear un espacio de formación académica que permita orientar a profesionales e investigadores sobre la identificación de nuevos problemas de salud mental y aportar datos de utilidad para futuras investigaciones.

OTROS ESTUDIOS:

Otro de los antecedentes considerados en para el diseño conceptual y operacional de este estudio es la Encuesta Nacional de Salud 2011 de España.⁴ El objetivo de esta Encuesta es investigar qué tipo de enfermedades o problemas de salud de larga duración ha padecido la población alguna vez, cuáles ha padecido en los últimos doce meses y si han sido diagnosticados por un/a médico/a.

Define:

Enfermedad: alteración más o menos grave de la salud.

Enfermedad crónica: se considera que una enfermedad es crónica cuando es de larga duración, es decir, de carácter duradero o permanente, que puede o no necesitar cuidados durante un largo periodo. No se debe a procesos agudos aislados. Puede hacer referencia a afecciones aisladas, como por ejemplo, un dolor crónico o de larga duración se refiere a enfermedades o problemas de salud de una duración de al menos 6 meses. No se consideran problemas temporales, pero sí los estacionales o recurrentes.

³ http://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/s_mental/programas/smp_pivesam.php

⁴ <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2011.htm>

Asimismo, la Encuesta define:

Problemas de salud mental: trastornos del pensamiento, emoción o conducta que producen sufrimiento en el ser humano y que alteran su integridad en el plano físico, psicológico o social.

Consulta médica: cualquier visita a un/a profesional médico/a titulado/a (personal o telefónicamente), para diagnóstico, examen, tratamiento, seguimiento, consejo o cualquier otro trámite. También se considera consulta médica las revisiones y peticiones de recetas.

No se considera consulta médica los exámenes médicos colectivos (laborales, escolares, etc.), la simple petición de hora o cita, las consultas al estomatólogo, dentista o higienista dental, la realización de cualquier prueba diagnóstica (radiografías, análisis, etc.) o procedimiento terapéutico indicado por un/a médico/a, ni los contactos con farmacéuticos/as u ópticos/as para la adquisición de prescripciones médicas.

Consulta privada: consulta efectuada por un/a médico/a privado/a (que en el ejercicio libre de la profesión recibe remuneración directa del paciente por el acto médico).

Otros: incluye médico de empresa, mutuas de trabajo y enfermedad profesional, iguala médica, aseguradoras de accidentes de tráfico, ONGs, etc.

También releva la necesidad de asistencia médica para conocer si la persona ha necesitado asistencia médica y no la ha recibido en los últimos doce meses y se investigan las causas principales por la que no se obtuvo asistencia.

En relación con el consumo de medicamentos, se investigó si la persona consumió medicamentos en las últimas dos semanas, cuáles consumió y cuáles de estos le fueron recetados.

Define:

Medicamento: referido a especialidades farmacéuticas, las fórmulas magistrales, los preparados o fórmulas oficinales y los medicamentos prefabricados. Se excluyen los productos de higiene personal, vendas y otros apósitos, productos de alimentación, cosmética, caramelos, chicles, etc.

La Encuesta releva información sobre el consumo de tabaco con el objetivo de investigar la prevalencia del consumo de tabaco de las personas de 15 o más años, tipo de fumador/a (diario/a, no diario/a o ex fumador/a), tipo de tabaco, frecuencia de consumo, edad de inicio, evolución del consumo, intención de dejarlo en los fumadores, motivos para haberlo dejado en los ex fumadores, tratamiento y ayuda profesional recibida para dejarlo.

Define:

Fumador/a: persona que en la actualidad consume cigarrillos, puros y/o pipas.

Tipo de fumador/a

Se distinguen dos sub-categorías:

- fuma diariamente.
- fuma, pero no diariamente.
- no fuma actualmente, pero ha fumado antes
- no fuma, ni ha fumado nunca de manera habitual

Idéntica situación se presenta con el consumo de bebidas con alcohol, con el objetivo de investigar si las personas de 15 o más años han consumido bebidas con alcohol alguna vez en la vida, en el último año y en las dos últimas semanas.

Se pregunta la edad de inicio y la frecuencia de consumo y, para los que han consumido en los últimos 12 meses, el tipo de bebidas consumidas, la frecuencia y cantidad. Se estudia también la frecuencia con la que se consume alcohol de forma intensiva.

La salud mental se define en esa encuesta como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.

Finalmente, a la hora del diseño de la EESAME, uno de los antecedentes más relevantes que se consideró fue el estudio "Prevalencia de problemas de salud mental y su asociación con variables socioeconómicas, de trabajo y salud: resultados de la

Encuesta Nacional de España”⁵

El objetivo de ese estudio es conocer la prevalencia de personas con problemas de salud mental en España y su asociación con variables socioeconómicas, de trabajo y salud. Se trata de un estudio transversal con los datos de la Encuesta Nacional de Salud de España (2006) en el que participaron 29.476 personas (16 y 64 años). El instrumento de cribado de problemas de salud mental utilizado es el General Health Questionnaire (GHQ-12).

Se realizaron análisis descriptivos y de regresión logística para verificar la asociación entre la prevalencia de problemas de salud mental y las variables independientes. La prevalencia de problemas de salud mental es mayor en mujeres (24,6%) que en hombres (14,7%).

Las variables más asociadas a una mayor prevalencia de problemas de salud mental son estar separado o divorciado, ser inmigrante de un país en vías de desarrollo, tener peores condiciones socioeconómicas, tener poco apoyo social (hombres OR 3,6; mujeres OR 3,3), estar desempleado o en baja laboral, tener enfermedades crónicas, estar limitado/a en la realización de actividades cotidianas en función de un problema de salud (hombres OR 7,5; mujeres OR 7,1).

Estos resultados permiten la identificación de grupos de la población más vulnerables y pueden ser de utilidad para diseñar intervenciones.

Conforme lo mencionado *ut supra*, para este estudio, los principales factores determinantes de la salud mental de la población son: la edad, el sexo, la situación conyugal, la condición de migrante, nivel socioeconómico, el apoyo social, la condición de actividad, la tenencia de una enfermedad crónica y las limitaciones originadas en un problema de salud.

En este marco y para dar cumplimiento a los objetivos de la Dirección de Salud Mental del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, la EESAME se propuso dar cuenta de algunos de los aspectos relevados en el estudio realizado en base a la Encuesta Nacional de Salud de España con el objetivo de arribar a la obtención de la misma Información.

⁵ Bones Rocha, K. (2010). Prevalencia de problemas de salud mental y su asociación con variables socioeconómicas, de trabajo y salud: resultados de la Encuesta Nacional de Salud de España. En: *Psicothem*; 22(3), (p. 390). España. Recuperado el 16 de junio de 2014 de <http://www.psicothema.com>

METODOLOGIA

Estudio Cuantitativo de tipo transversal

Población estudiada

En 2014 se realizó un estudio transversal en el que fueron encuestadas personas residentes en nuestra ciudad, de 16 a 65 años de edad. De los 3.600 hogares visitados, la muestra efectiva fue de 2.131 (46% varones y 54% mujeres), obtenida tras un procedimiento multietápico estratificado, que resulta representativa de 1.989.019 personas. Previamente en 2012 se diseñó el proyecto de investigación que incluyó una prueba piloto que se llevó a cabo en 2013, para realizar ajustes metodológicos. Los encuestadores fueron especialmente capacitados y visitaron el hogar de cada participante.

Muestra

n= 2131 encuestados, por selección al azar de vivienda. .Muestreo tri-etapico estratificado.

Se dispone de tres marcos de muestreo para el diseño de muestras de Encuestas a hogares. Los mismos son:

Marco 1 “Viviendas particulares generales”: está compuesto, aproximadamente, por el 90% de las viviendas de la Ciudad; no incluye las que se encuentran en los Marcos “Inquilinato, Hotel familiar, Pensión, Casa (inmueble) usurpada /tomada” (IHPCT) y “Villa”.

Marco 2 “Inquilinatos, Hoteles familiares, Pensiones, Casas (inmuebles) usurpadas/tomadas” (IHPCT): lo integran las viviendas en los ámbitos de la denominación del marco.

Marco 3 “Villa”: comprende las viviendas en villas de emergencia, asentamientos y núcleos habitacionales transitorios.

El diseño muestral de la Encuesta de Salud Mental estuvo basado en los 3 marcos, siendo el mismo un diseño en 3 etapas estratificado, siendo la variable de estratificación la Región Sanitaria.

Las regiones Sanitarias están constituidas a partir de agrupamientos de comunas. Región Sanitaria I está conformada por las Comunas 1, 3 y 4; Región Sanitaria II por las Comunas 7, 8 y 9; Región Sanitaria III por las Comunas 5, 6, 10, 11 y 15; y Región Sanitaria IV por las Comunas 2, 12, 13 y 14.

En cada uno de los Marcos, en la primera etapa de muestreo se seleccionaron Unidades Primarias de Muestreo (UPM) las cuales presentan definiciones diferentes según al Marco al cual pertenecen.

En cada una de las UPM seleccionadas, en la segunda etapa de muestreo se seleccionaron viviendas siendo estas las unidades secundarias de muestreo (USM).

Por último, en la tercera etapa de muestreo, se seleccionó aleatoriamente una persona de cada hogar encontrado con edad entre los 15 y los 65 años.

En el Marco 1 se seleccionaron 300 UPM, siendo estas un conjunto determinado de viviendas contiguas. Las mismas fueron seleccionadas con probabilidad proporcional al tamaño siendo la medida de tamaño el total de viviendas.

En cada una de dichas UPM se seleccionaron 10 viviendas, lo cual hace un tamaño de muestra de 3000 viviendas. Las viviendas fueron seleccionadas a través de muestreo sistemático.

En la tercera etapa de muestreo, los encuestadores indagaban por los hogares residentes en las viviendas seleccionadas y se seleccionaba, en cada uno de ellos, una persona entre 15 y 65 años a través de un algoritmo aleatorio diseñado en el Dispositivo Móvil. Esta persona era el respondiente de la encuesta.

Es preciso aclarar que en las últimas semanas del operativo, se incrementó la muestra en este marco muestral debido a la no respuesta y a los hogares compuesto en su totalidad por población fuera del rango de edad de 15 a 65 años.

En el Marco 2 se seleccionaron 50 UPM, siendo estos domicilios de IHPCT. La selección de UPM fue realizada con probabilidad proporcional a una medida de tamaño, siendo estas el total de piezas / habitaciones.

En cada una de las UPM seleccionadas el encuestador debía listar las piezas / habitaciones ocupadas (considerada estas como viviendas de IHPCT), para proceder luego, mediante el uso de una tabla de números al azar, a la selección de 2 de ellas.

En la tercera etapa, los encuestadores indagaban por los hogares residentes en las viviendas seleccionadas y se seleccionaba, en cada uno de ellos, una persona entre 15 y 65 años a través de un algoritmo aleatorio similar al utilizado en el Dispositivo Móvil.

En el Marco 3 se seleccionaron 20 UPM, siendo estas definidas por Áreas Censales

según definición basada en el Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010. Este Marco solo está presente en las Comunas 1, 4, 7, 8, 9 y 15. La selección fue realizada con probabilidad proporcional al tamaño, siendo esta medida de tamaño el total de viviendas.

En cada UPM muestreada, las viviendas fueron seleccionadas en campo por el coordinador que conduce a los encuestadores en el interior de las mismas, valiéndose de una tabla de números al azar. El número de viviendas seleccionadas en cada UPM fue 10.

En la tercera etapa, los encuestadores indagaban por los hogares residentes en las viviendas seleccionadas y se seleccionaba, en cada uno de ellos, una persona entre 15 y 65 años a través de un algoritmo aleatorio similar al utilizado en el Dispositivo Móvil.

Instrumento y Variables

Se utilizó el Cuestionario GHQ-12, cuya validez se halla extensamente demostrada en la literatura científica internacional, en numerosos idiomas, y su uso es ampliamente difundido en diferentes continentes, por su facilidad de empleo, bajo costo y alta efectividad, sobre todo en estudios epidemiológicos poblacionales con fines de planificación sanitaria. Esta prueba no diferencia diagnósticos sino un valor negativo o positivo de gran utilidad para detectar grupos de riesgo o vulnerables. PSM significa “probable trastorno mental”.

La confiabilidad y consistencia interna del cuestionario en el presente estudio demostró ser alta: Coeficiente Alfa de Cronbach: 0,83.

El General Health Questionnaire (GHQ-12) es un instrumento de cribado de salud mental que identifica posibles casos de problema mental en la población y está formado por 12 ítems que son contestados a partir de una escala. El GHQ-12 evalúa el estado de salud mental subjetivo de las personas e identifica estrés psicológico actual (psychological distress) y es más sensible a trastornos de depresión y ansiedad. La variable dependiente de este estudio son las personas que puntuaron 3 o más puntos en la puntuación GHQ-12, que son positivas en el cribado, lo que significa que pueden tener un trastorno mental. Al mismo tiempo se pidió realizar el registro de variables posiblemente explicativas de esas dimensiones, tanto en el aspecto de salud (padecimiento de enfermedades, consumo de sustancias psicoactivas) como en el socio-

demográfico (características de la vivienda y el hogar, situación laboral del jefe del hogar y del miembro seleccionado).

El cuestionario incluyó dos bloques principales de preguntas: "Hogar" e "Individual". El Primero indagó acerca de las características de la vivienda, las habitacionales del hogar, el ingreso mensual, los miembros que lo componen y sus caracterizaciones (sexo, edad, lugar de nacimiento, máximo nivel educativo alcanzado, condición de afiliación en materia de cobertura de salud y situación laboral del jefe del hogar).

El bloque Individual indagó acerca de la percepción de la necesidad de consulta, la realización o no de la misma, la realización de tratamiento farmacológico indicado por médico psiquiatra u otro, la percepción de obstáculos para la concreción de consulta, el padecimiento de enfermedades de larga duración.

Para el consumo de sustancias psicoactivas, incluyendo tabaco y alcohol se siguió el protocolo CICAD.

Las limitaciones para realizar actividades cotidianas debido a un problema de salud se miden a través del concepto de dificultad de largo plazo o discapacidad. Para ello, en el cuestionario se incorporó la detección de personas con discapacidad, de la cantidad y el tipo de discapacidad, así como la tenencia de Certificado Único de Discapacidad.

El relevamiento en campo estuvo planteado inicialmente para un período de dos meses, iniciándose 30 de julio del 2014 para finalizar el 30 de septiembre. Para esto se conto con una muestra de 3600 domicilios. De los que 3300 pertenecían al Marco General de Domicilios, 300 al Dominio de Inquilinatos, Hoteles, Pensiones y Casas Tomadas y 100 al Dominio de Villa.

Durante las primeras semanas se detectó la necesidad una ampliación de muestra debido a un alto porcentaje de Encuestas No Realizadas. Estas resultaron de la suma de viviendas no encuestables, hogares no encuestables (por estar conformados por miembros fuera del Rango etario propuesto para la muestra) y el porcentaje de ausentes y rechazos.

Por tal motivo desde el 8 de septiembre, luego de 5 semanas de trabajo, se amplió la muestra con 1800 casos más, de los que se utilizaron 1680. Extendiendo el operativo 3 semanas más de lo previsto, cerrando finalmente 22 de Octubre.

Variables e instrumentos de recolección de datos

- **Variables independientes**

Sexo (M-F)

Edad (años)

Origen (AMBA, interior del país, país extranjero latinoamericano, otro país extranjero)

Región sanitaria porteña (I, II, III, IV)

Estado civil (Soltero/a, Casado/a, Separado/a o Divorciado/a, Viudo/a)

Máximo nivel educativo alcanzado (sin escolaridad, Primaria completa, Secundaria completa, Terciaria completa, Universitaria completa, *si no es completa consignar nivel inferior*).

Situación ocupacional (Cuentapropista, Empleado/a, Sub-ocupado/a o changas, Desempleado/a, Jubilado/a o Pensionado/a)

NSE (esta variable se construirá a partir del máximo nivel educativo alcanzado, quintiles de ingreso del jefe del hogar y características de la vivienda, según criterios referidos a la Encuesta Anual de Hogares)

Cobertura sanitaria (Subsector Público, Obra social, Privada)

Enfermedad médica crónica.

Discapacidad.

Limitación física crónica.

Consumo de Sustancias Psicoactivas.

Consumo de bebidas alcohólicas.

Consumo de tabaco.

Variables dependientes

PSM: Problema de Salud Mental (caso/no caso)

El instrumento que se empleará para detectar PSM es el General Health Questionnaire (GHQ-12). El GHQ-12 es una herramienta de screening que identifica posibles casos de trastorno mental en la población y está formado por 12 ítems que son contestados a partir de una escala Likert de 4 puntos. El GHQ-12 evalúa el estado de salud mental subjetivo de las personas (auto-percepción) y representa -a los fines de planificación sanitaria- población en riesgo o vulnerable. Es más sensible a trastornos de depresión y ansiedad y se empleará como punto de corte caso/no caso el valor 2/3, estableciendo como valor positivo a las personas que obtengan al menos 3 puntos, lo que significará que pueden tener un trastorno mental.

- **Variables asociadas a las dependientes**

Percepción de necesidad de consulta (Si/No)

Realización de consulta (Si/No)

Tratamiento psicoterapéutico individual/grupal (Si/No)

Tratamiento psiquiátrico (Si/No)

Tratamiento psicofarmacológico indicado por médico no psiquiatra (Si/No)

Obstáculos percibidos para realizar consulta o mantener tratamiento.

Definición nominal de las variables

A continuación se presenta la definición conceptual de las variables y conceptos del Diseño de registro de la Base Usuarios con su nombre asociado.

id: clave única de identificación de una encuesta correspondiente a una vivienda (código numérico).

Número de hogar (nhogar): número que identifica al hogar dentro de la vivienda a la que pertenece.

Comuna: unidad de gestión política y administrativa con competencia territorial. En el año 2005 se sancionó la Ley de Comunas que divide a la Ciudad de Buenos Aires en quince comunas (Ley N° 1.777, sancionada el 1° de septiembre de 2005). Dicha ley establece que “la descentralización de la ciudad se realiza a través de comunas bajo el agrupamiento de barrios, conforme el número y delimitación establecidos en el Anexo”.

Dominio: sub-población de análisis de acuerdo con la ubicación de la vivienda:

a) en villa;

b) en inquilinato, hotel familiar, pensión e inmueble usurpado/tomado;

c) en el resto de la Ciudad.

fexp: factor de expansión.

Características de los miembros del hogar

Miembro del hogar (mie): persona que reside desde hace seis meses o más en la vivienda seleccionada o que, a pesar de residir desde hace menos de seis meses, ha fijado su residencia en ella. También, el que está instalado en la vivienda seleccionada porque trabaja o busca trabajo en la zona.

El Sistema de Encuestas a Hogares desarrollado en la DGEyC (Dirección General de Estadísticas y Censos) establece la medición de un conjunto de variables en el marco de definiciones homogéneas para todas las encuestas que no pueden ser modificadas o alteradas para ninguna otra encuesta del Sistema. Asimismo, la DGEyC, para la incorporación de nuevas variables, debe realizar estudios de calidad de los datos que requieren de pruebas piloto que fue desarrollada durante el año 2013.

Se incluye la persona que reside en la vivienda seleccionada la mayor parte del tiempo (Cuatro o más días a la semana) por razones de trabajo o de estudio, aunque, Simultáneamente, habite el resto del tiempo en otra vivienda (servicio doméstico con cama adentro estudiantes, etc.).

También comprende a la persona que reside en otra vivienda distinta de la seleccionada por la muestra, pero que por razones no laborales está presente en ella por un periodo mayor a los seis meses (enfermedad, cuidado de familiares o amigos, vacaciones largas, etc.).

Asimismo, incluye las personas que aunque resida habitualmente en la vivienda

seleccionada está ausente de ella por un periodo menor a seis meses por razones no laborales (salud, vacaciones, reclusión, etc.).

Miembro seleccionado (mie_sel): miembro del hogar seleccionado para realizar la entrevista.

Edad en el momento de la entrevista (edad): se registran los años cumplidos en el momento de la recolección del dato.

Sexo: refiere a la indagación y registro del sexo de la persona, por más evidente que le parezca en el momento de realizar la encuesta.

Relación de parentesco con el jefe del hogar (p4): la relación de parentesco se registra en relación con el Jefe del hogar.

Jefe del hogar (valor 1): componente del hogar que es reconocido como tal por los demás miembros del hogar.

Cónyuge o pareja (valor 2): Comprende la relación entre dos personas establecidas a través de un matrimonio legal o una unión de hecho.

Hijo/a – Hijastro/a (valor 3 y 4): incluye a los hijos biológicos o adoptivos del jefe del hogar

Yerno o nuera – nieto o nieta- padre, madre, suegro o suegra (valor 5, 6 Respectivamente): relaciones de parentesco son también aplicables a los vínculos políticos funcionalmente equivalentes, tales como padrastro o madrastra, nieto o nieta del cónyuge del Jefe del Hogar, etc. y están referidos tanto a los matrimonios legales como a las uniones de hecho.

Otros familiares (valor 7 a 12): cualquier persona con algún tipo de parentesco con el jefe del hogar, tanto directo como político que no esté incluido en ninguna de las categorías precedentes. Se incluyen, por ejemplo, tíos, primos, cualquier otro pariente lejano del jefe de hogar, etc.

Otro no familiar (valor 14): miembros que no tengan vínculo de parentesco – Directo o político - con el jefe del hogar. Ejemplo: amigo, huésped, etc.

Servicio doméstico y sus familiares (valor 13): personal doméstico con cama adentro, es decir, las personas que viven en el hogar o pasan la mayor parte del tiempo (cuatro días o más a la semana) en el mismo. En esta Categoría deben ser consignados, además, los familiares del servicio doméstico que viven en el hogar.

Situación conyugal (p5): situación de hecho respecto de la existencia o no de una unión y puede coincidir o no con el estado civil legal. Se considera soltera a la persona que nunca se casó ni convivió en pareja.

Situación conyugal (p5re): casado o unido en unión legal o consensual; soltero nunca unido legal o consensualmente; separado/divorciado de unión legal o consensual; viudo de unión legal o consensual.

Letra de orden según edad:

Migración

Lugar de nacimiento (m1): conocer el lugar de nacimiento de las personas a partir de lo que declara el entrevistado. Sus categorías se definen a continuación.

En esta ciudad: miembro del hogar que nació en la Ciudad de Buenos Aires.

En la provincia de Buenos Aires: se incluyen los 24 partidos del Conurbano bonaerense y cualquier otro lugar de la provincia de Buenos Aires. Especificar el partido.

En otra provincia: se trata del miembro del hogar que nació en otra provincia del país, que no sea la Provincia de Buenos Aires. **En otro país:** indagar y especificar en el renglón reservado para tal fin el nombre del país de nacimiento.

En otro país: otro país distinto a la Argentina.

Lugar de nacimiento recodificada (m1re):

Nativo de la Ciudad: nacidos en la Ciudad de Buenos Aires.

Nativo de otro lugar del país: nacidos en alguna provincia argentina (excluye Ciudad de Buenos Aires).

Extranjeros: nacidos en otro país distinto a la Argentina.

Educación

Asistencia a un establecimiento educativo (e2): concurrencia actual o anterior, de la población total, a un establecimiento reconocido en el sistema de enseñanza formal (oficial), privado o público de nivel inicial, primario, secundario, universitario u otro. No se incluye la asistencia a academias (ejemplo: Academias Pitman, Academia de Alta Costura, etc.); los institutos privados que no pertenecen a sistemas formales (ejemplo: cursos de idiomas extranjeros, cursos de alfabetización, para aprender a tocar instrumentos musicales, de actualización docente, cursos técnicos realizados en instituciones dedicadas a la enseñanza de peluquería, electricidad, cursos breves de computación, etc.). También se excluye la asistencia a cursos de perfeccionamiento profesional que no forman parte de una carrera de grado y de post-grado.

Nivel de instrucción que cursa actualmente (e6a): nivel de instrucción más alto que el entrevistado esté actualmente cursando o haya estado cursando en el ciclo lectivo del año actual. A continuación se consignan las definiciones de los distintos niveles educativos.

Jardín Maternal o de Infantes: toda escolaridad oficial previa a la primaria. Comprende actividades sistemáticas de formación en salas o en secciones de los jardines maternales o de infantes reconocidos por el Ministerio de Educación del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, por el Ministerio de Educación de la Nación o de las provincias, o en trámite de reconocimiento.

Primario común: estudios destinados a proporcionar los elementos básicos de Educación que habilitan para inscribirse en el nivel secundario formal. Abarca los siguientes tipos de escuelas: las escuelas primarias comunes, escuelas hogares, escuelas para adultos de educación primaria (no incluir las escuelas especiales o las también llamadas diferenciales ya que se consideran en otra categoría del cuestionario), centros de alfabetización para adultos que impartan enseñanza de este tipo y otorguen habilitación equivalente a las escuelas primarias comunes, escuelas en hospitales, escuelas carcelarias de educación primaria, escuelas anexas a las Fuerzas Armadas donde se imparte educación primaria y toda otra que imparte enseñanza elemental que habilite a pasar al nivel secundario.

Secundario/medio común: estudios que se dictan en escuelas secundarias públicas o privadas con reconocimiento oficial y cuya finalización habilita para cursar el nivel superior (terciario o universitario). Las modalidades del nivel secundario son los colegios nacionales, liceos, bachilleratos (especializados o no), escuelas de comercio, normales donde se dictan el nivel medio o

secundario. Se incluyen también las escuelas técnicas, las escuelas artísticas públicas o privadas con reconocimiento oficial y los institutos de enseñanza media especializadas tales como el Liceo Militar, Liceo Naval, Escuelas de policía y bomberos, escuelas penitenciarias, escuelas de suboficiales de las Fuerzas Armadas, etc.

Primario especial: la formación dictada en las escuelas primarias dedicadas a niños, adolescentes y adultos con trastornos emocionales severos o con discapacidades de tipo intelectual, visual, auditiva, motora o de otro tipo. No se incluyen en esta categoría las escuelas especiales que no dictan educación primaria (escuelas de formación profesional), las escuelas especiales de recuperación ni las escuelas domiciliarias y hospitalarias – estas últimas se incluyen como escuelas de nivel primario común.

Otras escuelas especiales: escuelas de formación media y/o apoyo a niños con discapacidades y/o trastornos.

Primarios adultos: comprende los estudios primarios orientados a la formación de los mayores de 14 años.

Secundario/medio adultos: abarca los estudios que se dictan en escuelas secundarias, públicas o privadas con reconocimiento oficial, orientados a la formación de los mayores de 18 años. Incluye a los bachilleratos populares, reconocidos por la resolución Nº 238 del 18/7/2011.

Terciario o Superior no universitario: educación superior no universitaria que se imparte en instituciones con reconocimiento oficial que requieren haber completado el nivel medio o secundario para ingresar. Son los cursos oficiales de ingreso al nivel terciario no universitario, los profesorados de jardín de infantes, de enseñanza primaria, de adultos, de enseñanza especial (sordomudos, ciegos, etc.) y de enseñanza secundaria (educación física, matemática, historia, idiomas, etc.). Comprende también especialidades no docentes. Ejemplo: cursos para graduados de escuelas industriales, técnica industrial, periodismo, turismo, computación, bibliotecarios y museos, bellas artes, etc. y la formación de oficiales de las Fuerzas Armadas: Colegio Militar, Escuela Naval, Escuela Superior de Guerra, etc.

Universitario: estudios que se realizan en las universidades públicas (nacionales, provinciales o regionales) y privadas. Comprende exclusivamente las carreras que otorgan título de grado: medicina, abogacía, contaduría, letras, economía, sociología, ingeniería, etc.

Post-grado: estudios que se realizan en las universidades públicas y privadas que exigen haber obtenido previamente un título universitario de grado. Incluye maestrías y doctorados.

Nivel de instrucción (e12a): se seguirá las mismas instrucciones de la pregunta E6a, excepto en los casos que se detallan a continuación.

E.G.B (1º a 9º año): en algunas jurisdicciones se llevó a cabo entre 1993 y 2010 la Transformación Educativa promovida por la sanción de la Ley Federal de Educación 24195. (Ejemplo: Provincia de Buenos Aires). Por lo tanto, para completar los cuestionarios de los miembros del hogar que hayan cursado por última vez en establecimientos incorporados a dicha reforma, como los de dicha provincia, se previeron categorías que contemplan ambos sistemas de educación. La E.G.B tenía una duración de 9 años de escolaridad obligatoria y

comprendía la escuela primaria común (primero a séptimo grado), y los dos primeros años de la escuela media común (primero y segundo año).

Polimodal (1º a 3º año): nivel que continúa después de la E.G.B, Su duración era de 3 años. Comprendía el ciclo final de la educación media no reformada (tercero a quinto año).

Nivel de instrucción completo o incompleto (e13): se indaga si el nivel de instrucción declarado en la pregunta E12a está finalizado (ha sido completado) o no al momento de la entrevista.

Máximo nivel educativo (e_nivelre): nivel de enseñanza más alto que cursa o cursó la población total, lo haya completado o no. Incluye la categoría "Sin instrucción". La categoría "Superior / Universitario completo" incluye superior no universitario o terciario y superior universitario. La categoría "Superior / Universitario completo" incluye superior no universitario o terciario y superior universitario completo, así como también postgrado incompleto o completo.

Nivel de enseñanza: etapa en que se encuentra estructurado el proceso educativo propio de cada tipo de educación, cuya unidad se evidencia en su carácter gradual. En la educación común los niveles son: inicial, primario, medio/secundario, superior no universitario o terciario y superior universitario.

Salud

Afiliación a un sistema de salud: la condición de afiliación de la población a algún sistema de atención de la salud. Para registrar la cobertura correctamente tener en cuenta que:

Obra social (sn1b_1): un sistema de atención de la salud regido por ley, generalmente constituido en base a la rama de actividad del establecimiento donde trabaja el afiliado titular (bancarios, metalúrgicos, portuarios, textiles, docentes, etc.) Se organiza, principalmente, en base a la afiliación obligatoria de todos los trabajadores en relación de dependencia y su núcleo familiar primario, y supone un descuento automático en los salarios. Existen obras sociales que aceptan también afiliaciones voluntarias. Se considera que el PAMI cumple los requisitos para ser clasificada como una obra social, dentro de esta categoría. PAMI o Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados es la obra social que brinda cobertura a los jubilados y pensionados.

Medicina prepaga o mutual vía obra social (sn1b_7): afiliación a una prepaga o a una mutual que se realiza a través del aporte de una obra social.

Mutual (sn1b_2): sistema de atención de la salud organizado solidariamente, en base a la adhesión voluntaria de las personas. La afiliación se obtiene mediante el pago periódico de una cuota que en algunos casos se paga en efectivo (es decir, sin descuentos salariales) y en otros a través de un descuento no obligatorio en las remuneraciones.

Medicina pre-paga por contratación voluntaria (sn1b_3): sistema de atención a la salud organizado en base a la adhesión voluntaria de las personas. La afiliación al mismo se obtiene mediante el pago periódico de cuotas que varían de acuerdo a las distintas posibilidades que ofrecen los planes de salud.

Sistema de emergencias médicas (sn1b_4): sistema de atención de emergencias mediante el envío de ambulancias que derivan a los pacientes a los hospitales públicos o a los autorizados por su obra social o medicina prepaga. En algunos casos, incluye atención médica domiciliar de urgencia. Este tipo de atención no supone el seguimiento del paciente por parte del mismo profesional que atendió inicialmente la urgencia o emergencia.

Programa Cobertura Porteña de Salud/Plan médicos de cabecera del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (sn1b_5): es el Plan Médico impulsado por el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires que consiste en la atención por parte de médicos de cabecera en sus consultorios particulares o en los centros médicos barriales. Está dirigido principalmente a la atención de la población sin otro tipo de cobertura médica, que acredite residencia habitual y permanente en la Ciudad de Buenos Aires.

Condición y tipo de afiliación (s_tipco2): decodificación de la variable afiliación a sistema de salud; las categorías son con afiliación y sin afiliación.

Vivienda

Las variables que definen a continuación se incluyeron en el estudio como indicador próximo de condiciones estructurales de las condiciones de vida de los hogares-

Tipo de vivienda (v2)

Casa: vivienda con salida directa al exterior. Sus moradores no pasan por pasillos o corredores de uso común para acceder a la vivienda. Puede tener más de un acceso directo desde el exterior. También se incluye entre las “casas” a las vivienda/s ubicadas en un terreno abierto, sin delimitación perimetral, por lo que no hay una puerta de acceso al predio desde la calle.

Departamento: vivienda a la que se accede a través de pasillos, escaleras, vestíbulos interiores, garajes, jardines o patios de uso común. Los ejemplos típicos son los edificios de departamento en altura y los departamentos “tipo casa” o “en propiedad horizontal.” Se incluyen también entre los “departamentos” a aquellas viviendas construidas en el mismo terreno, que tienen una entrada común desde la calle a través de pasillos, patios, garajes, etc., de uso común.

Pieza en inquilinato/conventillo: pieza ubicada en un inquilinato o conventillo, siendo éstos una edificación o estructura que ha sido construida o remodelada deliberadamente para contener varias piezas que tienen salida a uno o más espacios de uso común, con la finalidad de alojar en forma permanente personas (hogares particulares) en calidad de inquilinos. La casa de inquilinato tiene baños y/o cocina que se usan en forma compartida. Esto no excluye que algunas de las habitaciones cuenten con baño y/o cocina propios. También puede ser que compartan la entrada de la calle con alguna vivienda de otro tipo. Algunas formas de inquilinato son conocidas como “conventillos”. No es infrecuente encontrar inquilinatos al final de un pasillo con departamentos. Cada cuarto de una casa de inquilinato es una unidad de vivienda, excepto cuando una misma familia ocupa más de un cuarto, en cuyo caso se considera una vivienda al conjunto de cuartos que esa familia ocupa.

Pieza en hotel/pensión: pieza ubicada en un hotel familiar o pensión, siendo éstos una edificación o estructura que ha sido construida o remodelada deliberadamente para contener varias piezas que tienen salida a uno o más espacios de uso común con la finalidad de alojar en forma permanente personas (hogares particulares) en calidad de huéspedes o pensionistas, quienes siguen un régimen especial caracterizado por:

1) Pago diario, semanal, quincenal o mensual del importe del alojamiento en habitaciones amobladas;

2) Encuadramiento bajo la legislación establecida para este tipo de establecimientos que se exhibe en lugares visibles y en los libros de registro.

Cada habitación de un hotel o pensión es una unidad de vivienda, excepto cuando una misma familia ocupa más de un cuarto, en cuyo caso se considerará una vivienda al conjunto de cuartos que esa familia ocupa.

Construcción no destinada a vivienda: vivienda que no ha sido construida o adaptada para que habiten personas, pero que aloja uno o varios hogares particulares.; por ejemplo: negocio, depósito, galpón, fábrica abandonada, hospital o edificio público que ha dejado de cumplir las funciones para las que, originalmente, fue construido, y donde viven hogares particulares.

Rancho o casilla: vivienda que se caracteriza por formar parte de un conjunto de viviendas ubicadas en terrenos fiscales o de terceros; generalmente, construida con materiales de baja calidad y al margen de los ordenamientos edilicios (sin trazado circulatorio ordenado, careciendo de servicios sanitarios adecuados, etc.). Puede tratarse de una casilla o pocas casillas aisladas en un terreno baldío en un barrio que no es una villa.

Otro: carpa, casa rodante, tranvía, vagón ferroviario, etc.

Material constructivo de la vivienda: la calidad de los materiales de la vivienda es: Suficiente: si la calidad del techo y el piso es suficiente; Parcialmente Insuficiente: si al menos una de las partes constitutivas de la vivienda es de calidad parcialmente insuficiente; Insuficiente: si la calidad del piso o el techo es insuficiente. La categoría parcialmente insuficiente se establece como norma de la calidad de los materiales constructivos.

Material del techo de la vivienda: se considera en forma conjunta la cubierta exterior y el cielorraso / revestimiento interior del techo. El primero refiere al material del techo que se observa del lado de afuera de una vivienda; en los departamentos ubicados en construcciones verticales, la cubierta exterior del techo remite al material que constituye el techo de la última planta. El segundo es el revestimiento del techo que se observa al interior de la vivienda y puede ser revoque, yeso, madera y/o placas de polietileno expandido; el cielorraso es un aislamiento adicional al techo que sirve para proteger a los habitantes de los ruidos y de las inclemencias climáticas. Cuando alguna/s de las habitaciones de la vivienda no tenga/n cielorraso, se registra la situación predominante.

Vivienda precaria (vprecaria): se considera precaria a todas las viviendas que no sean de tipo casa o departamento.

Hogar

Condiciones habitacionales del hogar (condhab): se considera que la vivienda presenta condiciones habitacionales insuficientes cuando sus materiales constructivos o sus instalaciones sanitarias se encuentran por debajo de la norma.

Consecuentemente, los hogares que habitan en una vivienda con pisos o techos de materiales insuficientes o sin inodoro con descarga de agua y desagüe a red cloacal

tienen condiciones habitacionales insuficientes. Condición y tipo de afiliación.

Exclusividad del servicio sanitario: se considera la situación de exclusividad en el uso del inodoro, teniendo en cuenta si el baño que el hogar dispone es utilizado sólo por él o es compartido por otros hogares. El uso compartido del servicio sanitario afecta a dos de las cinco dimensiones consideradas generalmente en la definición de vivienda adecuada: la referida al saneamiento y la referida a la independencia habitacional. Se combinan las categorías de Servicio Sanitario distinguiendo en ellas la exclusividad en el uso.

Servicio sanitario: se resumen las condiciones sanitarias de los hogares en dos grupos, considerando como norma o umbral de satisfacción la disponibilidad de inodoro o retrete con descarga de agua y desagüe a red cloacal pública.

Hacinamiento (h_hacina): resultado de la división de la cantidad de personas en el hogar por la cantidad total de habitaciones / ambientes de uso exclusivo del hogar (H3). Se agrupan los valores en cuatro categorías con valores expresados en 2 (dos) enteros y 2 (dos) decimales.

Mercado de trabajo

Condición de actividad (cond_activ): situación en que se encuentran las personas con respecto a su participación en la actividad económica.

Población Económicamente Activa: la integran las personas que tienen una ocupación o que sin tenerla la están buscando activamente; comprende a los ocupados y desocupados.

Ocupados (valor 1): personas que tienen por lo menos una ocupación, es decir, que en la semana de referencia han trabajado como mínimo una hora (en una actividad económica).

Desocupados (valor 2): personas que, no teniendo ocupación, están buscando activamente trabajo.

Inactivo (valor 3): personas que no participan en la actividad económica, es decir, las que no tienen trabajo ni lo buscan activamente.

Categoría ocupacional (categori): alude a las relaciones que establecen las personas dentro del proceso de trabajo. Se discrimina entre los que compran fuerza de trabajo (patrones), los que usan su propia fuerza (trabajadores por cuenta propia) y los que venden su fuerza de trabajo en el mercado (asalariados). El carácter discriminante de este criterio se ve complementado por dos variables adicionales (la cantidad de clientes y el tipo de unidad a quien está dirigida la producción) que permiten la reclasificación de los no asalariados. A nivel de la medición se distinguen al interior de las relaciones de producción cuatro posiciones: patrón, cuenta propia, asalariado y trabajador familiar sin remuneración.

Patrón (valor 1): aquellos que trabajan sin relación de dependencia, es decir que siendo únicos dueños o socios activos de una empresa establecen las condiciones y formas organizativas del proceso de producción y emplean como mínimo una persona asalariada. Aportan al proceso de producción los instrumentos, maquinarias o instalaciones necesarias.

Trabajador por cuenta propia (valor 2): desarrollan su actividad utilizando para ello sólo su propio trabajo personal, es decir que no emplean personal

asalariado y usan sus propias maquinarias, instalaciones o instrumental; quienes trabajan para su propio negocio o actividad y no emplean trabajadores o emplean sólo a veces o por temporada.

Asalariado (valor 3): persona que trabaja en relación de dependencia, es decir que las formas y condiciones organizativas de la producción le son dadas y también los instrumentos instalaciones o maquinarias, aportando ellos su trabajo personal.

Trabajador familiar (valor 4): personas ocupadas en un establecimiento económico dirigido por una persona de su familia -que puede vivir o no en el mismo hogar- y que no reciben pago en dinero o en especie por su trabajo ni retiran dinero.

Nivel de estrés laboral (nivstrelab): consideración de la población sobre las condiciones en que realiza su trabajo (satisfactorio o estresante). Para su operacionalización se utilizó una escala del 1 a 7. Sus categorías son bajo (**valor 1**) - de 1 a 2-, medio (**valor 2**) -de 3 a 4- y alto (**valor 3**) -de 5 a 6-.

Situación de salud

Problema de salud mental (psm_2): trastornos del pensamiento, emoción o conducta que producen sufrimiento en el ser humano y que alteran su integridad en el plano físico, psicológico o social; operacionalmente se considera caso (positivo) cuando el resultado del GHQ12 en dos o más ítems. Sus categorías son “**caso**” (valor 1), “**no caso**” (valor 2)

Situación de salud- presencia y cantidad de enfermedades crónicas (cantcro): enfermedad o problema de salud crónico o de larga duración, es decir, de carácter duradero o permanente. Puede hacer referencia a afecciones aisladas, como por ejemplo, un dolor. Crónico o de larga duración se refiere a enfermedades o problemas de salud de una duración de al menos 6 meses. No se consideran problemas temporales, pero sí los estacionales o recurrentes. Sus categorías son:

ninguno (**valor 0**)

una a dos enfermedades o problemas de salud crónico (**valor 1**)

tres a cuatro enfermedades o problemas de salud crónico (**valor 2**)

cinco y más enfermedades o problemas de salud crónico (**valor 3**)

Dificultad de largo plazo

Las limitaciones para realizar actividades cotidianas debido a un problema de salud se miden a través del concepto de dificultad de largo plazo o discapacidad.

Para ello, en el cuestionario se incorporó la detección de personas con discapacidad, de la cantidad y el tipo de discapacidad, así como la tenencia de Certificado Único de Discapacidad.

Discapacidad: toda limitación en la actividad y restricción en la participación que afecte a una persona a largo plazo, originada por la interacción entre la persona que tiene una deficiencia y los factores contextuales para desenvolverse en su vida cotidiana, dentro de su entorno físico y social, según sexo y edad.

La **limitación en la actividad:** hace referencia a las **dificultades de largo plazo** que un individuo puede tener en su desempeño y en la realización de una actividad, originadas en una deficiencia en interacción con los diversos factores contextuales (ejemplo: dificultades para caminar, subir o bajar escalones, para mover brazos o manos, para levantarse, acostarse, mantenerse de pie o sentado, para ver, para oír,

para hablar o comunicarse, para entender o aprender indicaciones sencillas, para concentrarse y/o recordar cosas que le interesan, para atender por sí mismo su cuidado personal, como lavarse o vestirse o comer, etc.)

La **restricción en la participación** hace referencia a los **problemas, obstáculos o barreras** que un individuo puede encontrar al involucrarse en situaciones vitales, originadas en una deficiencia en interacción con los diversos factores contextuales (por ejemplo: problemas en el acceso, permanencia, comunicación y uso de: espacios físicos (edificios públicos o privados o la infraestructura del transporte);

la atención de salud, las ayudas técnicas o la asistencia de personas;

la educación y los apoyos específicos;

el ejercicio del trabajo.

Para ser considerada una discapacidad:

la limitación en la actividad y la restricción en la participación siempre deben estar **originadas en una deficiencia**, referida ésta al campo de la salud, es decir originada en algún problema en las funciones o estructuras corporales, tales como anomalías, defectos, pérdidas o cualquier otra desviación en las mismas. Son ejemplos de deficiencia: ausencia de ojo, disminución del campo visual, pérdida de audición en uno o en ambos oídos, pérdida de la producción de la voz, disfasia, pérdida o ausencia de la capacidad para distinguir entre fantasía o realidad, pérdida parcial o completa de la memoria, deformidad de alguna parte del cuerpo, defecto en algún órgano interno (vesícula, riñón, esófago, etc.).

la limitación en la actividad y la restricción en la participación deben ser **“actuales”**, o sea estar afectando al individuo en el momento de la indagación y **“de largo plazo”**; es decir duraderas, afectando o esperándose que afecte al individuo por un tiempo igual o superior a un año. Esto excluye las discapacidades de corto plazo debido a condiciones temporales o transitorias tales como fracturas o enfermedades. Ejemplos: no camina porque tiene la pierna enyesada por una fractura, no habla por una aguda disfonía a causa de una gripe, etc.

Considerar cada una de las dificultades de largo plazo de acuerdo a la edad y sexo del/de la encuestado/a9.

Consulta médica: refiere a cualquier visita a un/a profesional médico/a titulado/a (personal o telefónicamente), para diagnóstico, examen, tratamiento, seguimiento, consejo o cualquier otro trámite. También se considera consulta médica las revisiones y peticiones de recetas.

No se consideran consultas médicas los exámenes médicos colectivos (laborales, escolares, etc.), la simple petición de hora o cita, las consultas al estomatólogo, dentista, la realización de cualquier prueba diagnóstica (radiografías, análisis, etc.) o procedimiento terapéutico indicado por un médico, ni los contactos con farmacéuticos u ópticos para la adquisición de prescripciones médicas.

Consultas a especialistas: hace referencia a las consultas a médicos especialistas en consultas externas o de urgencias. También se consideran las consultas médicas en el lugar de trabajo o centro de estudios, o a un especialista en el extranjero. No se incluyen las visitas realizadas en el hospital como paciente internado o atendido en el hospital de día.

Tenencia de problemas o consecuencias por consumo de sustancias

Tipo de prescripción médica (tipopresmed): personas que han tomado medicación por prescripción, esta variable clasifica de quién es la receta. Sus categorías son

Consumo de sustancias

El consumo de sustancias se indaga para obtener la prevalencia de consumo de vida

(alguna vez en la vida), la prevalencia en el último año (en los últimos 12 meses) y la prevalencia actual (en los últimos 30 días).

Consumo de psicofármacos (tipopsico): consumo de sustancias química que ejerce una cierta influencia en los procesos de la mente. Estos agentes inciden en el sistema nervioso central y pueden modificar desde la conciencia hasta la conducta, pasando por la percepción.

Consumo de sustancias legales (conslici): se refiere al consumo de alcohol y tabaco.

Consumo de sustancias ilegales (consilici): consumo de marihuana, cocaína, paco o pasta base, inhalables, éxtasis u otras drogas de diseño, alucinógenos, opiáceos o anestésicos.

Tenencia de problemas o consecuencias por consumo de sustancias (problcons): las clasificación de las personas que consumieron sustancias lícitas o ilícitas según hayan tenido o no problemas por el consumo.

ANALISIS DE DATOS

Se ha llevado a cabo un análisis descriptivo de la prevalencia de problemas de salud mental, según las variables independientes (Demográficas, Socioeconómicas, laboral, Salud, etc.). Para analizar la asociación entre la variable dependiente y las variables independientes se ha realizado un análisis bivariado, ajustado por edad, a partir del cálculo de Odds Ratio (OR) e intervalo de confianza (IC 95%) obtenidos a partir de una regresión logística y posteriormente un análisis multivariado.

Análisis estadístico

- Análisis descriptivo de la prevalencia de PSM.
- Análisis descriptivo del nivel de utilización de servicios y Cobertura Sanitaria.
- Pruebas de significación estadística entre variables independientes y PSM. Entre otras pruebas, cálculo de Odds Ratio (OR) con intervalo de confianza (IC 95%).

Realizar eventuales agrupamientos o utilizar otras pruebas de significación estadística según surjan elementos de interés a partir de la exploración inicial de datos.

RESULTADOS

La prevalencia de problemas de Salud Mental total en la Ciudad es del 23,4%. Es mayor en mujeres (28 %) que en hombres (17, 8 %). Las variables más asociadas a problemas de Salud Mental son : ser mujer, estar separado o divorciado, ser inmigrante, tener más bajo nivel educacional, tener peores condiciones habitacionales y vivienda precaria. Esta última variable junto con hacinamiento crítico es especialmente significativa en mujeres, tener peores condiciones socio económicas como ganar poco o estar desocupado, tener enfermedades crónicas, estar limitado en la realización de actividades cotidianas en función de un problema de salud, padecer estrés laboral, tener algún tipo de discapacidad. Se ha encontrado que aquellos hombres y mujeres que no tienen Cobertura Sanitaria en la Ciudad y que acuden cuando necesitan al Subsector público son los que tienen problemas más significativos de Salud Mental en relación a los que presentan cobertura privada o de obra social.

Con respecto al consumo de sustancias psicoactivas los encuestados que tuvieron auto percepción de consecuencias nocivas para su salud llegan al 15 %. El 34% de los varones y el 57% de las mujeres demostraron tener problemas de Salud Mental. Con consumo de bebidas alcohólicas el problema de Salud Mental alcanza al 34% de los varones y al 57,8% de las mujeres. Con consumo de tabaco el PSM es significativo para las mujeres (44,4%).

De aquellos que padecieron algún problema emocional el 73,3% de los hombres no consultaron y el 59,7% de las mujeres. En privado consulto el 52,6% de la población que presento algún problema emocional en el último mes, a obra social el 25,5% y a nivel público el 21,9%. Consultaron más al psicólogo, luego al médico clínico, en tercer lugar al psiquiatra y por último a un médico no psiquiatra. El 37% recibió psicofármacos. Un 85% con receta. La mayoría no consulto porque quiso esperar y ver si el problema mejoraba solo o el problema no le parecía tan importante. En menor proporción no creen que un profesional pueda ayudarlo o dicen no tener tiempo para consultar con un especialista.

Estos resultados permiten la identificación de grupos de la población más vulnerables o de riesgo y pueden ser de mucha utilidad para diseñar estrategias de intervención o planificación en Salud Mental.

Población

Total: 1.989.019 CV: 2,2%

Varones: 931.802 CV: 3,3%

Mujeres: 1.057.217 CV: 3,1%

Muestra

n=2131

Varones: 971 (45,6%)

Mujeres: 1160 (54,4%)

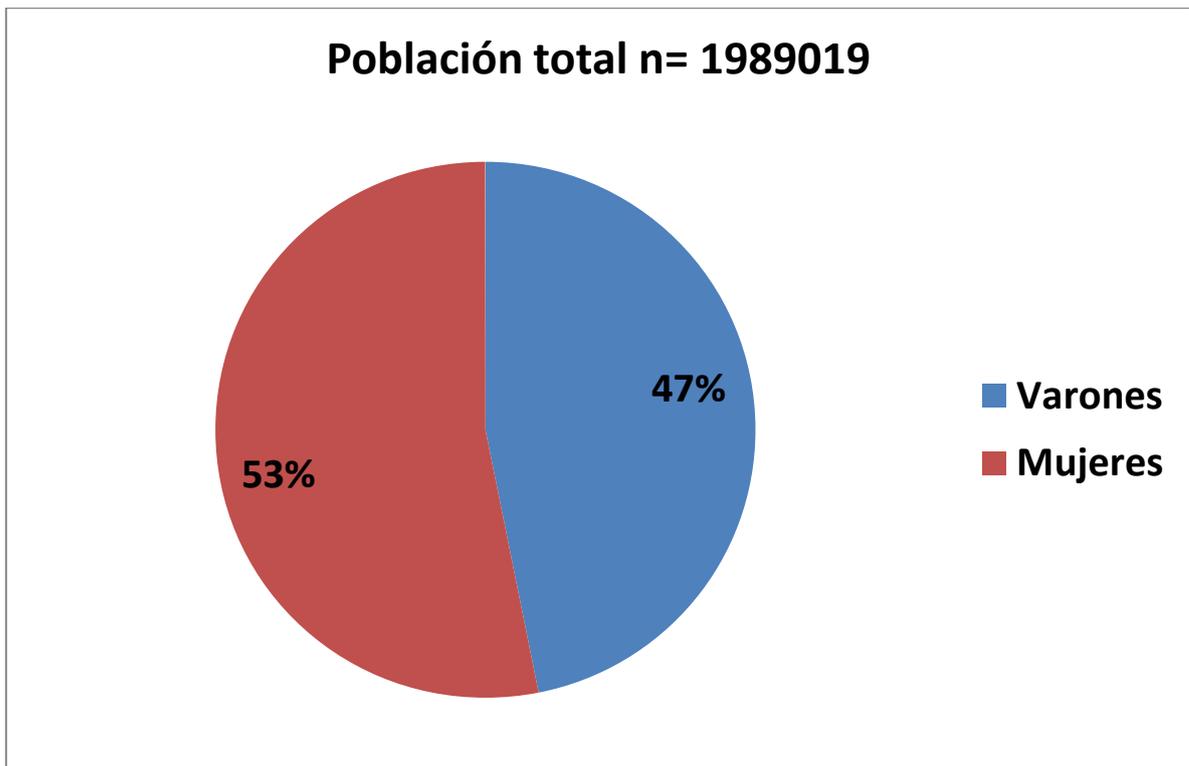
Tabla I. Población de 16 a 65 años por sexo.

Sexo				
Sexo	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos_ Mujer	1160	54,4	54,4	54,4

Varón	971	45,6	45,6	100,0
Total	2131	100,0	100,0	

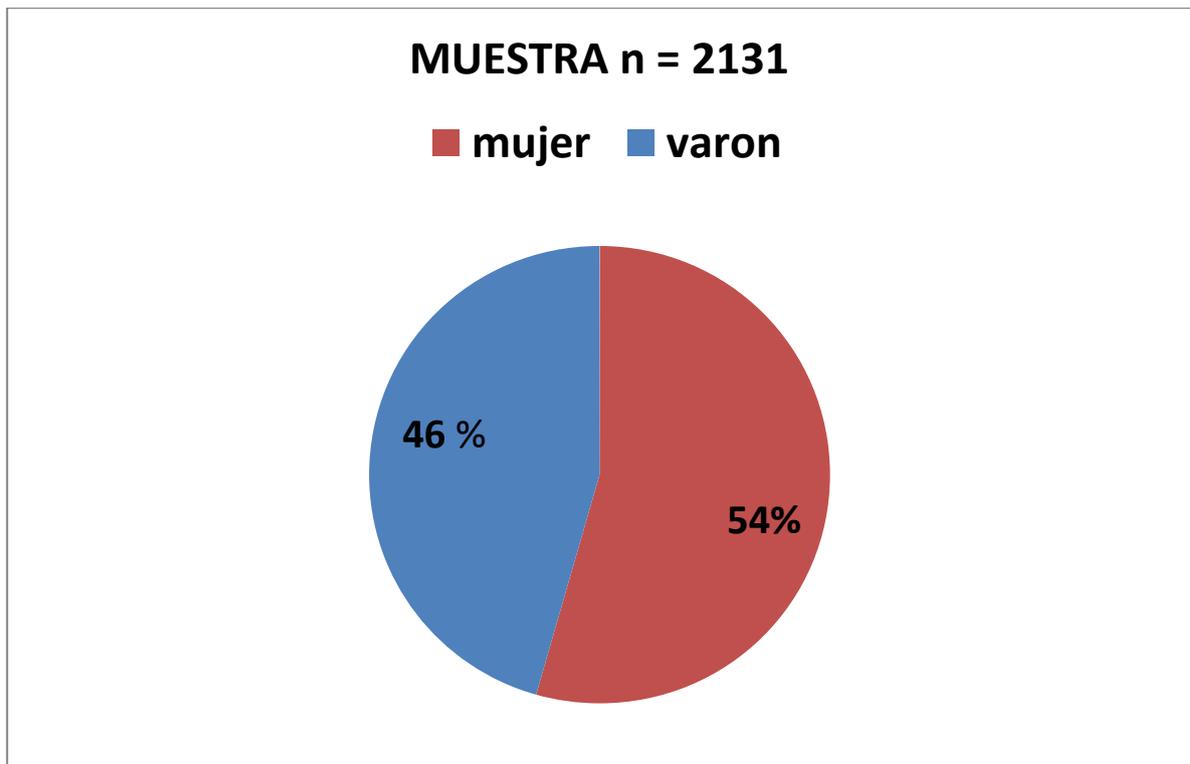
Fuente: Dirección General de Estadística y Censos. Dirección General de Salud Mental. Ministerio de Salud. GCBA. Encuesta Epidemiológica (EESAME). 2014

Grafico I. Población total de la Ciudad según sexo. CABA. 2014



Fuente: Dirección General de Estadística y Censos. Dirección General de Salud Mental. Ministerio de Salud. GCBA. Encuesta Epidemiológica (EESAME). 2014

Grafico II. Población encuestada de la Ciudad según sexo . CABA. 2014



Fuente: Dirección General de Estadística y Censos. Dirección General de Salud Mental. Ministerio de Salud. GCBA. Encuesta Epidemiológica (EESAME). 2014

Considerando el total de la población encuestada en el estudio se observa que el 54,4 % de las personas son mujeres.

1-Mujeres

Tabla II. Población femenina de 16 a 65 años según grupo etario

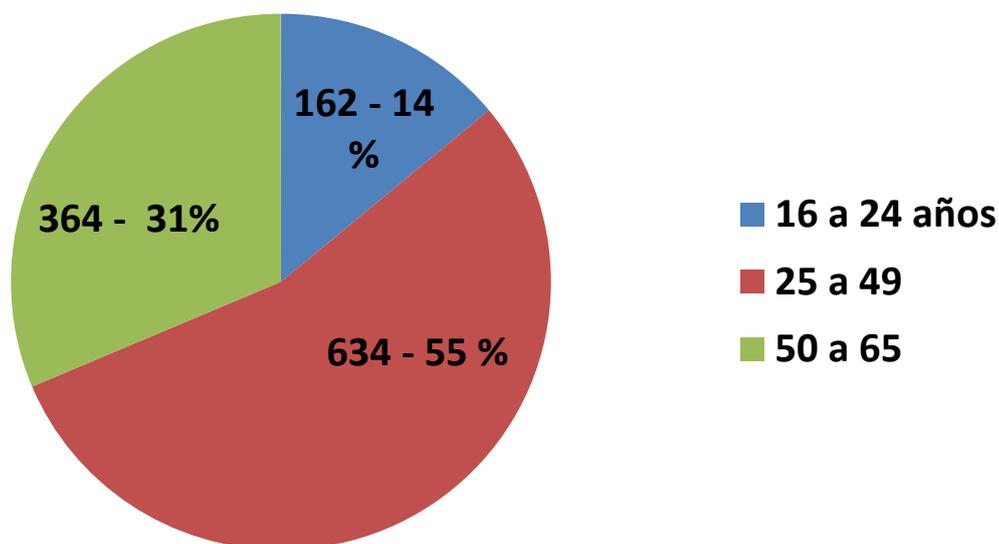
Edad

Edad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
16 a 24 años	162	14,0	14,0	14,0
25 a 49 años	634	54,7	54,7	68,6
50 a 65 años	364	31,4	31,4	100,0
Total	1160	100,0	100,0	

Fuente: Dirección General de Estadística y Censos. Dirección General de Salud Mental. Ministerio de Salud. GCBA. Encuesta Epidemiológica (EESAME). 2014

Grafico III. Población femenina según franja etaria

MUJERES según franja etaria (n= 1160)



Fuente: Dirección General de Estadística y Censos. Dirección General de Salud Mental. Ministerio de Salud. GCBA. Encuesta Epidemiológica (EESAME). 2014

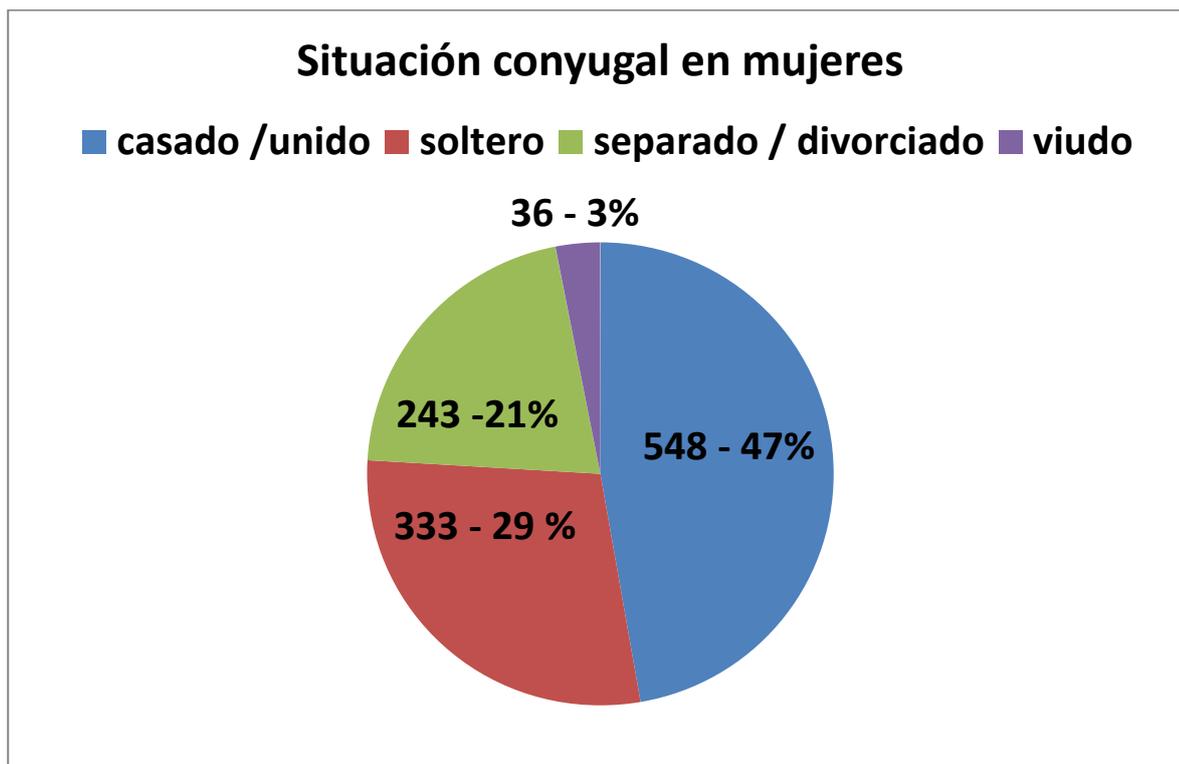
Tabla III. Población femenina de 16 a 65 años según situación conyugal.

Situación conyugal

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Casado/Unido	548	47,2	47,2	47,2
Soltero	333	28,7	28,7	75,9
Válidos Separado/Divorciado	243	20,9	20,9	96,9
Viudo	36	3,1	3,1	100,0
Total	1160	100,0	100,0	

Fuente: Dirección General de Estadística y Censos. Dirección General de Salud Mental. Ministerio de Salud. GCBA. Encuesta Epidemiológica (EESAME). 2014

Gráfico IV. Población femenina de 16 a 65 años según situación conyugal-



Fuente: Dirección General de Estadística y Censos. Dirección General de Salud Mental. Ministerio de Salud. GCBA. Encuesta Epidemiológica (EESAME). 2014

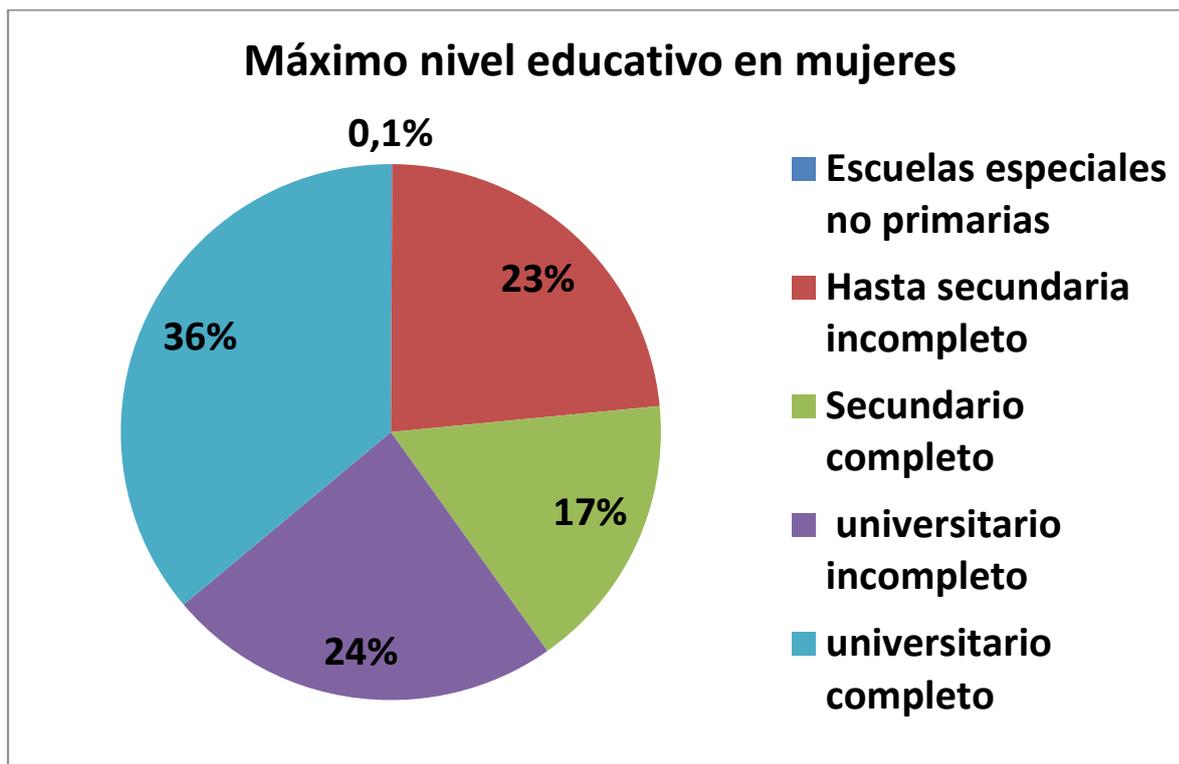
Tabla IV. Población femenina de 16 a 65 años según máximo nivel educativo.

Máximo nivel educativo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Escuelas especiales no primarias	1	,1	,1	,1
	Hasta secundario incompleto	271	23,4	23,4	23,4
	Secundario completo	194	16,7	16,7	40,2
	Terciario/ universitario incompleto	275	23,7	23,7	63,9
	Terciario / universitario completo o más	419	36,1	36,1	100,0
	Total	1160	100,0	100,0	

Fuente: Dirección General de Estadística y Censos. Dirección General de Salud Mental. Ministerio de Salud. GCBA. Encuesta Epidemiológica (EESAME). 2014

Grafico V. Población femenina de 16 a 65 años según máximo nivel educativo.



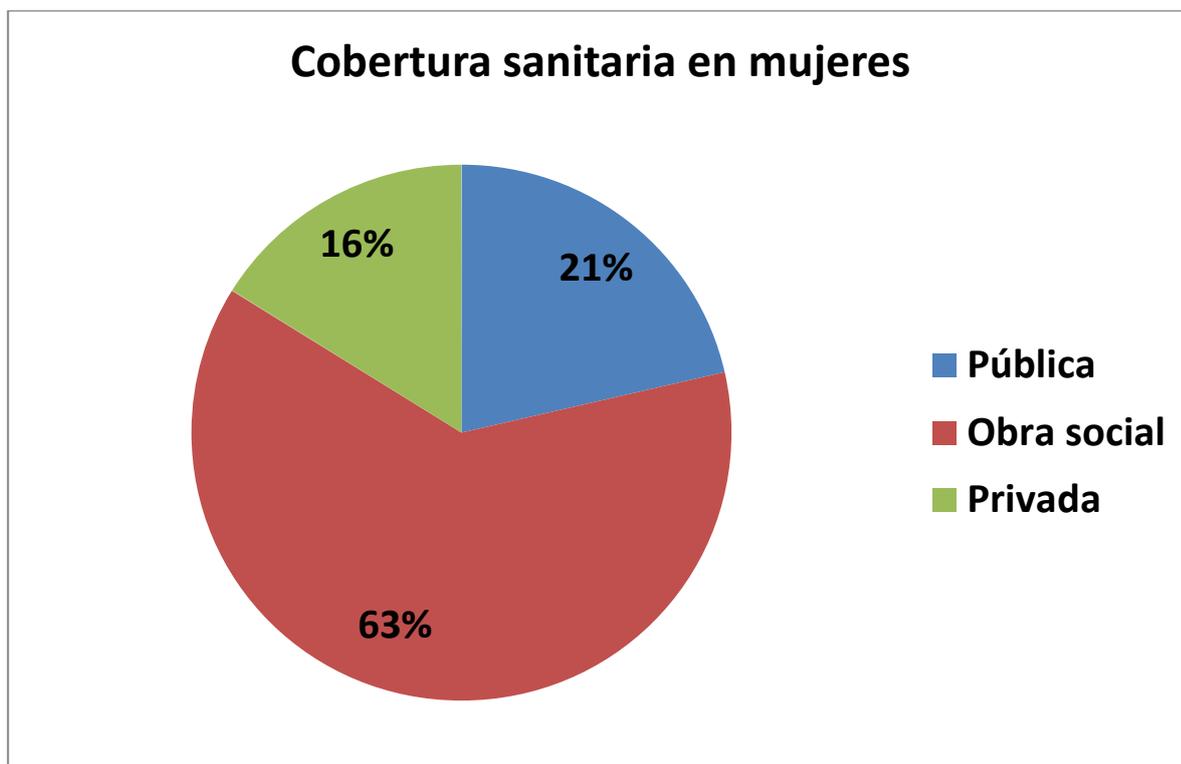
Fuente: Dirección General de Estadística y Censos. Dirección General de Salud Mental. Ministerio de Salud. GCBA. Encuesta Epidemiológica (EESAME). 2014

Tabla V. Población femenina de 16 a 65 años según cobertura sanitaria.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos				
Pública	248	21,4	21,4	21,4
Obra social	725	62,5	62,5	83,9
Privada	187	16,1	16,1	100,0
Total	1160	100,0	100,0	

Fuente: Dirección General de Estadística y Censos. Dirección General de Salud Mental. Ministerio de Salud. GCBA. Encuesta Epidemiológica (EESAME). 2014

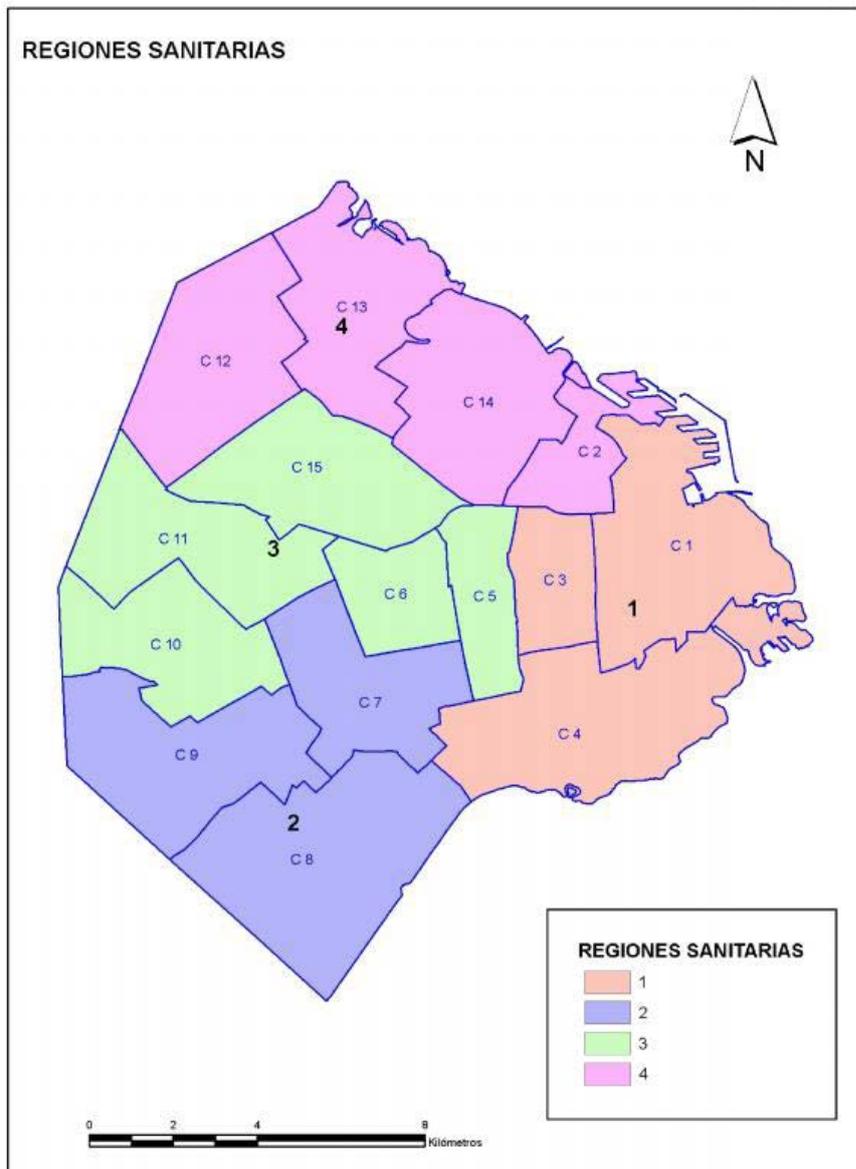
Grafico VI. Población femenina de 16 a 65años según cobertura sanitaria.



Fuente: Dirección General de Estadística y Censos. Dirección General de Salud Mental. Ministerio de Salud. GCBA. Encuesta Epidemiológica (EESAME). 2014

REGIONES SANITARIAS

Grafico VII: Mapa de las cuatro Regiones Sanitarias de la CABA.



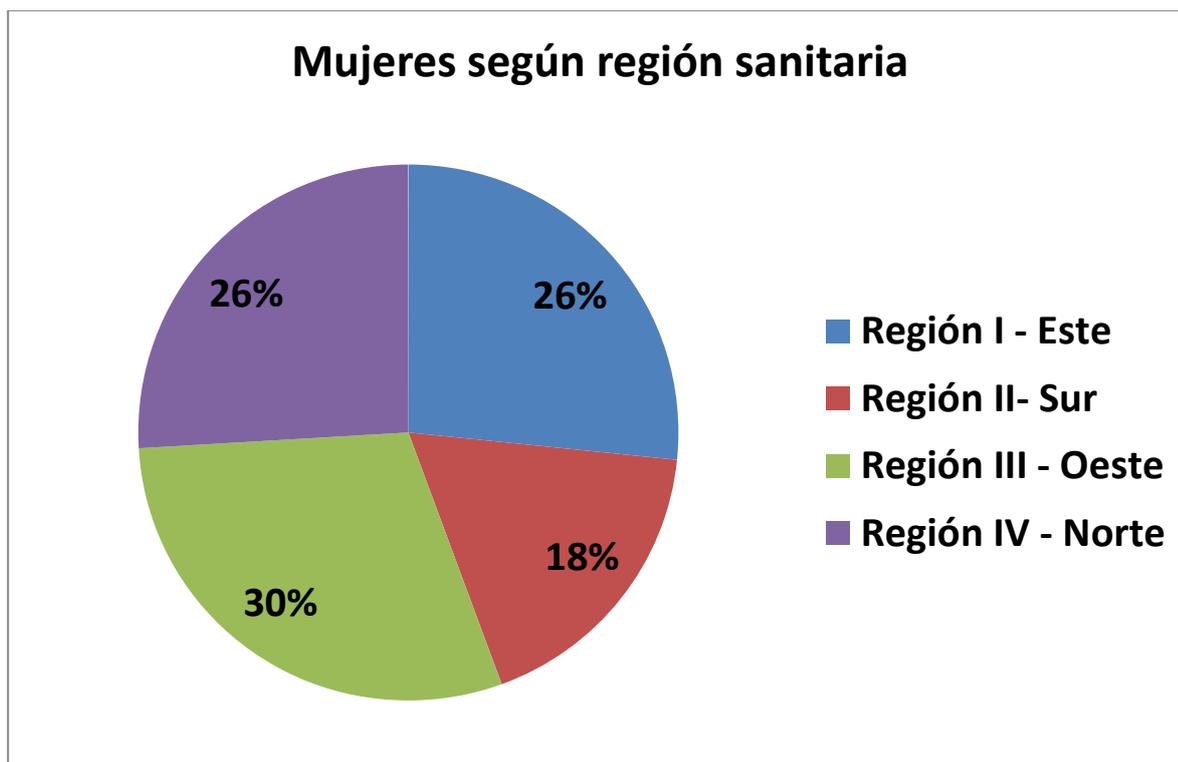
Fuente: Dirección General de Estadística y Censos. Dirección General de Salud Mental. Ministerio de Salud. GCBA. Encuesta Epidemiológica (EESAME). 2014

Tabla VI. Población femenina de 16 a 65 años según región sanitaria

Regiones Sanitarias	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Región I - Este	309	26,6	26,6	26,6
Región II - Sur	206	17,8	17,8	44,4
Válidos Región III - Oeste	344	29,7	29,7	74,1
Región IV - Norte	301	25,9	25,9	100,0
Total	1160	100,0	100,0	

Fuente: Dirección General de Estadística y Censos. Dirección General de Salud Mental. Ministerio de Salud. GCBA. Encuesta Epidemiológica (EESAME). 2014

Grafico VIII. Población femenina de 16 a 65 años según región sanitaria



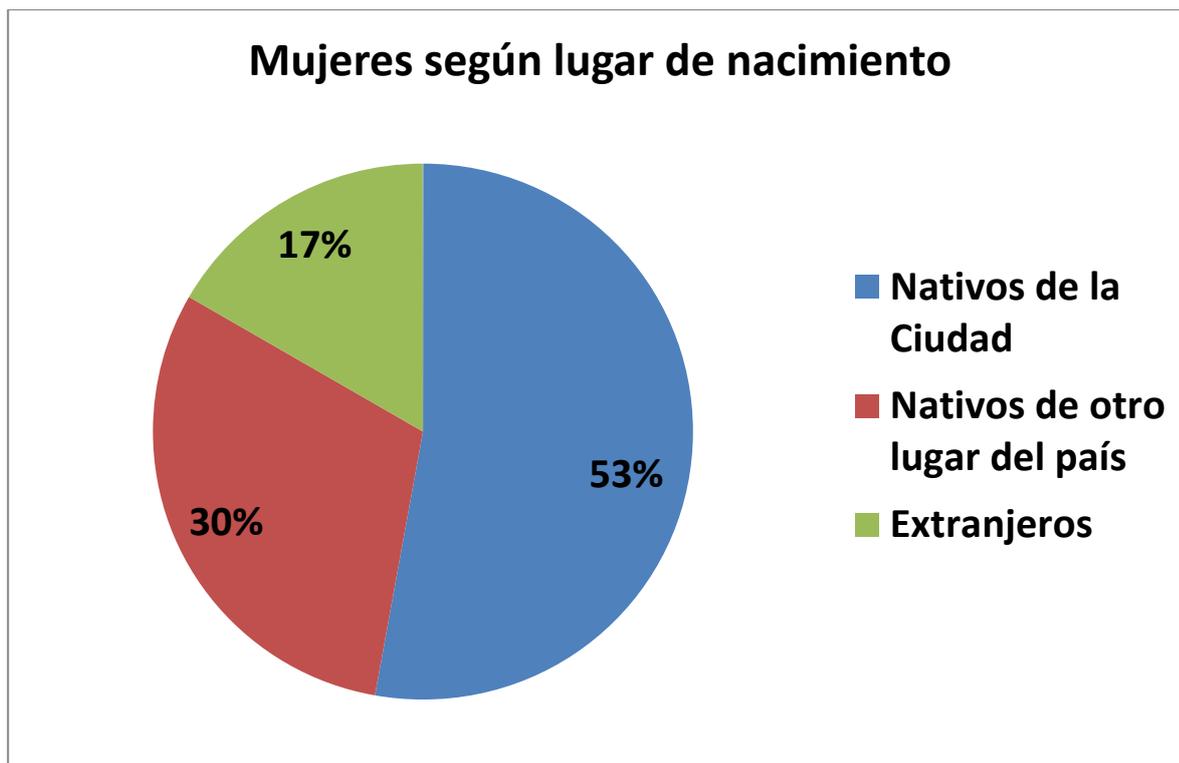
Fuente: Dirección General de Estadística y Censos. Dirección General de Salud Mental. Ministerio de Salud. GCBA. Encuesta Epidemiológica (EESAME). 2014

Tabla VII. Población femenina de 16 a 65 años según lugar de nacimiento.

		Lugar de nacimiento			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nativos de la Ciudad	613	52,8	52,8	52,8
	Nativos de otro lugar del país	354	30,5	30,5	83,4
	Extranjeros	193	16,6	16,6	100,0
	Total	1160	100,0	100,0	

Fuente: Dirección General de Estadística y Censos. Dirección General de Salud Mental. Ministerio de Salud. GCBA. Encuesta Epidemiológica (EESAME). 2014

Grafico IX. Población femenina de 16 a 65 años según lugar de nacimiento.



Fuente: Dirección General de Estadística y Censos. Dirección General de Salud Mental. Ministerio de Salud. GCBA. Encuesta Epidemiológica (EESAME). 2014

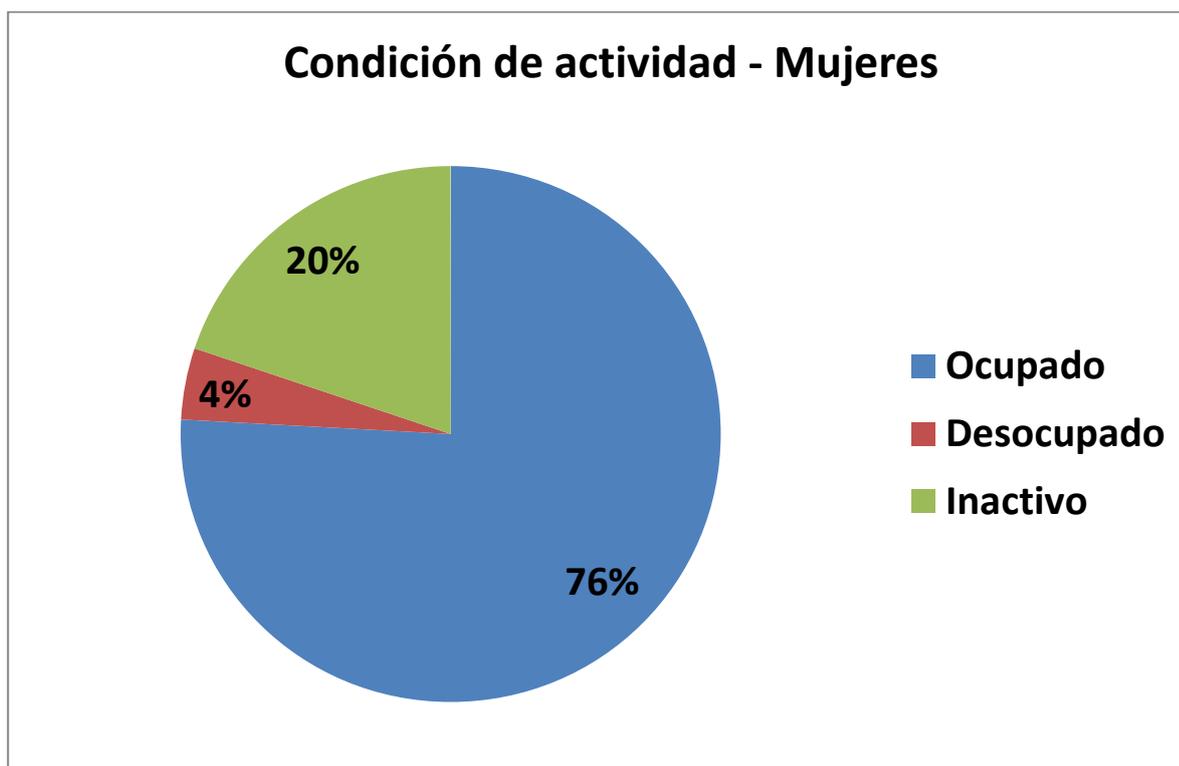
Tabla VIII. Población femenina de 16 a 65 años según condición de actividad.

Condición de actividad

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Ocupado	880	75,9	75,9
	Desocupado	50	4,3	80,2
	Inactivo	230	19,8	100,0
	Total	1160	100,0	100,0

Fuente: Dirección General de Estadística y Censos. Dirección General de Salud Mental. Ministerio de Salud. GCBA. Encuesta Epidemiológica (EESAME). 2014

Grafico X. Población femenina de 16 a 65 años según condición de actividad.



Fuente: Dirección General de Estadística y Censos. Dirección General de Salud Mental. Ministerio de Salud. GCBA. Encuesta Epidemiológica (EESAME). 2014

Tabla IX. Población femenina de 16 a 65 años según quintiles de ingreso total familiar.

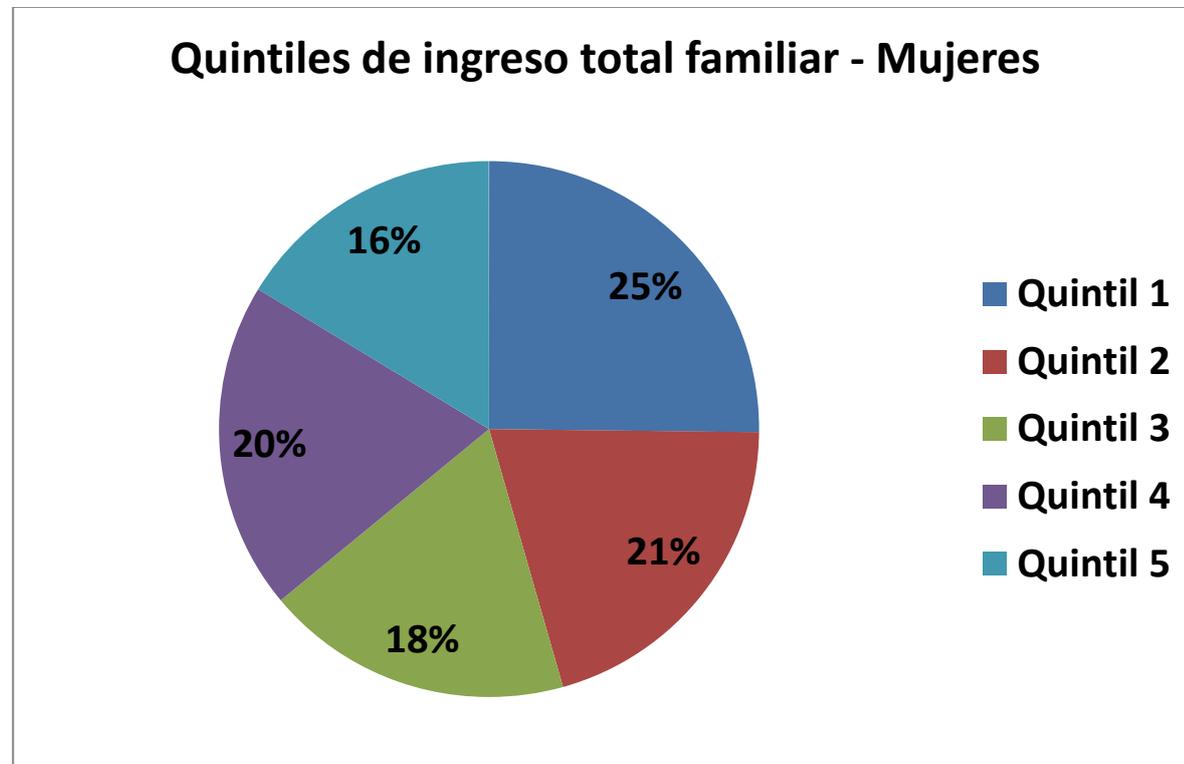
Quintiles de ingreso total familiar*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Quintil 1	263	22,7	25,2	25,2
Quintil 2	213	18,4	20,4	45,6
Quintil 3	192	16,6	18,4	64,0
Quintil 4	206	17,8	19,7	83,7
Quintil 5	170	14,7	16,3	100,0
Total	1044	90,0	100,0	
Perdidos Sistema	116	10,0		
Total	1160	100,0		

* Incluye hogares sin ingresos, tamaño de grupo no idénticos por valores repetidos en límites de grupo que han sido asignados a un mismo grupo.

Fuente: Dirección General de Estadística y Censos. Dirección General de Salud Mental. Ministerio de Salud. GCBA. Encuesta Epidemiológica (EESAME). 2014

Grafico XI. Población femenina de 16 a 65 años según quintiles de ingreso total familiar.



Fuente: Dirección General de Estadística y Censos. Dirección General de Salud Mental. Ministerio de Salud. GCBA. Encuesta Epidemiológica (EESAME). 2014

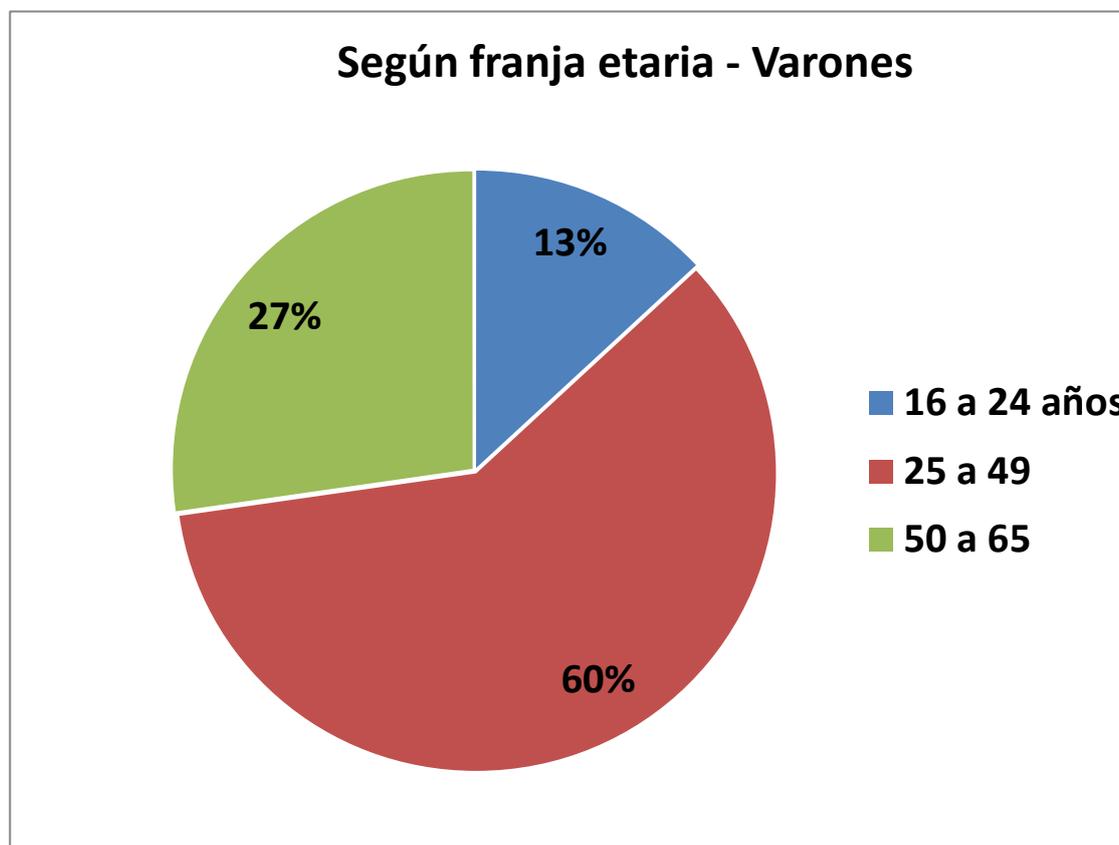
- Varones

Tabla X. Población masculina de 16 a 65 años según grupo etario.

Edad				
Franja Etaria	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
16 a 24 años	127	13,1	13,1	13,1
25 a 49 años	579	59,6	59,6	72,7
50 a 65 años	265	27,3	27,3	100,0
Total	971	100,0	100,0	

Fuente: Dirección General de Estadística y Censos. Dirección General de Salud Mental. Ministerio de Salud. GCBA. Encuesta Epidemiológica (EESAME). 2014

Grafico XII Población masculina de 16 a 65 años según franja etaria.



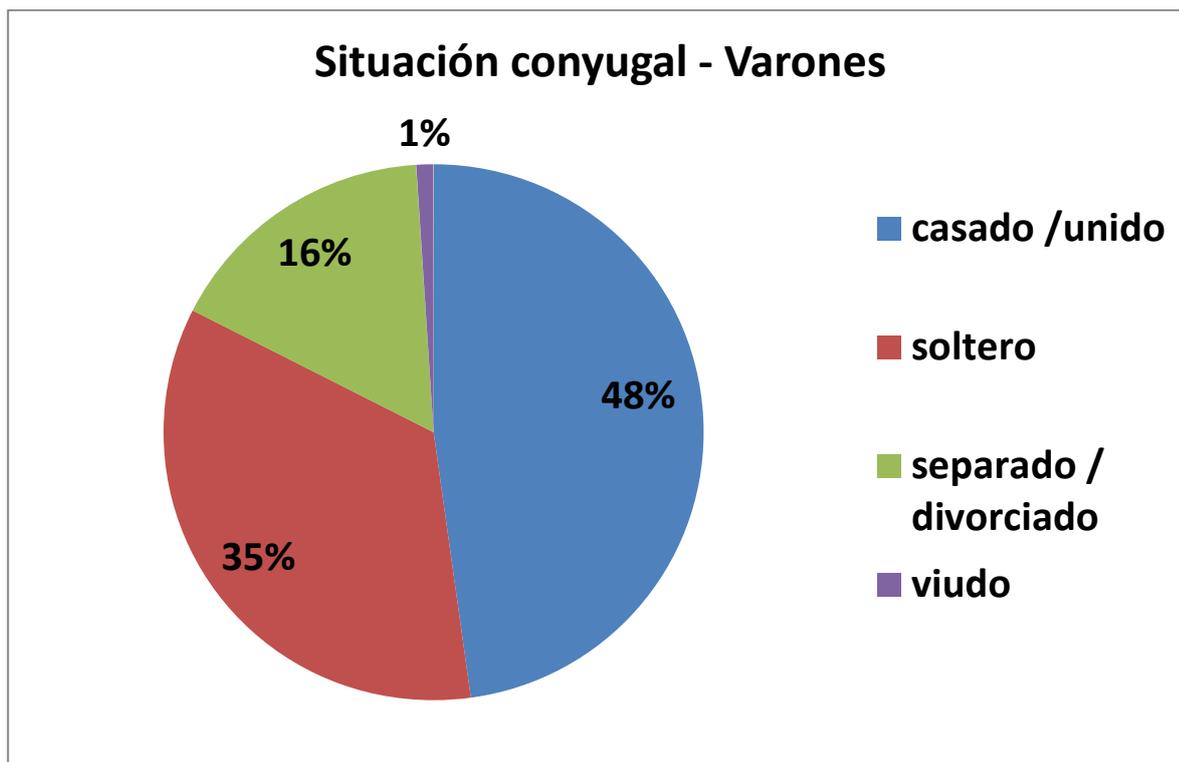
Fuente: Dirección General de Estadística y Censos. Dirección General de Salud Mental. Ministerio de Salud. GCBA. Encuesta Epidemiológica (EESAME). 2014

Tabla XI. Población masculina de 16 a 65 años según Situación Conyugal

Situación Conyugal				
<i>Situación conyugal</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Porcentaje válido</i>	<i>Porcentaje acumulado</i>
Casado/Unido	464	47,8	47,8	47,8
Soltero	337	34,7	34,7	82,5
Válidos Separado/Divorciado	160	16,5	16,5	99,0
Viudo	10	1,0	1,0	100,0
Total	971	100,0	100,0	

Fuente: Dirección General de Estadística y Censos. Dirección General de Salud Mental. Ministerio de Salud. GCBA. Encuesta Epidemiológica (EESAME). 2014

Gráfico XIII. Población Masculina entre 16 y 65 Años, según situación Conyugal



Fuente: Dirección General de Estadística y Censos. Dirección General de Salud Mental. Ministerio de Salud. GCBA. Encuesta Epidemiológica (EESAME). 2014

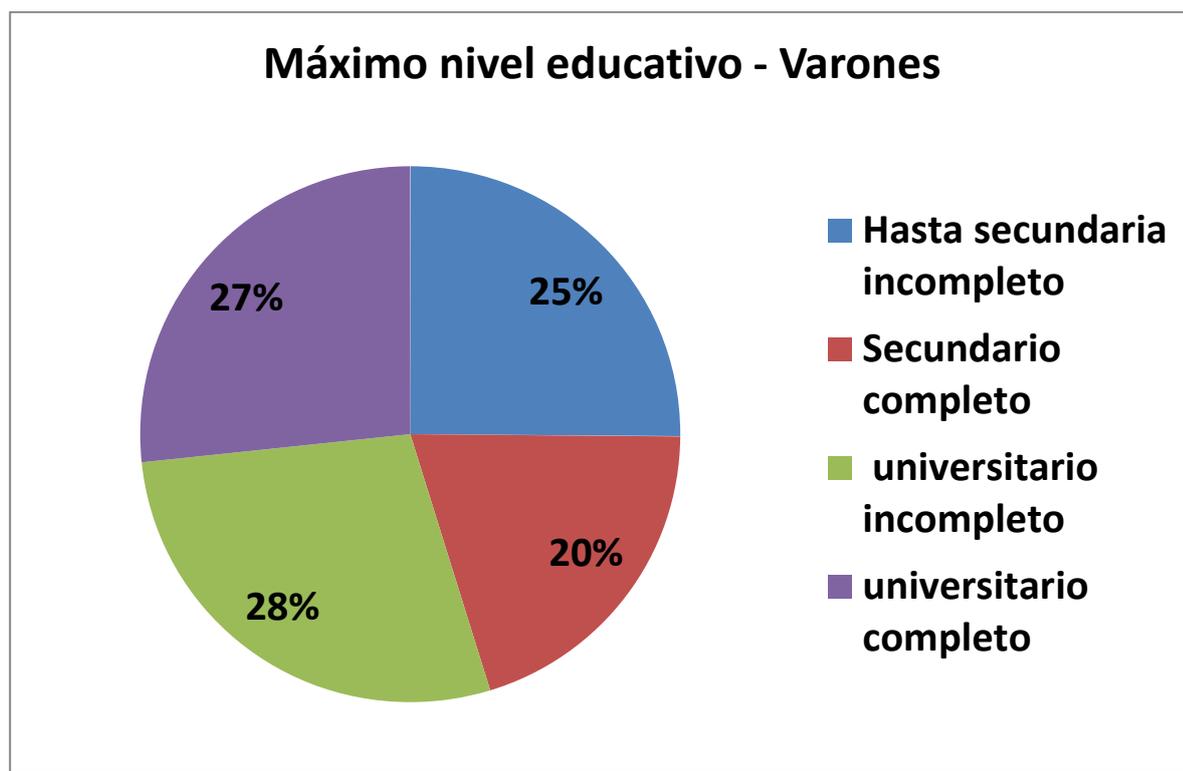
Tabla XII. Población masculina de 16 a 65 años según Nivel Educativo.

Nivel Educativo

Nivel Educativo	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Hasta secundario incompleto	244	25,1	25,1	25,1
Secundario completo	195	20,1	20,1	45,2
Terciario/ universitario incompleto	273	28,1	28,1	73,3
Terciario / universitario completo o más	259	26,7	26,7	100,0
Total	971	100,0	100,0	

Fuente: Dirección General de Estadística y Censos. Dirección General de Salud Mental. Ministerio de Salud. GCBA. Encuesta Epidemiológica (EESAME). 2014

Gráfico XIV. Población Masculina entre 16 y 65 Años, según Nivel Educativo



Fuente: Dirección General de Estadística y Censos. Dirección General de Salud Mental. Ministerio de Salud. GCBA. Encuesta Epidemiológica (EESAME). 2014

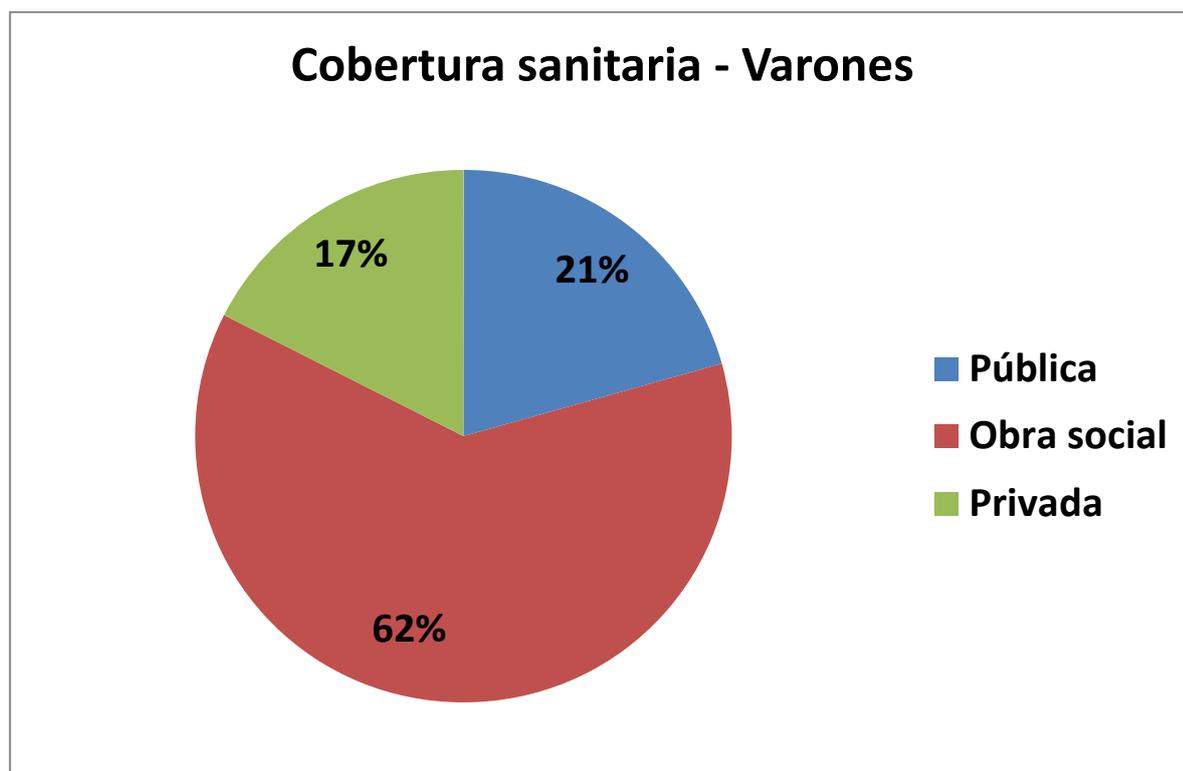
Tabla XIII. Población masculina de 16 a 65 años según Cobertura Sanitaria.

Cobertura sanitaria

Cobertura Sanitaria	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Pública	200	20,6	20,6	20,6
Obra social	601	61,9	61,9	82,5
Privada	170	17,5	17,5	100,0
Total	971	100,0	100,0	

Fuente: Dirección General de Estadística y Censos. Dirección General de Salud Mental. Ministerio de Salud. GCBA. Encuesta Epidemiológica (EESAME). 2014

Gráfico XV. Población Masculina entre 16 y 65 Años, según Cobertura Sanitaria.



Fuente: Dirección General de Estadística y Censos. Dirección General de Salud Mental. Ministerio de Salud. GCBA. Encuesta Epidemiológica (EESAME). 2014

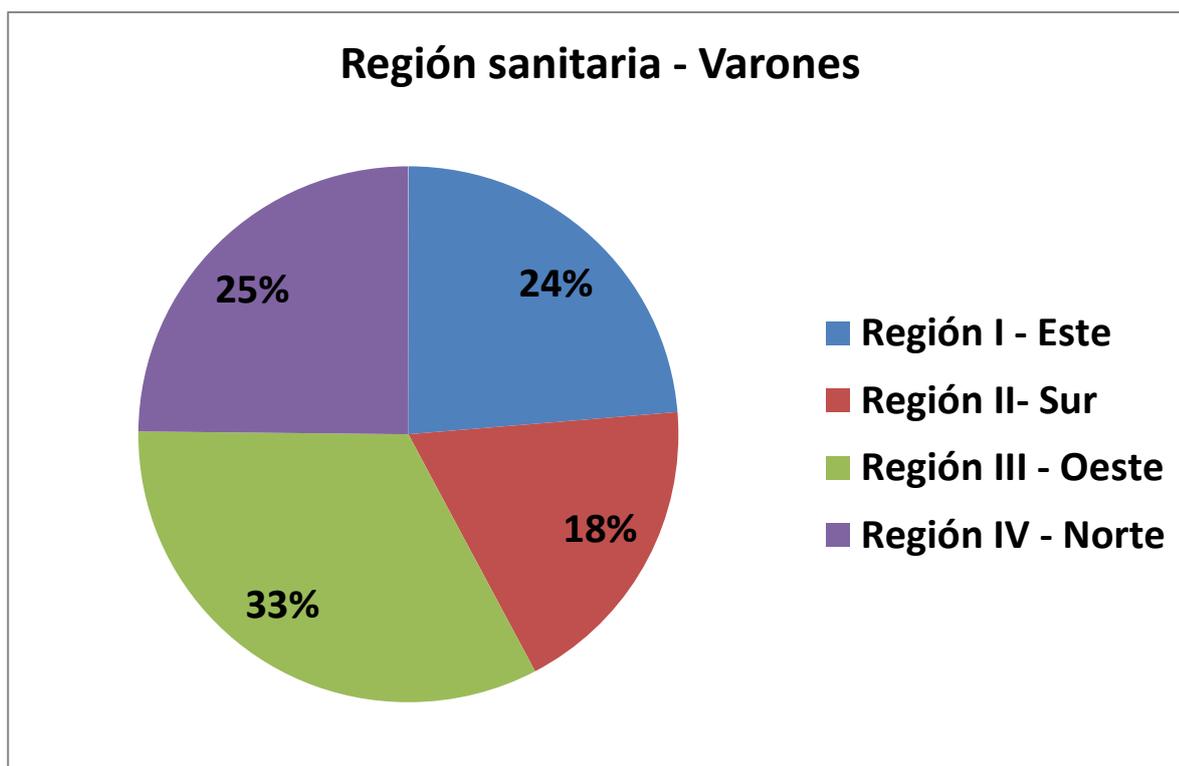
Tabla XIV. Población masculina de 16 a 65 años según Región Sanitaria.

Región Sanitaria

Región Sanitaria	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Región I - Este	230	23,7	23,7	23,7
Región II - Sur	180	18,5	18,5	42,2
Válidos Región III - Oeste	320	33,0	33,0	75,2
Región IV - Norte	241	24,8	24,8	100,0
Total	971	100,0	100,0	

Fuente: Dirección General de Estadística y Censos. Dirección General de Salud Mental. Ministerio de Salud. GCBA. Encuesta Epidemiológica (EESAME). 2014

Gráfico XVI. Población Masculina entre 16 y 65 Años, según Región Sanitaria.



Fuente: Dirección General de Estadística y Censos. Dirección General de Salud Mental. Ministerio de Salud. GCBA. Encuesta Epidemiológica (EESAME). 2014

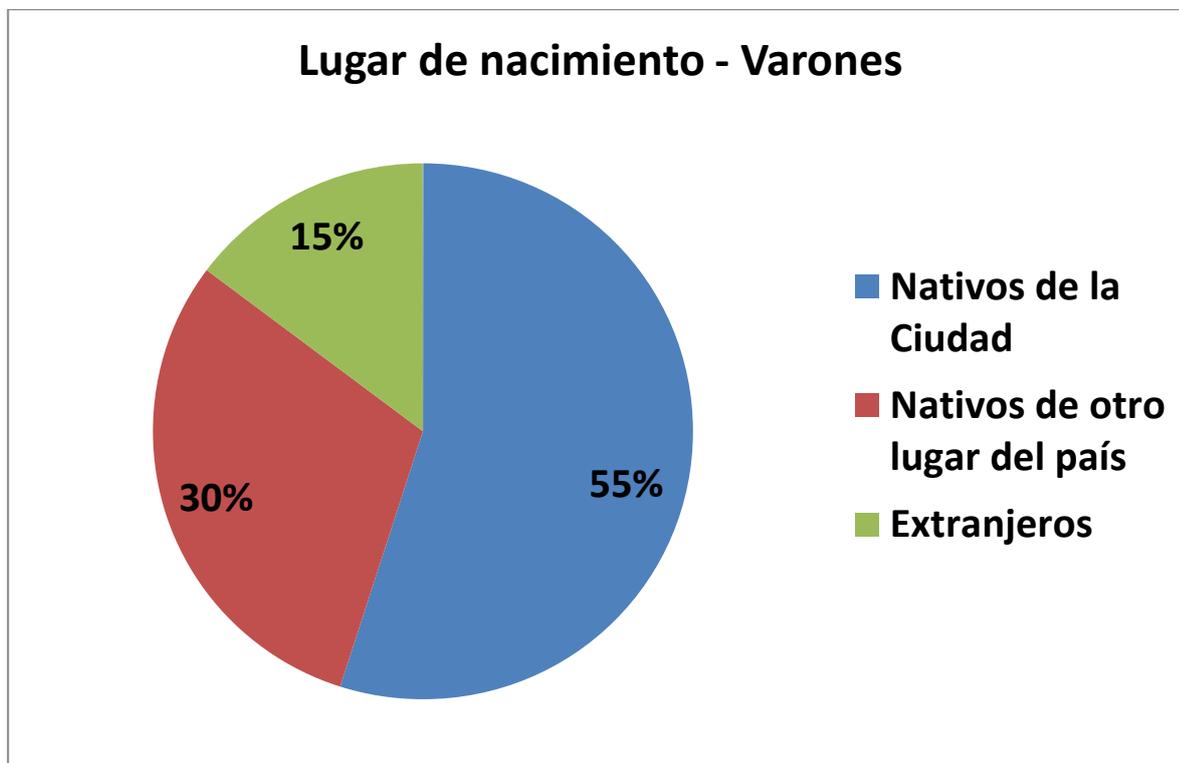
Tabla XV. Población masculina de 16 a 65 años según Lugar de Nacimiento

Lugar de Nacimiento

Lugar de Nacimiento	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nativos de la Ciudad	533	54,9	54,9	54,9
Nativos de otro lugar del país	294	30,3	30,3	85,2
Extranjeros	143	14,7	14,7	99,9
Sin dato	1	,1	,1	100,0
Total	971	100,0	100,0	

Fuente: Dirección General de Estadística y Censos. Dirección General de Salud Mental. Ministerio de Salud. GCBA. Encuesta Epidemiológica (EESAME). 2014

Gráfico XVII. Población Masculina entre 16 y 65 Años, según Lugar de Nacimiento.



Fuente: Dirección General de Estadística y Censos. Dirección General de Salud Mental. Ministerio de Salud. GCBA. Encuesta Epidemiológica (EESAME). 2014

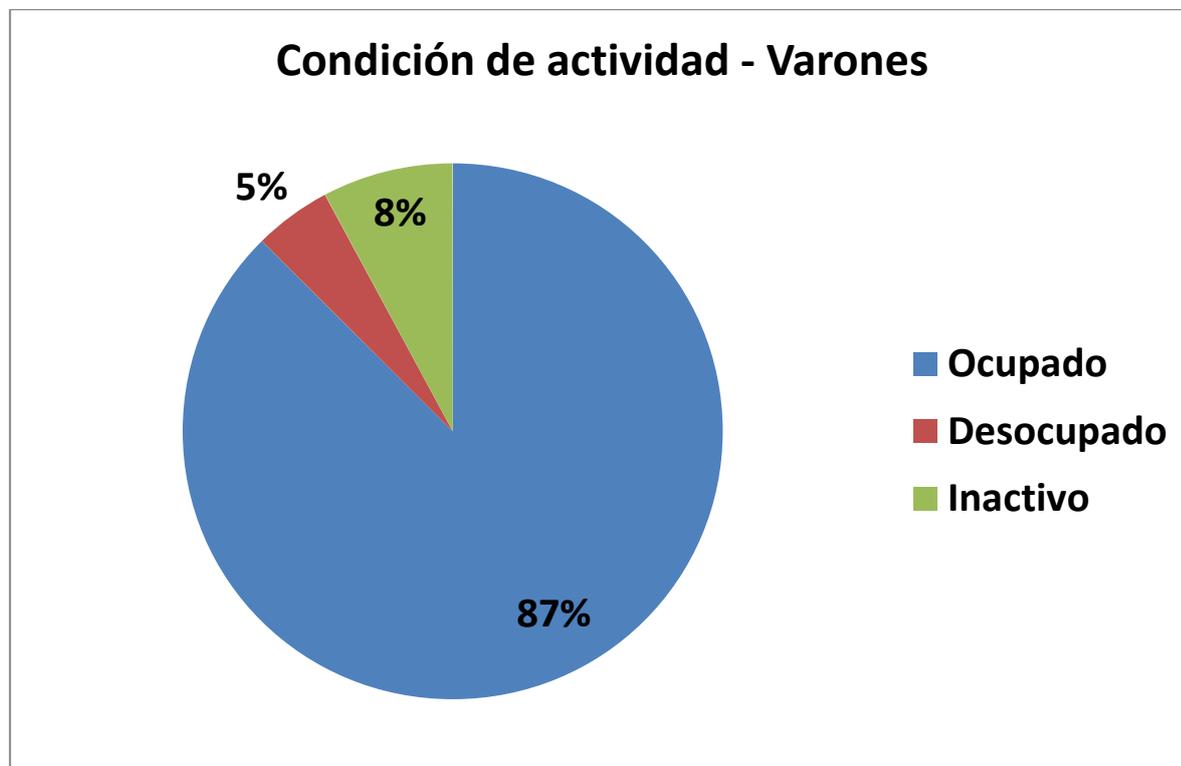
Tabla XVI. Población masculina de 16 a 65 años según Condición de Actividad.

Condición de Actividad

Condición de Actividad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Ocupado	850	87,5	87,5	87,5
Desocupado	45	4,6	4,6	92,2
Inactivo	76	7,8	7,8	100,0
Total	971	100,0	100,0	

Fuente: Dirección General de Estadística y Censos. Dirección General de Salud Mental. Ministerio de Salud. GCBA. Encuesta Epidemiológica (EESAME). 2014

Gráfico XVIII. Población Masculina entre 16 y 65 Años, según Condición de Actividad.



Fuente: Dirección General de Estadística y Censos. Dirección General de Salud Mental. Ministerio de Salud. GCBA. Encuesta Epidemiológica (EESAME). 2014

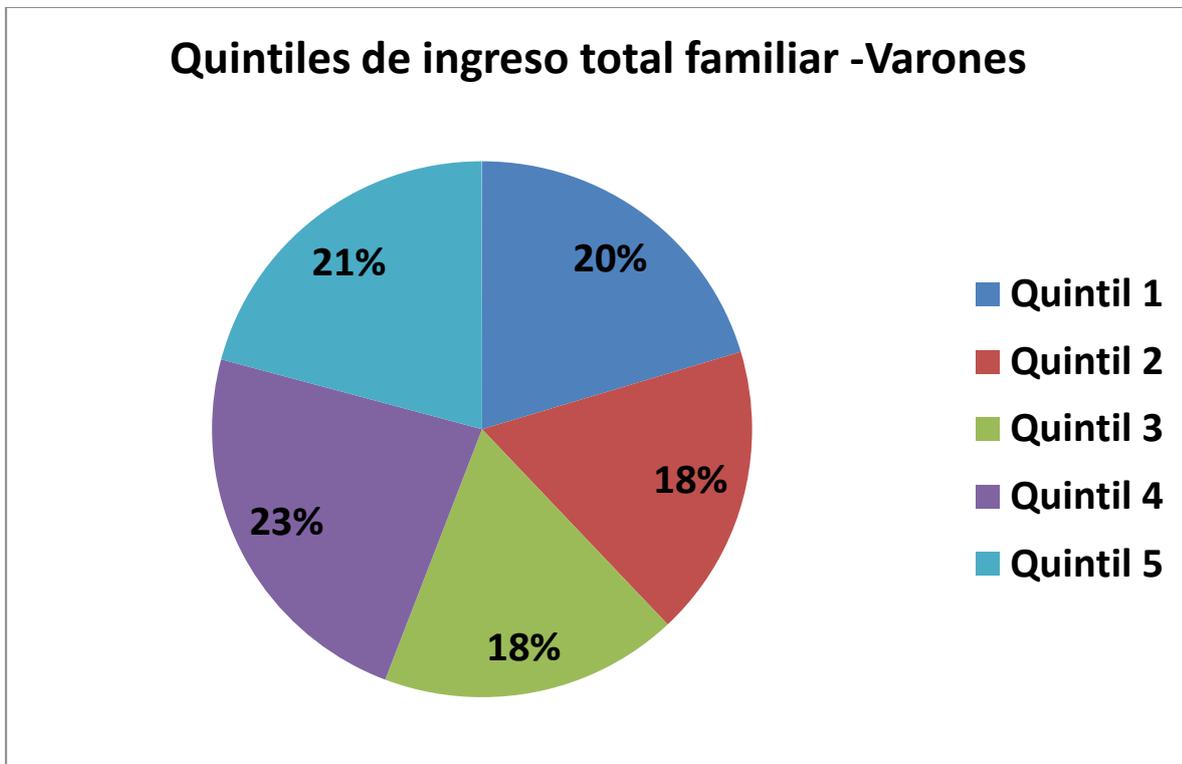
Tabla XVII. Población masculina de 16 a 65 años según Quintiles de Ingreso Total Familiar

Quintiles de ingreso total familiar

Ingreso Total Familiar	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Quintil 1	174	17,9	20,3	20,3
Quintil 2	151	15,6	17,6	38,0
Quintil 3	153	15,8	17,9	55,8
Quintil 4	200	20,6	23,4	79,2
Quintil 5	178	18,3	20,8	100,0
Total	856	88,2	100,0	
Perdidos Sistema	115	11,8		
Total	971	100,0		

Fuente: Dirección General de Estadística y Censos. Dirección General de Salud Mental. Ministerio de Salud. GCBA. Encuesta Epidemiológica (EESAME). 2014

Gráfico XIX. Población Masculina entre 16 y 65 Años, según Condición de Actividad.



Fuente: Dirección General de Estadística y Censos. Dirección General de Salud Mental. Ministerio de Salud. GCBA. Encuesta Epidemiológica (EESAME). 2014

1-Prevalencia general de problemas de salud mental (PSM)

PSM total: 23,4%

Como observamos en el cuadro el 23,4 % de la población de la Ciudad de Buenos Aires tiene problemas de Salud Mental.

2-Factores de riesgo socioeconómicos

Tabla XVII.I PSM según Sexo, con OR Mujeres/Varones, (IC 95%)

Sexo	n	PSM	PSM (%)	OR
Mujeres	1.160	325	28%	1,79* (1,45-2,2)
Varones	971	173	17,8%	
Total	2.131	498	23,4%	

Fuente: Dirección General de Estadística y Censos. Dirección General de Salud Mental. Ministerio de Salud. GCBA. Encuesta Epidemiológica (EESAME). 2014

Tabla XIX. PSM según Edad, con OR (IC 95%)

Edad	Varones			Mujeres		
	n	% PSM	OR	n	% PSM	OR
16 a 24 años	127	16,5%	1	162	27,8%	1
25 a 49 años	579	17,4%	1,07 (0,64-1,79)	634	27,3%	0,98 (0,66-1,44)
50 a 65 años	265	19,2%	1,2 (0,69-2,1)	364	29,4%	1,08 (0,72-1,63)

Fuente: Dirección General de Estadística y Censos. Dirección General de Salud Mental. Ministerio de Salud. GCBA. Encuesta Epidemiológica (EESAME). 2014

Tabla XX. PSM según Situación conyugal, con OR (IC 95%)

Situación conyugal	Varones			Mujeres		
	n	% PSM	OR	n	% PSM	OR
Casado/Unido	464	16,8%	1	548	26,3%	1
Soltero	337	16,6%	0,99 (0,65-1,52)	333	25,8%	0,98 (0,72-1,33)
Viudo	10	10%	0,55 (0,07-4,43)	36	33,3%	1,4 (0,68-2,9)
Separado/Divorciado	160	23,8%	1,54* (1-2,39)	243	34,2%	1,46* (1,05-2,02)

Fuente: Dirección General de Estadística y Censos. Dirección General de Salud Mental. Ministerio de Salud. GCBA. Encuesta Epidemiológica (EESAME). 2014

Tabla XXI. PSM según Máximo nivel educativo alcanzado, con OR (IC 95%)

Máximo NE alcanzado	Varones			Mujeres		
	n	% PSM	OR	n	% PSM	OR
Universitario/Terciario completos o superiores	259	15,1%	1	419	25,3%	1
Hasta secundaria completa	468	17,5%	1,2 (0,79-1,82)	469	24,5%	0,98 (0,72-1,34)
Hasta primaria completa	244	21,3%	1,53 (0,97-2,41)	272	38,2%	1,85* (1,33-2,57)

Fuente: Dirección General de Estadística y Censos. Dirección General de Salud Mental. Ministerio de Salud. GCBA. Encuesta Epidemiológica (EESAME). 2014

Tabla XXII. PSM según Lugar de residencia (Región Sanitaria), con OR (IC 95%)

Lugar de residencia	Varones			Mujeres		
	n	% PSM	OR	n	% PSM	OR
Región III - Oeste	320	14,4%	1	344	21,8%	1
Región IV - Norte	241	17,4%	1,26 (0,8-1,98)	301	22,9%	1,07 (0,74-1,55)
Región II - Sur	180	20,6%	1,54 (0,96-2,5)	206	35%	1,93* (1,31-2,83)
Región I - Este	230	20,9%	1,57* (1,01-2,45)	309	35,3%	1,96* (1,38-2,76)

Fuente: Dirección General de Estadística y Censos. Dirección General de Salud Mental. Ministerio de Salud. GCBA. Encuesta Epidemiológica (EESAME). 2014

Tabla XIII. PSM según Lugar de nacimiento, con OR (IC 95%)

Lugar de nacimiento	Varones			Mujeres		
	n	% PSM	OR	n	% PSM	OR
Nativos de la Ciudad	533	16,3%	1	613	25,8%	1
De otro lugar del país	294	25,9%	1,03 (0,7-1,5)	354	27,4%	1,09 (0,81-1,46)
Extranjeros	143	25,9%	1,79* (1,16-2,78)	193	36,3%	1,65* (1,17-2,33)

Fuente: Dirección General de Estadística y Censos. Dirección General de Salud Mental. Ministerio de Salud. GCBA. Encuesta Epidemiológica (EESAME). 2014

Tabla XXIV. PSM según Condición de actividad, con OR (IC 95%)

Condición de actividad	Varones			Mujeres		
	n	% PSM	OR	n	% PSM	OR
Ocupado	850	17,1%	1	880	28,5%	1
Inactivo	76	19,7%	1,2 (0,66-2,16)	230	24,3%	0,81 (0,58-1,13)
Desocupado	45	28,9%	1,98* (1,01-3,86)	50	36%	1,41 (0,78-2,56)

Fuente: Dirección General de Estadística y Censos. Dirección General de Salud Mental. Ministerio de Salud. GCBA. Encuesta Epidemiológica (EESAME). 2014

Tabla XXV. PSM según Categoría ocupacional, con OR (IC 95%)*

Categoría ocupacional	Varones			Mujeres		
	n	% PSM	OR	n	% PSM	OR
Patrón	43	11,6%	1	18	44,4%	1
Asalariado	575	17%	1,56 (0,6-4,07)	628	28,7%	0,5 (0,2-1,29)
Cuentapropista	229	18,3%	1,71 (0,63-4,6)	227	27,8%	0,48 (0,18-1,27)
Trabajador familiar sin pago	2	0%	0 (0-0)	7	0%	0 (0-0)

*Casos perdidos: 402 (76% inactivos y 24% desocupados)

Fuente: Dirección General de Estadística y Censos. Dirección General de Salud Mental. Ministerio de Salud. GCBA. Encuesta Epidemiológica (EESAME). 2014.

Tabla XXVI. PSM según Ingresos*, con OR (IC 95%), para varones y mujeres por separado

Ingresos*	\$/mes	Varones			Mujeres		
		n	% PSM	OR	n	% PSM	OR
Quintil V	17.000 a 70.000	178	17,4%	1	170	27,6%	1
Quintil IV	11.200 a 16.000	200	12,5%	0,68 (0,38-1,2)	206	24,8%	0,86 (0,54-1,37)
Quintil III	8.000 a 11.000	153	19,0%	1,11 (0,63-1,94)	192	28,6%	1,05 (0,66-1,66)
Quintil II	6.000 a 7.900	151	19,2%	1,13 (0,64-1,97)	213	25,8%	0,91 (0,58-1,44)
Quintil I	0 a 5.700	174	27,6%	1,81* (1,08-3,01)	263	36,5%	1,5 (0,99-2,29)

* Incluye hogares sin ingresos, tamaño de grupo no idénticos por valores repetidos en límites de grupo que han sido asignados a un mismo grupo. Casos perdidos: varones 115 (11,8%); mujeres 116

Fuente: Dirección General de Estadística y Censos. Dirección General de Salud Mental. Ministerio de Salud. GCBA. Encuesta Epidemiológica (EESAME). 2014

Tabla XXVII. PSM según Nivel de estrés laboral*, con OR (IC 95%)

Estrés laboral	Varones			Mujeres		
	n	% PSM	OR	n	% PSM	OR
Estrés nulo	100	7,0%	1	104	22,1%	1
Estrés muy leve	64	6,2%	0,89 (0,25-3,16)	51	25,5%	1,21 (0,55-2,63)
Estrés leve	92	8,7%	1,27 (0,44-3,64)	91	14,3%	0,59 (0,28-1,24)
Estrés medio	144	18,8%	3,07* (1,28-7,35)	141	18,4%	0,8 (0,42-1,49)
Estrés alto	201	17,4%	2,8* (1,2-6,56)	189	29,6%	1,48 (0,85-2,59)
Estrés muy alto	107	20,6%	3,44* (1,4-8,46)	99	34,3%	1,84 (0,99-3,43)
Estrés máximo	140	29,3%	5,5* (2,35-12,87)	203	42,4%	2,59* (1,51-4,44)

*Según Escala Likert de 7 opciones de desde "Nada estresante" a "Muy estresante".

**Casos perdidos: varones: 123 (12,7%), mujeres: 282 (24,3%)

Fuente: Dirección General de Estadística y Censos. Dirección General de Salud Mental. Ministerio de Salud. GCBA. Encuesta Epidemiológica (EESAME). 2014

Tabla XXVIII. PSM según Cobertura sanitaria, con OR (IC 95%)

Cobertura sanitaria	Varones			Mujeres		
	n	% PSM	OR	n	% PSM	OR
Privada	170	13,5%	1	187	23,5%	1
Obra social	601	16,1%	1,23 (0,75-2,01)	725	25%	1,08 (0,74-1,58)
Pública	200	26,5%	2,3 (1,34-3,96)	248	40,3%	2,2* (1,44-3,35)

Fuente: Dirección General de Estadística y Censos. Dirección General de Salud Mental. Ministerio de Salud. GCBA. Encuesta Epidemiológica (EESAME). 2014

Tabla XXIX. PSM según Condiciones habitacionales de la vivienda, con OR Insuficientes/Suficientes (IC 95%)

Condiciones habitacionales	Varones			Mujeres		
	n	% PSM	OR	n	% PSM	OR
Insuficientes	14	42,9%	3,54* (1,21-10,33)	47	38,3%	1,61 (0,88-2,95)
Suficientes	949	17,5%		1.101	27,8%	

Fuente: Dirección General de Estadística y Censos. Dirección General de Salud Mental. Ministerio de Salud. GCBA. Encuesta Epidemiológica (EESAME). 2014

Tabla XXX. PSM según Precariedad de la vivienda, con OR Precaria/No precaria (IC 95%)

Precariedad de la vivienda	Varones			Mujeres		
	n	% PSM	OR	n	% PSM	OR
Precaria	48	22,9%	1,34 (0,7-2,8)	52	42,3%	1,95* (1,11-3,43)
No precaria	923	17,6%		1.108	27,3%	

Fuente: Dirección General de Estadística y Censos. Dirección General de Salud Mental. Ministerio de Salud. GCBA. Encuesta Epidemiológica (EESAME). 2014

Tabla XXXI. PSM según Hacinamiento, con OR (IC 95%)

PSM según Hacinamiento, con OR (IC 95%)

Hacinamiento	Varones			Mujeres		
	n	% PSM	OR	n	% PSM	OR
Sin hacinamiento*	839	17,4%	1	976	27%	1
Hacinamiento moderado**	112	22,3%	1,36 (0,85-2,2)	150	30,7%	1,19 (0,82-1,74)
Hacinamiento crítico***	17	11,8%	0,63 (0,14-2,8)	32	46,9%	2,38* (1,17-4,83)

*Sin hacinamiento: menos de una persona por ambiente

** Hacinamiento moderado: entre 1 y 3 personas por ambiente

***Hacinamiento crítico: más de 3 personas por ambiente

Fuente: Dirección General de Estadística y Censos. Dirección General de Salud Mental. Ministerio de Salud. GCBA. Encuesta Epidemiológica (EESAME). 2014

3-Factores de riesgo vinculados a la situación de Salud

Tabla XXXII. PSM según Cantidad de enfermedades crónicas*, con OR (IC 95%)*

Cantidad de enfermedades crónicas*	Varones			Mujeres		
	n	% PSM	OR	n	% PSM	OR
Ninguna	406	10,3%	1	351	17,4%	1
Una a dos	373	19%	2,04* (1,35-3,07)	390	22,6%	1,39 (0,96-1,99)
Tres a cuatro	129	22,5%	2,51* (1,49-4,24)	213	31,9%	2,23* (1,5-3,32)
Cinco o más	63	49,2%	8,4* (4,66-15,12)	206	52,4%	5,24* (3,55-7,73)

*Según listado de enfermedades crónicas (adaptación de ENSE 20011-2012)

Fuente: Dirección General de Estadística y Censos. Dirección General de Salud Mental. Ministerio de Salud. GCBA. Encuesta Epidemiológica (EESAME). 2014

Tabla XXXIII. PSM según Discapacidad*, con OR Sí/No (IC 95%)

Discapacidad	Varones			Mujeres		
	n	% PSM	OR	n	% PSM	OR
Sí*	22	45,5%	4,02* (1,71-9,46)	25	52%	2,86* (1,29-6,33)
No	949	17,2%		1.135	27,5%	

*Tenencia de certificado de discapacidad (CUD) otorgado por entidad oficial.

Fuente: Dirección General de Estadística y Censos. Dirección General de Salud Mental. Ministerio de Salud. GCBA. Encuesta Epidemiológica (EESAME). 2014

Tabla XXXIV. PSM según Limitaciones crónicas* físicas o mentales, con OR (IC 95%)

Limitaciones físicas o mentales*	Varones			Mujeres		
	n	% PSM	OR	n	% PSM	OR
Sin limitaciones	802	16,1%	1	863	21,8%	1
Físicas	137	21,2%	1,4 (0,89-2,2)	230	37%	2,11* (1,54-2,88)
Mentales	15	33,3%	2,61 (0,88-7,76)	31	67,7%	7,54* (3,49-16,29)
Ambas	17	58,8%	7,45* (2,79-19,94)	36	86,1%	22,26* (8,54-58,04)

*Las limitaciones físicas incluyen dificultad a largo plazo para: caminar, subir o bajar escalones, mover brazos o manos, tomar y/o sostener objetos, levantarse, acostarse, mantenerse de pie o sentado, ver aun con anteojos puestos, oír aun usando audífonos, hablar o comunicarse aun usando lengua de señas, atender su aseo personal, vestirse o comer. Las limitaciones mentales incluyen dificultad a largo plazo para: entender indicaciones sencillas, concentrarse y/o recordar.

Fuente: Dirección General de Estadística y Censos. Dirección General de Salud Mental. Ministerio de Salud. GCBA. Encuesta Epidemiológica (EESAME). 2014

4 Consumo de sustancias psicoactivas

Tabla XXXV. Consumo de sustancias psicoactivas según porcentaje de autopercepción de consecuencias nocivas (%*)

Consumo de sustancias psicoactivas	Total		Varones		Mujeres	
	n	%*	n	%*	n	%*
Bebidas alcohólicas	1.906	5,0%	910	5,6%	996	4,5%
Tabaco	1.321	15,5%	671	15,8%	650	15,2%
Marihuana	550	4,5%	324	4,3%	226	4,9%
Psicofármacos (sin receta)	354	6,8%	132	6,8%	222	6,8%
Cocaína	124	20,2%	92	17,4%	32	28,1%
Alucinógenos (LSD/Ketamina)	98	8,2%	68	7,4%	30	10,0%
Drogas de diseño (como éxtasis)	74	12,2%	53	11,3%	21	14,3%
Opiáceos	15	6,7%	8	12,5%	7	0,0%
Pegamento	13	15,4%	10	10,0%	3	33,3%
Paco/Pasta base	12	41,7%	9	55,6%	3	0,0%

*%: fueron considerados sólo los casos en los que el encuestado respondió que el consumo de alguna o algunas de estas sustancias le produjo problemas o consecuencias nocivas en su salud, educación, vida laboral, vida social o familiar. Se excluyeron los casos "No sabe/No contesta" y perdidos. Algunos encuestados respondieron afirmativamente a más de una sustancia.

Fuente: Dirección General de Estadística y Censos. Dirección General de Salud Mental. Ministerio de Salud. GCBA. Encuesta Epidemiológica (EESAME). 2014

Tabla XXXVI. Cantidad y porcentaje de encuestados con auto percepción de consecuencias nocivas por consumo de al menos una sustancia psicoactiva

Auto percepción de consecuencias nocivas por consumo	Total		Varón		Mujer	
	n	%	n	%	n	%
Sí*	309	15%	159	16%	150	13%
No	1.822	85%	812	84%	1.010	87%
Total	2.131	100%	971	100%	1.160	100%

*Sí: fueron considerados sólo los casos en los que el encuestado respondió que el consumo de alguna o algunas de estas sustancias le produjo problemas o consecuencias nocivas en su salud, educación, vida laboral, vida social o familiar.

Fuente: Dirección General de Estadística y Censos. Dirección General de Salud Mental. Ministerio de Salud. GCBA. Encuesta Epidemiológica (EESAME). 2014

Tabla XXXVII. PSM según Consumo de sustancias psicoactivas con auto percepción de consecuencias nocivas*, con OR Sí/No ajustado por edad (IC 95%)

Consumo de sustancias psicoactivas	Varones			Mujeres		
	n	% PSM	OR	n	% PSM	OR
Sí*	159	25,8%	1,79* (1,2-2,67)	150	44,7%	2,35* (1,66-3,34)
No	812	16,3%		1010	25,5%	

*Sí: fueron considerados sólo los casos en los que el encuestado respondió que el consumo de alguna o algunas de estas sustancias le produjo problemas o consecuencias nocivas en su salud, educación, vida laboral, vida social o familiar.

Fuente: Dirección General de Estadística y Censos. Dirección General de Salud Mental. Ministerio de Salud. GCBA. Encuesta Epidemiológica (EESAME). 2014

Tabla XXXVIII. PSM según Consumo de bebidas alcohólicas, con OR Sí/No, ajustado por edad (IC 95%)

Consumo de bebidas alcohólicas	Varones			Mujeres		
	n	% PSM	OR	n	% PSM	OR
Sí*	51	34%	2,68* (1,44-4,99)	45	57,8%	3,88* (2,11-7,14)
No	859	16,8%		951	26,1%	

*Sí: fueron considerados sólo los casos en los que el encuestado respondió que el consumo de esta sustancia le produjo problemas o consecuencias nocivas en su salud, educación, vida laboral, vida social o familiar. Se excluyeron los casos "No sabe/No contesta" y perdidos (mujeres: n=996; varones: n=910).

Fuente: Dirección General de Estadística y Censos. Dirección General de Salud Mental. Ministerio de Salud. GCBA. Encuesta Epidemiológica (EESAME). 2014

Tabla XXXIX. PSM según Consumo de tabaco, con OR Sí/No, ajustado por edad (IC 95%)

Consumo de tabaco	Varones			Mujeres		
	n	% PSM	OR	n	% PSM	OR
Sí*	106	19,8%	1,06 (0,63-1,79)	99	44,4%	2,12* (1,36-3,3)
No	565	18,6%		551	28,1%	

***Sí**: fueron considerados sólo los casos en los que el encuestado respondió que el consumo de esta sustancia le produjo problemas o consecuencias nocivas en su salud, educación, vida laboral, vida social o familiar. Se excluyeron los casos "No sabe/No contesta" y perdidos (mujeres: n=650; varones: n=671).

Fuente: Dirección General de Estadística y Censos. Dirección General de Salud Mental. Ministerio de Salud. GCBA. Encuesta Epidemiológica (EESAME). 2014

Tabla XL. PSM según Consumo de marihuana, con OR Sí/No, ajustado por edad (IC 95%)

Consumo de marihuana	Varones			Mujeres		
	n	% PSM	OR	n	% PSM	OR
Sí*	14	21,4%	1,26 (0,34-4,68)	11	45,5%	1,97 (0,58-6,75)
No	310	18,4%		215	30,7%	

***Sí**: fueron considerados sólo los casos en los que el encuestado respondió que el consumo de esta sustancia le produjo problemas o consecuencias nocivas en su salud, educación, vida laboral, vida social o familiar. Se excluyeron los casos "No sabe/No contesta" y perdidos (mujeres: n=226; varones: n=324).

Fuente: Dirección General de Estadística y Censos. Dirección General de Salud Mental. Ministerio de Salud. GCBA. Encuesta Epidemiológica (EESAME). 2014

5-Factores asociados a PSM, a partir de análisis multivariado, con OR (IC 95%)

Tabla XLI. Problema de Salud Mental según franja etaria y sexo.

Edad	Varones		Mujeres	
	OR	IC (95%)	OR	IC (95%)
16 a 24 años	1		1	
25 a 49 años	0,32*	0,15-0,68	0,54*	0,29-0,99
50 a 65 años	0,53	0,27-1,05	0,71	0,41-1,23

Fuente: Dirección General de Estadística y Censos. Dirección General de Salud Mental. Ministerio de Salud. GCBA. Encuesta Epidemiológica (EESAME). 2014

Tabla XLII. PSM según estrés laboral y sexo.

Estrés laboral	Varones		Mujeres	
	OR	IC (95%)	OR	IC (95%)
Estrés nulo	1		1	
Estrés muy leve	0,94	0,25-3,46	1,28	0,55-2,97
Estrés leve	1,25	0,42-3,68	0,64	0,29-1,41
Estrés medio	3,53*	1,43-8,71	0,94	0,48-1,84
Estrés alto	3,27*	1,35-7,9	1,72	0,94-3,16
Estrés muy alto	3,76*	1,48-9,59	2,27*	1,16-4,45
Estrés máximo	6,38*	2,63-15,48	2,19*	1,22-3,92

*Según Escala Likert de 7 opciones de desde "Nada estresante" a "Muy estresante".

**Casos perdidos: varones: 123 (12,7%), mujeres: 282 (24,3%)

Fuente: Dirección General de Estadística y Censos. Dirección General de Salud Mental. Ministerio de Salud. GCBA. Encuesta Epidemiológica (EESAME). 2014

Tabla XLIII. PSM según cobertura sanitaria y sexo.

Cobertura sanitaria	Varones		Mujeres	
	OR	IC (95%)	OR	IC (95%)
Privada	1		1	
Obra social	0,93	0,6-1,47	1,45	0,83-2,52
Pública	2,19*	1,27-3,79	2,21*	1,13-4,32

Fuente: Dirección General de Estadística y Censos. Dirección General de Salud Mental. Ministerio de Salud. GCBA. Encuesta Epidemiológica (EESAME). 2014

Tabla XLIV. PSM según enfermedades crónicas y sexo.

Cantidad de enfermedades crónicas*	Varones		Mujeres	
	OR	IC (95%)	OR	IC (95%)
Ninguna	1		1	
Una a dos	1,27	0,82-1,98	1,83*	1,15-2,9
Tres a cuatro	1,87*	1,13-3,09	2,81*	1,56-5,09
Cinco o más	3,95*	2,3-6,79	6,23*	2,78-13,97

*Según listado de enfermedades crónicas (adaptación de ENSE 20011-2012)

Fuente: Dirección General de Estadística y Censos. Dirección General de Salud Mental. Ministerio de Salud. GCBA. Encuesta Epidemiológica (EESAME). 2014

Tabla XLV. PSM según limitaciones físicas y sexo.

Limitaciones físicas o mentales*	Varones		Mujeres	
	OR	IC (95%)	OR	IC (95%)
Sin limitaciones	1		1	
Físicas	0,97	0,55-1,71	1,13	0,75-1,72
Mentales	1,65	0,48-5,71	5,55*	2,1-14,72
Ambas	1,33	0,33-5,31	11,02*	2,91-41,78

*Las limitaciones físicas incluyen dificultad a largo plazo para: caminar, subir o bajar escalones, mover brazos o manos, tomar y/o sostener objetos, levantarse, acostarse, mantenerse de pie o sentado, ver aun con anteojos puestos, oír aun usando audifonos, hablar o comunicarse aun usando lengua de señas, atender su aseo personal, vestirse o comer. Las limitaciones mentales incluyen dificultad a largo plazo para: entender indicaciones sencillas, concentrarse y/o recordar.

Fuente: Dirección General de Estadística y Censos. Dirección General de Salud Mental. Ministerio de Salud. GCBA. Encuesta Epidemiológica (EESAME). 2014

Tabla XLVI. PSM según consumo de sustancias psicoactivas y sexo.

Consumo de sustancias psicoactivas	Varones		Mujeres	
	OR	IC (95%)	OR	IC (95%)
Sí*/No	1,17	0,7-1,95	1,59*	1,02-2,49

*Sí: fueron considerados sólo los casos en los que el encuestado respondió que el consumo de alguna o algunas de estas sustancias le produjo problemas o consecuencias nocivas en su salud, educación, vida laboral, vida social o familiar.

Fuente: Dirección General de Estadística y Censos. Dirección General de Salud Mental. Ministerio de Salud. GCBA. Encuesta Epidemiológica (EESAME). 2014

6-Utilización de servicios

Tabla XLVII. Personas que padecieron problemas emocionales en el último mes

Problemas emocionales	n	%
Sí	537	25,3%
No	1.589	74,7%
Total	2.126	100%

*Casos perdidos: 5

Fuente: Dirección General de Estadística y Censos. Dirección General de Salud Mental. Ministerio de Salud. GCBA. Encuesta Epidemiológica (EESAME). 2014

Tabla XLVIII. Personas que padecieron problemas emocionales en el último mes según sexo, con OR Mujeres/Varones (IC 95%)

Sexo	Problemas emocionales				OR
	Sí		No		
	n	%	n	%	
Mujeres	357	30,9%	800	69,1%	1,96* (1,59-2,4)
Varones	180	18,6%	789	81,4%	
Total	537	25,3%	1.589	74,7%	

*Casos perdidos: 5

Fuente: Dirección General de Estadística y Censos. Dirección General de Salud Mental. Ministerio de Salud. GCBA. Encuesta Epidemiológica (EESAME). 2014

Tabla XLIX. Personas que padecieron problemas emocionales en el último mes según hayan consultado, con OR Mujeres/Varones (IC 95%).

Sexo	Consultaron				OR
	Sí		No		
	n	%	n	%	
Mujeres	144	40,3%	213	59,7%	1,86* (1,26-2,75)
Varones	48	26,7%	132	73,3%	
Total	192	35,8%	345	64,2%	

*Casos perdidos: 5

Fuente: Dirección General de Estadística y Censos. Dirección General de Salud Mental. Ministerio de Salud. GCBA. Encuesta Epidemiológica (EESAME). 2014

Tabla L. Personas que padecieron problemas emocionales en el último mes y consultaron, según ámbito de atención

Ámbito de atención	Total		Varones		Mujeres	
	n	%	n	%	n	%
Privado	101	52,6	26	54,2%	75	52,1%
Obra social	49	25,5	11	22,9%	38	26,4%
Público	42	21,9	11	22,9%	31	21,5%
Total	192	100%	48	100%	144	100%

Fuente: Dirección General de Estadística y Censos. Dirección General de Salud Mental. Ministerio de Salud. GCBA. Encuesta Epidemiológica (EESAME). 2014

Tabla LI. Personas que padecieron problemas emocionales en el último mes, según profesional consultado

Profesional consultado	Total		Varones		Mujeres	
	n	%	n	%	n	%
Psicólogo	110	61%	28	26%	82	75%
Médico clínico	61	34%	16	26%	45	74%
Psiquiatra	49	27%	13	27%	36	74%
Médico no psiquiatra	47	26%	11	23%	36	77%

Fuente: Dirección General de Estadística y Censos. Dirección General de Salud Mental. Ministerio de Salud. GCBA. Encuesta Epidemiológica (EESAME). 2014

Tabla LII. Personas que realizaron consulta según hayan recibido indicación de psicofármacos

Indicación de psicofármacos	Total		Varones		Mujeres	
	n	%	n	%	n	%
Sí	71	37%	16	33%	55	38%
No	121	63%	32	67%	89	62%
Total	192	100%	48	100%	144	100%

Fuente: Dirección General de Estadística y Censos. Dirección General de Salud Mental. Ministerio de Salud. GCBA. Encuesta Epidemiológica (EESAME). 2014

Tabla LIII. Personas que consumen psicofármacos según recepción de receta médica

Receta médica	Total		Varones		Mujeres	
	n	%	n	%	n	%
Con receta	476	85%	161	79%	315	88%
Sin receta	86	15%	42	21%	44	12%
Total	562	100%	203	100%	359	100%

Fuente: Dirección General de Estadística y Censos. Dirección General de Salud Mental. Ministerio de Salud. GCBA. Encuesta Epidemiológica (EESAME). 2014

Tabla LIV. Motivos de no consulta

Motivo de no consulta*	Total		Varón		Mujer	
	n	%	n	%	n	%
Quiso esperar y ver si el problema mejoraba por sí solo	97	28%	31	24%	66	31%
El problema no le parecía tan importante	95	28%	46	35%	49	23%
No cree que un profesional pueda ayudarlo	54	16%	23	17%	31	15%
Falta de tiempo	47	14%	14	11%	33	16%
Falta de dinero	7	2%	2	2%	5	2%
Pidió turno y todavía no lo atendieron	5	1%	2	2%	3	1%
Desconocía dónde ir	1	0%	0	0%	1	1%
Pidió turno pero no fue porque demoraba mucho tiempo	1	0%	0	0%	1	1%
Pidió turno pero no había	1	0%	0	0%	1	1%
El lugar de atención queda muy lejos	0	0%	0	0%	0	0%
No lo cubría la obra social o prepaga	0	0%	0	0%	0	0%
Otra razón	37	10%	14	11%	22	10%
Total	345	100%	132	100%	212	100%

*Los encuestados podían elegir sólo la opción que consideraran más relevante

Fuente: Dirección General de Estadística y Censos. Dirección General de Salud Mental. Ministerio de Salud. GCBA. Encuesta Epidemiológica (EESAME). 2014

Motivos de no consulta

Se aclaró en la Tabla (pág. 13 del informe presentado por estadísticas) que los encuestados podían elegir sólo la opción que consideraran más relevante. Por eso el % total da 100%.

7-GHQ-12

Confiabilidad, fiabilidad, consistencia interna

- A partir del relevamiento del extenso material bibliográfico disponible en cuanto a validez, sensibilidad y especificidad, decidió utilizarse el punto de corte caso/no caso: 2/3.
- Confiabilidad y consistencia interna: **el Coeficiente Alfa de Cronbach** está vinculado a una correlación entre al valor de las varianzas de cada ítem respecto de la global del test. Su resultado va de 0 a 1 (como en una correlación). El valor 0 corresponde a la ausencia de correlación y uno a una correlación del 100%. **Internacionalmente se consideran valores de confiabilidad altos de 0,8 a superiores. En nuestro estudio dio 0,83, lo que implica: confiable y de alta consistencia interna.**

DISCUSION

La inserción de un instrumento de cribado para problemas de salud mental en la Encuesta de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires EESAME 2014 permite por primera vez obtener datos de este importante indicador de salud en la población de la CABA.

A partir de los resultados obtenidos se observa que a nivel poblacional los problemas de salud mental no se distribuyen de manera uniforme entre la población porteña.

Son más prevalentes en las mujeres, en las personas con peor nivel socioeconómico, separadas o divorciadas, extranjeros, desempleados, los que tienen enfermedades crónicas, y que están limitadas en la realización de las actividades cotidianas en función de un problema de salud.

La prevalencia de problemas de salud mental hallada en el presente estudio (23,4%) es un poco más elevada que la descrita en otras encuestas de salud que utilizan el GHQ-12 con el punto de corte de 2/3 o más, como la Nacional de Irlanda (15,8%), Escocia (17,3%), Inglaterra (18,9%) (Barry, Friel, Dempsey, Avalos y Clarke, 2002) y Cataluña (12,5%) (Gispert et al., 2003), España (19,4%) (Rocha, K.B., 2010). Sin embargo, son inferiores a los resultados de la encuesta de salud de Inglaterra (29% mujeres y 23% hombres), en Finlandia es mayor en hombres (23%) no así en mujeres (25%) (Laaksonen et al., 2007; Lahelma, Laaksonen, Martikainen, Rahkonen y Sarlio-Lahteenkorva, 2006). En Latinoamérica se utilizó el cuestionario GHK12 en numerosos países como en Colombia, Cuba, Chile, Brasil, etc.

En Chile los resultados de Prevalencia de problemas de Salud Mental en la población general es del 61,9%, para las mujeres es del 66,3 y hombres de 50,5%. En San Pablo, Brasil, la prevalencia de problemas de Salud Mental en mujeres es de 34,5% y en hombres es de 22,3%.

Asimismo, se confirma lo descrito en la literatura, que las mujeres presentan mayor prevalencia de problemas de salud mental que los hombres (Alonso y Lepine, 2007; Artazcoz et al., 2001; Gispert et al., 2003; OMS, 2003; Rajmil et al., 1998). Otro aspecto a destacar es que pertenecer a grupos más desfavorecidos a nivel económico y tener un nivel de estudios más bajo está asociado con una mayor prevalencia de problemas de Salud mental confirmando lo descrito en la literatura (Fryers et al., 2003; Honjo et al., 2006; Cortes I. 2004; Esteban M.M. 2012; Ortiz-Hernández L.; 2007; Regidor E, Gutiérrez-Fisac JL, Rodríguez C. ;1999; Townsend P, Davidson N. ;1982). En este sentido se ha descrito que en los trastornos mentales severos se observa un claro gradiente de inequidad social, mostrando mayores prevalencias entre las personas con menor nivel socioeconómico. Sin embargo, en los trastornos mentales más

comunes, como la depresión y ansiedad, este gradiente no es tan claro para algunos autores (Fryers et al., 2003; Laaksonen et al., 2007), principalmente entre los hombres, pero si para las mujeres (Rohifs I. 2000).

Prince y cols. (2007) resaltan que las diferencias de género en la prevalencia de trastornos mentales están relacionadas con los determinantes de la salud mental, tales como la posición socioeconómica, el acceso a los recursos, los roles sociales, entre otros.

En relación a los roles sociales, Artazcoz et al. (2001) consideran que cambios en la esfera privada, tales como mayor división de las tareas domésticas, así como políticas públicas que faciliten el cuidado de personas dependientes (niños, discapacitados y personas mayores) son necesarios para reducir las desigualdades en salud atribuibles a una desigual distribución de las demandas familiares entre hombres y mujeres.

Otro aspecto a considerar es que las personas separadas y divorciadas y las mujeres especialmente presentan una mayor prevalencia de problemas de salud mental, corroborando lo descrito en la literatura (Haro et al., 2006; Plaiser et al., 2008). En relación al país de origen se observa mayor prevalencia de problemas de salud mental entre las personas extranjeras, especialmente mujeres lo que confirma lo descrito en la literatura acerca de la mayor vulnerabilidad de esta población (Hatch y Dohrenwend, 2007; OMS, 2003; Rio Benito M., 2003).

La prevalencia de problemas de salud mental aumenta entre las personas desempleadas, confirmando resultados de estudios anteriores (Alonso y Lépine, 2007; Artazcoz, Benach, Borrell y Cortès, 2004; Fryers et al., 2003; Haro et al., 2006; Artazcoz L., 2004).

Entre las variables que más se asocian a los problemas de salud mental está tener enfermedades crónicas. Además, se ha confirmado lo descrito en estudios anteriores que cuanto mayor es el número de trastornos, mayor es la prevalencia de problemas de salud mental (Gispert et al., 2003).

Otra variable que también está asociada es estar limitado o gravemente limitado para realizar las actividades cotidianas en función de un problema de salud. Estos resultados refuerzan el impacto en términos de discapacidad de los problemas de salud mental en la vida cotidiana de las personas (Alonso y Lépine, 2007; Prince et al., 2007; Ustün et al., 2004). Es importante considerar la fuerte interrelación entre problemas de salud física y los trastornos mentales (Alonso y Lépine, 2007), lo que orienta la necesidad de desarrollar intervenciones integradas dirigidas a salud física y mental de las personas. En este sentido, Prince et al. (2007) afirman que el hecho de separar los problemas de salud físicos de los problemas de salud mental, y de no abordar el impacto en

términos de discapacidad y mortalidad de la comorbilidad entre éstos, podría estar arraigada en la alienación de la salud mental como uno de los principales medios de promover la salud y reducir la pobreza.

Una de las limitaciones del presente estudio es no disponer de información de personas institucionalizadas, ya que pueden estar institucionalizadas por un problema de salud mental.

Por otro lado, el GHQ-12 es un instrumento de cribado, más sensible que específico, lo que puede llevar a una sobreestimación de los problemas de salud mental. Cabe destacar que los falsos positivos son más frecuentes en la población mayor de 65 años, que no fue incluida en el presente estudio. Otro aspecto a considerar es que el GHQ-12 es más sensible a depresión y ansiedad, sin embargo subestima los casos de droga-dependencia y alcoholismo. Es por esto que se incluyeron otros tabulados que dan información sobre consumo de sustancias psicoactivas, alcohol y tabaco. Estas sustancias provocan en el mundo trastornos mentales más frecuentes entre los hombres. No sucede exactamente lo mismo en este estudio donde el alcoholismo genera problemas de Salud mental significativos más en mujeres que hombres. Otro aspecto a tener en cuenta es que se trata de un estudio transversal, lo que impide poder establecer relaciones de causalidad entre las variables de estudio.

Sin embargo, una de las fortalezas del presente estudio es el tamaño de la muestra, con más de 2000 participantes y su representatividad en toda la Ciudad que se infiere por el coeficiente de variación (CV) que se realizó para todas las variables. Así, el hecho de trabajar con datos poblacionales permite generar datos de referencia sobre la salud de la población. Además, permite conocer cómo las características socio-demográficas, socioeconómicas, de salud física, de trabajo, educación, consumo de sustancias psicoactivas, alcohol y tabaco, etc. influyen en la salud mental. Estos resultados posibilitan también identificar los grupos más vulnerables o de riesgo dentro de la Ciudad de Buenos Aires, y, además orientan sobre el tipo de intervenciones que se pueden realizar para disminuir las inequidades existentes en Salud.

Conclusiones

En conclusión, formular una política que genere mejores resultados de salud requiere de una concepción integral y compleja de la política sanitaria. Por otro lado, en el primer estudio que permite comparar datos internacionales, realizado por la OMS utilizando la Entrevista Diagnóstica Internacional (CIDI) se concluye que los trastornos mentales son los más onerosos en cuanto morbilidad, debido a su alta prevalencia, cronicidad, inicio a edades tempranas y deterioro en la calidad de vida.

Los resultados del presente estudio resaltan la importancia de las diferentes oportunidades y de recursos como determinantes para el desarrollo de problemas de salud mental.

Cabe destacar la mayor prevalencia de problemas de salud mental entre las mujeres, principalmente las de peor condición socioeconómica, lo que refuerza la necesidad del incremento de políticas sociales de igualdad de género.

La mayor prevalencia entre la población inmigrante también impone un reto y refuerza la importancia de acciones dirigidas específicamente a este colectivo.

Otro aspecto a considerar es la importancia de acciones de prevención, promoción, identificación y atención a los problemas de salud mental, y su comorbilidad con problemas de salud física, que tienen un importante impacto en la salud de la población, principalmente en términos de discapacidad.

Hemos observado como el estrés laboral que sufre la población de la Ciudad de Buenos Aires es generador también muy significativo de Problemas de Salud Mental. Esto requiere de la implementación de acciones conjuntas con otras áreas del Gobierno como lo es Trabajo para el estudio de las condiciones laborales y riesgos en el trabajo.

También señalamos como influye en la producción de problemas de Salud Mental la falta de vivienda o de una vivienda digna. En este sentido es de suma urgencia pensar en una política que garantice el acceso a la vivienda propia para todos los grupos sociales que así lo requieran.

Obtener información actualizada para la toma de decisiones de política sanitaria a partir del diagnóstico de situación y las problemáticas detectadas es una de estrategias a seguir realizando, sin olvidar la complejidad de la situación sanitaria de nuestro país y de las múltiples causas que interactúan.

Para finalizar, se destaca nuevamente la importancia de fortalecer y defender las políticas de bienestar social para el desarrollo de una sociedad más saludable y equitativa.

BIBLIOGRAFIA

- Almonte, C. y García, R. (2003). Epidemiología psiquiátrica en niños y adolescentes. En: *Psicopatología Infantil y de la Adolescencia*. (pp. 36-58) Santiago de Chile, Editorial Mediterráneo.
- Alonso, J., y Lepine, J.P. (2007). Overview of key data from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMED). *Journal of Clinical Psychology*, 68, 3-9.
- Alvaro, J. L., Garrido, A. y Torregosa, J. R. (1996); *Psicología Social Aplicada*.; Madrid, Mc Graw – Hill.
- Artazcoz, L., Benach, J., Borrell, C., y Cortes, I. (2004). Unemployment and mental health: Understanding the interactions among gender, family roles and social class. *American Journal of Public Health*, 94, 82-88.
- Artazcoz, L., Borrell, C., y Benach, J. (2001). Gender inequalities in health among workers: The relation with family demands. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 55, 639-647.
- Artazcoz, L., Borrell, C., Benach, J., Cortes, I., y Rohlf, I. (2004). Women, family demands and health: The importance of employment status and
- Ayuso-Mateos, J.L., Vázquez-Barquero, J.L., Dowrick, C., Lehtinen, V., Dalgard, O.S., Casey, P., et al. (2001). Depressive disorders in Europe: Prevalence figures from the ODIN study. *The British Journal of Psychiatry*, 179, 308-316.
- Banco Mundial. (2000). *Social Protection sector strategy: from safety net to spring board. Draft final report*. Washington: B.M.
- Barrientos, A. (2004). Latin America: Towards a Liberal-Informal Welfare Regime. En: I. Gough y G. Wood (Eds.), *Insecurity and Welfare Regimes in Asia, Africa and Latin America: Social Policy in Development Contexts* (pp. 121, 68). Cambridge, MA: Cambridge University Press.
- Barrón, A. (1992). Apoyo social y Salud mental. En: J. Álvaro, J. Torregosa y A. Garrido *Influencias Sociales y Psicológicas en la Salud Mental*: de., (p. 223-231). Madrid. Siglo Veintiuno de España Editores S. A.

- Barry, M., Friel, S., Dempsey, C., Avalos, G., y Clarke, P. (2002). *Promoting mental health and social well-being: Cross border opportunities and challenges*. Armagh: Centre for Cross Border Studies.
- Berlinguer, G. (1978) *Medicina e política*, São Paulo, Brasil: Ed. Hucitec.
- Bleichmar, E. (2005). La compleja unidad de la experiencia temprana. En: *Manual de psicoterapia de la relación padres e hijos*, (p.15-22).Barcelona: Ed. Paidós Ibérica.
- Bones Rocha, K. (2010). Prevalencia de problemas de salud mental y su asociación con variables socioeconómicas, de trabajo y salud: resultados de la Encuesta Nacional de Salud de España. En: *Psicothem*; 22(3), (p. 390).España. Recuperado el 16 de junio de 2014 de <http://www.psicothema.com>.
- Breilh, J. & Granda, E. (1986) *Saúde na sociedade*. São Paulo: Ed. Instituto de Saúde/ABRASCO.
- Breilh, J. (2003) *Epidemiología Crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad*. Argentina: Ed. Lugar Editorial.
- Cámara, R., Cardello, M., Carrizo, J. Colombres, A., Cortese, C., Edelman, L., Kordon, D. Quiroga, A. Racedo, J. (2000) *Trabajo e identidad ante la invasión globalizadora*. Bs. As: Ediciones Cinco/La Marea.
- Campo A. (2003) Hacia un abordaje integral: el diagnóstico multiaxial. *Medunab*; 6: 32-35.
- Campo-A. (marzo 2007). Cuestionario general de salud-12: análisis de factores en población general de Bucaramanga, Colombia en *IATREIA / VOL 20/No.1 /*
- Cano Garduño J.M. (Mayo-junio 2002) "Exploración epidemiológica de la salud mental". *Revista Psiquis*, 11: 142-48.
- CEPAL (2001), *Informe de la Reunión de Expertos: Seminario Internacional sobre las Diferentes Expresiones de la Vulnerabilidad Social en América Latina y el Caribe*.
División de Población de la CEPAL-CELADE, Santiago de Chile. LC/L.1592
- (2002) *Vulnerabilidad sociodemográfica: Viejos y nuevos riesgos para comunidades, hogares y personas*. División de Población de la CEPAL –
CELADE, Santiago de Chile, LC/R. 2086.

- Cortazzo, I. et al. (2000) *Estado, Salud y Desocupación, .De la Vulnerabilidad a la exclusión*. Bs. A
- Cronbach L.J.(1951) Coefficient alpha and the internal structure of test. *Psychometrika* ; 16: 297-334.s: Ed. Paidós.
- DGEyC (2011). Encuesta Anual de Hogares. Cuestionario. Ciudad de Buenos Aires. Disponible en:
http://www.buenosaires.gob.ar/areas/hacienda/sis_estadistico/EAH/encuesta_anual_hogares_index.php?menu_id=34827
- DGEyC (2011). Encuesta Anual de Hogares. Módulo de Discapacidad. Ciudad de Buenos Aires. Disponible en:
http://www.buenosaires.gob.ar/areas/hacienda/sis_estadistico/EAH/sintesis_resultados_modulos_especiales/sintesis_resultados_especiales.php?menu_id=34821
- DGEyC (2011). Encuesta Anual de Hogares. Manual del Encuestador. Ciudad de Buenos Aires. (Mimeo)
- Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias. (2003) *Invertir en Salud Mental*. Ginebra: OMS.
- Díaz-Cruz, F., Bethencourt Pérez, J.M., y Peñate Castro, W. (2004). Prevalencia de los trastornos mentales en la isla de Tenerife. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 90, 21-39.
- Domingo-Salvany, A., Regidor, E., Alonso, J., y Alvarez-Dardet, C. (2000). [Proposal for a social class measure. Working Group of the Spanish Society of Epidemiology and the Spanish Society of Family and Community Medicine]. *Atencion Primaria*, 25, 350-363.
- Fryers, T., Melzer, D., y Jenkins, R. (2003). Social inequalities and the common mental disorders: A systematic review of the evidence. *Social Psychiatric and Psychiatric Epidemiology*, 38, 229-237.
- Ghaemi N. (2008) *Psiquiatría: conceptos*. The Johns Hopkins Univesity Press Ed Español. Santiago de Chile: Ed. Mediterráneo.
- Gili, M., Ferrer, V., Roca, M., y Bernardo, M. (2000). Trastornos psiquiátricos y comorbilidad ,médica en un estudio epidemiológico comunitario. *Psicothema*, 12, 131-135.
- Gill, S.C., Butterworth, P., Rodgers, B. y Mackinnon, A. (2007). Validity of the mental health componenet scale of the 12-item Short-Form Health survey (MCS-12) as mesure of common mental disorders in the general population. *Psychiatry Research*, 152, 63-71.

- Gispert, M.R., Puig, O.X, Palomera, F.E., Autonell, C.J., Gine Gine, J.M., Ribas, S.G., et al. (2006). [Individual and ecological factors related to the geographical variability of psychological distress among small areas: A multilevel analysis in Catalonia, Spain]. *Revista Española Pública*, 80, 335-347.
- Gispert, R., Rajmil, L., Schiaffino, A., y Herdman, M. (2003). Sociodemographic and health-related correlates of psychiatric distress in a general population. *Social Psychiatric and Psychiatric Epidemiology*, 38, 677-683.
- Gola, C. Milano, L. y Roca, A. (1999) Epidemiología de los Trastornos Mentales. *Revista del Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología, UBA* año 4, N°1. Buenos Aires: UBA.
- Goldberg, D: The Detection of Psychiatric Illness by Questionnaire. Windsor. National Foundation for Educational Research, 1972.
- Goldberg D. Manual del General Health Questionnaire. Windsor: NFER Publishing, 1978.
- Goldberg DP, Hiller VF. A scaled version of the general health questionnaire. *Psycho Med* 1979 ;(1): 139-45.
- Goldberg, D. y Williams, P: A user's guide the General Health Questionnaire. Windsor. The NFERNELSON publishing Company, 1988.
- González García, G. y Tobar, F. (2004) *Salud para los argentinos*. Bs. As.: Ediciones Isalud.
- Graetz, B. (1991). Multidimensional properties of the General Health Questionnaire. *Social Psychiatric and Psychiatric Epidemiology*, 26, 132-138.
- Greenberg, R. S. (1995) *Epidemiología médica*. México DF: Ed. El manual moderno.
- Griffiths TC, Myers DH, Talbot AW. A study of the validity of the scaled version of the general health questionnaire in paralysed spinally injured out-patients. *Psychol Med* 1993; 23(2):497-504.
- Gill, S.C., Butterworth, P., Rodgers, B. y Mackinnon, A. (2007). Validity of the mental health component scale of the 12-item Short-Form Health survey (MCS-12) as measure of common mental disorders in the general population. *Psychiatry Research*, 152, 63-71.

- Hales, R. (2001) *DSM IV-10, Tratado de Psiquiatría*, Barcelona. Ed. Masson.
- Hamer, M., Stamatakis, E. y Steptoe, A. (2009). Dose-response relationship between physical activity and mental health: The Scottish Health Survey. *British Journal of Sports Medicine*, 42, 1111-1114. *Int J Clin Health Psychol*, Vol. 11. Nº 1
- Hankins, M. (2008). The reliability of the twelve-item general health questionnaire (GHQ-12) under realistic assumptions. *BMC Public Health*, 8, 355.
- Hatch, S.L., y Dohrenwend, B.P. (2007). Distribution of traumatic and other stressful life events by race/ethnicity, gender, SES and age: A review of the research. *American Journal of Community Psychology*, 40, 313-332.
- Harrison, J., Barrow, S., Gask, L., y Creed, F. (1999). Social determinants of GHQ score by postal survey. *Journal of Public Health Medicine*, 21, 283-8.
- Haro, J.M., Palacin, C., Vilagut, G., Martínez, M., Bernal, M., Luque, I., et al. (2006). [Prevalence of mental disorders and associated factors: Results from the ESEMeD-Spain study]. *Medicina Clínica*, 126, 445-451.
- Hewitt, C. E., Perry, A. E., Adams, B. y Gilbod, M. Screening and case finding for depression in offender populations: A systematic review of diagnostic properties. *Journal Affective Disorders*. doi:10.1016/j.jad.2010.06.029.
- Holzman, R. & Jorgensen, S. (2000). *Manejo social del riesgo: Un marco conceptual para la protección social y más allá*. Washington, D.C.: Banco Mundial.
- Honjo, K., Kawakami, N., Takeshima, T., Tachimori, H., Ono, Y., Uda, H., et al. (2006). Social class inequalities in self-rated health and their gender and age group differences in Japan. *American Journal of Epidemiology*, 16, 223-232.
- Horstein L. (2003) "Intersubjetividad y práctica psicoanalítica". Desafíos actuales. En: *Intersubjetividad y Clínica*. (pp. 201-211) Buenos Aires: Ed. Paidós.
- Hu, Y., Stewart-Brown, S., Twigg, L. y Weich, S. (2007). Can the 12-item General Health Questionnaire be used to measure positive mental health? *Psychological Medicine*, 37, 1005-1013
- ICD-10 C (1992) *Classification of Mental and Behavioural Disorders Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Health World Organization.

INDEC (2012). ENCUESTA MUNDIAL DE TABAQUISMO EN ADULTOS. BASE DE DATOS USUARIO. Disponible en: <http://www.indec.mecon.ar/basesde-datos.asp>

INDEC (2011). ENPreCoSP. Encuesta Nacional sobre Prevalencias de Consumo de Sustancias Psicoactivas 2011. DOCUMENTO PARA LA UTILIZACIÓN DE LA BASE DE DATOS USUARIO. Buenos Aires, Argentina. Disponible en: <http://www.indec.mecon.ar/bases-de-datos.asp>

INDEC (2009). ENFR Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2009. DOCUMENTO PARA LA UTILIZACIÓN DE LA BASE DE DATOS USUARIO. Disponible en: http://www.indec.mecon.ar/ftp/cuadros/menusuperior/enfr/doc_base_usuario_enfr2009.pdf

INDEC (2009). ENFR Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2009. Cuestionario. Disponible en: <http://www.indec.mecon.ar/bases-de-datos.asp>

INE (2011). Encuesta Nacional de Salud 2011-2012. ENSE 2011-2012. Metodología. España. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2011.htm>

INE (2009). Encuesta Europea de Salud en España EES-2009. Metodología. España. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=%2Ft15/p420&file=inebase>

INEGI (2002). Encuesta Nacional de Adicciones. Cuestionario. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/encuestas/hogares/especiales/ena/>

INEGI (2002). Encuesta Nacional de Adicciones. Manual del Encuestador. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/encuestas/hogares/especiales/ena/>

Informe sobre la salud en el mundo. Organización Mundial de la Salud. 2001 Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Consulta 5 de diciembre de 2011 Disponible en: http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_es. Pdf.

UNTREF (2010). Encuesta de Salud Pública. Cuestionario Estandarizado. Centro de Investigaciones en Estadística Aplicada (CINEA). Disponible en:

- Joffre Velázquez, V. M., García Maldonado, G. Atenógenes, H., Saldívar González, G., Martínez, P., Medina, O. (julio de 2009). Perfil de pacientes admitidos en un Hospital Psiquiátrico Mexicano para su tratamiento y rehabilitación en el año 2008. *Alcmeon, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, 15(4): 296-303.
- Joutsenniemi, K., Martelin, T., Martikainen, P., Pirkola, S., y Koskinen, S.(2006). Living arrangements and mental health in Finland. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60, 468-475.
- Laaksonen, E., Martikainen, P., Lahelma, E., Lallukka, T., Rahkonen, O.,Head, J., et al. (2007). Socioeconomic circumstances and common mental disorders among Finnish and British public sector employees: Evidence from the Helsinki Health Study and the Whitehall II Study. *International Journal of Epidemiology*, 36, 776-786.
- Lahelma, E., Laaksonen, M., Martikainen, P., Rahkonen, O., y Sarlio-Lahteenkorva, S. (2006). Multiple measures of socioeconomic circumstances and common mental disorders. *Social Science y Medicine*, 63, 1383-1399.
- Lalonde, M. (1996). A New Perspective on the Health of Canadians. En: *Promoción de la Salud: Una Antología*, OPS- OMS, Washington, DC, Publicación Científica N0 557, Págs. 3-5. Ottawa, Ontario, Canadá. Editorial Information Canadá.
- Lapalma, A. (2001). El escenario de la intervención comunitaria. *Revista de Psicología Universidad de Chile*, 10(2): 61-70.
- Laurell, A.C. (1986) *Para el estudio de la Salud en Sicartsa*. México. UNAM: Ed. Mimeo
- Lebovici S. (1983) "El lactante, su madre y el psicoanalista". En: *Las interacciones precoces*. (pp. 89-130). Buenos Aires: Ed. Amorrortu.
- .Lilienfel, A. M.: (1957) *Epidemiological methods and influences in studies ofnon- infectior diseases*. Vol. 72. Atlanta. Public Health Report.
- López-Castedo, A. y Fernández, L. (2005). Psychometric properties of the Spanish version of the 12-item General Health Questionnaire in adolescents. *Perceptual & Motor Skills*, 100,676-680.

- Márquez, F. (2005). *Nostalgia y reclamo. Pobreza, identidad y contrato social en Chile*. Tesis de Doctorado, Departamento de Ciencias Políticas y Sociales, Universidad Católica de Lovaina, Lovaina.
- Martín, M. P. (2004). "Nuevos desafíos de la estrategia de crecimiento más gasto social". En: *Carolina Stefoni (Ed.). Chile 2003-2004. Los nuevos escenarios (Inter)nacionales*. (pp. 275-300). Santiago: Flacso-Chile.
- Medina-Mora M, Borges G, Lara M, Benjet C, Blanco J, Fleiz B, et al. (2003) Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México. *Salud Mental*, 26: 1-16.
- Menéndez, E. (2006) *Participación Social ¿para qué?* Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Milano L & Roca A. (2001) "Epidemiología e historia clínica en salud mental". Trabajo presentado en Jornadas Hospital Fernández, Buenos Aires, Argentina.
- Ministerio de Planificación y Cooperación. División Social. Departamento de Estudios Sociales. (2001). *Pobreza e indigencia e impacto del gasto social en la calidad de vida*. Santiago. Chile.
- Ministerio de Salud de la Nación. (2012) *Comisión Nacional Salud Investiga*. Recuperado el 12/11/12 en <http://www.saludinvestiga.org.ar>
- Ministerio de Salud de la Nación (S/F). Test de identificación de Trastornos por consumo de alcohol. Secretaría de Determinantes de la Salud y Relaciones Sanitarias. DIRECCION NACIONAL DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES. Argentina. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/saludmental/images/stories/info-equipos/pdf/audit.pdf>
- Ministerio de Salud de la Nación (2010). INSTRUMENTOS INTERNACIONALES DE DERECHOS HUMANOS Y SALUD MENTAL. Normativas Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones 1. Argentina. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/saludmental/images/stories/info-equipos/pdf/1-instrumentosinternacionales.pdf>
- OEA/CICAD/OID (2011). SISTEMA INTERAMERICANO DE DATOS UNIFORMES. PROTOCOLO DE LA ENCUESTA SOBRE DROGAS EN HOGARES Instrumentos para la realización de los Estudios Nacionales de Drogas en Población General. Observatorio Interamericano de Drogas. Disponible en: <http://www.cicad.oas.org/o>
- Myer, L., Stein, D.J., Grimsrud, A., Seedat, S., y Williams, D.R. (2008). Social determinants of psychological distress in a nationally-representative sample of South African adults. *Social Science y Medicine*, 66, 1828-1840.
- Molloy, G.J., Stamatakis, E., Randall, G. y Hamer, M. (2009). Marital status, gender and cardiovascular mortality: Behavioural, psychological distress and metabolic explanations. *Social Science & Medicine*, 69, 223-228
- Montero, I. y León, O.G. (2007). A guide for naming research studies in Psychology. *International*

Morín, E. (1984) *El pensamiento complejo*. Barcelona: Editorial Anthropos.

Muntaner, C., Borrell, C., Benach, J., Pasarín, M. y Fernández, E. (2003). The associations of social class and social stratification with patterns of general and mental health in Spanish population. *International Journal of Epidemiology*, 32, 950-958.

Muñoz, P.E. (1979) "Psiquiatría Social", capítulo 48, en *J. L. G. de Rivera, a Vela YJ. Arana (coordinadores): Manual de Psiquiatría*. Cap.48 (pp. 1155-1175) Madrid: Ed. Karpos, S.A

Navarro, P., Ascaso, C., Garcia-Esteve, L., Aguado, J., Torres, A. y Martin-Santos, R. (2007). Postnatal psychiatric morbidity: A validation study of the GHQ-12 and the EPDS as

Netuveli, G., Wiggins, R.D., Montgomery, S. M., Hildon, Z. y Blane, D. (2008). Mental health and resilience at older ages: Bouncing back after adversity in the British Household Panel Survey. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 62, 987-991.

OEA/CICAD/OID (2011). SISTEMA INTERAMERICANO DE DATOS UNIFORMES.

PROTOCOLO DE LA ENCUESTA SOBRE DROGAS EN HOGARES
Instrumentos para la realización de los Estudios Nacionales de Drogas en Población General. Observatorio Interamericano de Drogas. Disponible en: <http://www.cicad.oas.org/o>

Organización Mundial de la Salud (1946) *Constitución de la OMS* Recuperado el 1/11/12
Disponible en: <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/SP/constitucion-sp.pdf> 1946

Organización Panamericana de la Salud (2012) *La reforma, los niños y la psiquiatría*. Recuperado el 5/11/12. Disponible en: http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/saludmental_005.ht

Organización Panamericana de la Salud: (2012) *Cartografía de la salud mental: datos Básicos OPS*. Recuperado el 6/11/12. Disponible en: http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/saludmental_020.htm

Oviedo, H.C. y Campo-Arias, A. (2005). Aproximación al uso del coeficiente alfa de Cronbach. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 24, 572-580.

Papassotiropoulos, A. y Hein, R. (1999). Screening for depression in the elderly: A study on misclassification by screening instruments and improvement of scale performance.

Progress in Neuro-Pshychofarmacology and Biological Psychiatry, 23, 431-446.

Papassotiropoulos, A., Heun, R. y Maier, W. (1997). Age and cognitive impairment influence the performance of the General Health Questionnaire. *Comprehensive Psychiatry*, 38, 335-340.

Patel, V., Araya, R., Chowdhary, N., King, M., Kirkwood, B., Nayak, S., Simon, G. y Weiss, (2008). Detecting common mental disorders in primary care in India: A comparison of five questionnaires. *Psychological Medicine*, 38, 221-228.

Plaisier, I., Bruijn, J.G., Smit, J.H., de Graaf, R., Ten Have, M., Beekman, A.T., et al. (2008). Work and family roles and the association with depressive and anxiety disorders: Differences between men and women. *Journal of Affective Disorders*, 105, 63-72.

Politi PL, Piccinelli M, Wilkinson G, Reliability, validity and factor structure of the 12-item General Health Questionnaire among young males in Italy. *Acta Psychiatry Scand* 1994; 90(6):432-7.

Prevalencia de Problemas de Salud Mental y su asociación con variables socioeconómicas, de trabajo y Salud: Resultado de la Encuesta Nacional de Salud de España 2006. (2010). *Psicothema*. 22(3): 389-395.

Prilleltensky, I. (2006). *La Psicología Comunitaria en Estados Unidos: Entre desafíos y posibilidades. Paper Presented at First Internacional Conference on Community Psichology*, Puerto Rico.

Prince, M., Patel, V., Saxena, S., Maj, M., Maselko, J., Phillips, M.R., et al. (2007). No health without mental health. *Lancet*, 370, 859-877.

Pritchett, L. (2005) *The Political Economy of Targeted Safety Nets* (Serie discusión sobre la Protección social, N° 501). Washington, D.C.: Banco Mundial.

Politi PL, Piccinelli M, Wilkinson G, Reliability, validity and factor structure of the 12-item General Health Questionnaire among young males in Italy. *Acta Psychiatry Scand* 1994; 90(6):432-7.

Prevalencia de problemas de salud mental y su asociación con variables socioeconómicas, de trabajo y salud: resultados de la Encuesta Nacional de Salud

- Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. (1990). *Desarrollo Humano: Informe 1990*. Bogotá: Tercer Mundo Editores.
- Raczynski, D. & Serrano, C. (2005). *Las políticas y estrategias de desarrollo social. Aportes de los años 90 y desafíos futuros*. Disponible en: <http://www.asesoriasparaeldesarrollo.cl/?q=centrodocumentos> y recuperado el 10/10/12.
- Raczynski, D. (Ed.). (1995). *Estrategias para combatir la pobreza en América Latina: Programas, instituciones y recursos*. Santiago: CIEPLAN.
- Rajmil, L., Gispert, R.M., Roset, M.G., Muñoz, P.E., y Segura, A.B. (1998). Prevalencia de trastornos mentales en la población general de Cataluña. *Gaceta Sanitaria*, 12, 153-159.
- Ramos, P., Moreno, C., Rivera, F. y Pérez, P.J. (2010). Integrated analysis of the health and social inequalities of Spanish adolescents. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 10, 477-498.
- Reyes, M. (2007). Principios y valores subyacentes a la psicología comunitaria en Chile: un análisis de las publicaciones nacionales entre 1993-2003. En: J. Alfaro & H. Berroeta (Eds.), *Trayectorias de la Psicología Comunitaria en Chile: Prácticas y conceptos* (pp. 109-148). Valparaíso, Chile: Universidad Valparaíso.
- Roberts, B. (2001). *Las nuevas políticas sociales en América Latina y el desarrollo de ciudadanía: una perspectiva de interfaz*. Documento elaborado para el Taller Agencia, Conocimiento y Poder: nuevas direcciones, Wageningen 14 y 15 de diciembre, 2001. Universidad of Texas.
- Rodolfo, R. (2008) Alegría y angustia, angustia y alegría. Rondó de un descuido. En: *Futuro Porvenir*. Buenos Aires, México: Ed. Novedades Educativas.
- Rovere, M. (2006) *Planificación estratégica de recursos humanos en salud*. Washington: OPS.
- Rubio, M. y otros. (2004) *El análisis de la realidad a la intervención social*. Buenos Aires: Biblioteca UNLA: Editorial CCS.
- Sánchez, A. (2006) *Políticas sociales y Psicología Comunitaria en España: Encuentros, tensiones y desafíos*. Ponencia Presentada en la Primera Conferencia Internacional de Psicología Comunitaria, Puerto Rico.

- (2007) La Psicología Comunitaria Chilena en la hora de la institucionalización: Eclecticismo teórico, compromiso práctico y cuestiones éticas. En: A. Zambrano, G. Rozas, I. Magaña, D. Asún, & R. Pérez-Luco (Eds.) *Psicología Comunitaria en Chile: evolución perspectivas y proyecciones* (pp. 23-54). Santiago de Chile. Ril Editores
- Salama-Younes, M., Montazeri, L., Ismaïl, A. y Roncin, C. (2009). Factor structure and internal consistency of the 12-item General Health Questionnaire (GHQ-12) and the Subjective Vitality Scale (VS), and the relationship between them: A study from France. *Health and Quality of Life Outcomes*, 7:22.
- Sánchez R, Gómez C. (1998). Conceptos básicos sobre validación de escalas. En *Rev Colomb Psiquiatr.* 27: 21-30.
- Sánchez-López, M.P. y Dresch, V. (2008). The 12-Item General Health Questionnaire (GHQ-12): Reliability, external validity and factor structure in the Spanish population. *Psicothema*, 20, 839-843. *Int J Clin Health Psychol*, Vol. 11. Nº 1
- Serrano, C. (2005). *La política social en la globalización. Programas de protección en América Latina* (Serie Mujer y Desarrollo Nº 70). Santiago: CEPAL.
- Sojo, A. (2003). Vulnerabilidad social, aseguramiento y diversificación de riesgos en América Latina y el Caribe. *Revista de la CEPAL*, 80: 121-140.
- Souza Minayo, M. C. y otros. (2004a) *El desafío del Conocimiento*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- (2004b) *Investigación Social*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- (2005) *Evaluación por triangulación de métodos*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Stern D. (2003) Los interrogantes y su trasfondo. Perspectivas y enfoques de la infancia. En: *El mundo interpersonal del infante*. (pp. 17-29). Buenos Aires: Ed. Paidós.
- Susser M. y Susser E. (1996) Choosing a future for epidemiology. II. from black boxes to Chinese boxes and eco-epidemiology. *Am J Public Health*; 86: 674-677.
- Tambellini, A.M.:(1976) *Contribución a análisis Epidemiológico de los accidentes de tránsito*. Campinas. Tesis de Doctorado. UNICAMP.
- Torres Y, Posada J.1993. Estudio Nacional de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas. Bogotá: Ministerio de Salud.
- Rodríguez CE, Puerta G. 1997. Prevalencia de síntomas de depresión y ansiedad en los pacientes de la consulta no psiquiátrica. En *Rev Colomb Psiquiatr* ; 26: 273-288.

Ustün, T.B., Ayuso - Mateos, J.L y Otros. (2004). Global burden of depressive disorders in the year 2000. En: *The British Journal of Psychiatry*. 184: 386-392.

Vallejo Ruiloba J. (2006) *Introducción a la psicopatología y la Psiquiatría*. Barcelona: Editorial Masson.

Werneke, U., Goldberg, D.P., Yalcin, I. y Ustun, B.T. (2000). The stability of the factor structure of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*, 30, 823-829.

Winnicott D. (1984) *La familia y el desarrollo del individuo*. Buenos Aires: Hormé.

----- (1976) *El concepto de individuo sano*. [Acceso: 18 de abril 2011]. Disponible en: <http://psicoanalisis.org/winnicott/>.

Ye, S. (2009). Factor structure of the General Health Questionnaire (GHQ-12): The role of wording effects. *Personality and Individual Differences*, 46, 197-201.

Zambrano, A. (2007). *Criterios de intervención en estrategias de empoderamiento comunitario: La perspectiva de profesionales y expertos de la intervención comunitaria en Chile y España*. Tesis doctoral, Departamento de Psicología Social, Universidad de Barcelona.

ANEXOS

Tabulados

Se propusieron 14 tabulados que tuvieron como objetivo brindar las principales características de la población encuestada en relación con las variables más relevantes de la encuesta. Asimismo, estos tabulados permitieron validar los datos con otras fuentes externas (Encuesta Anual de Hogares, Módulo de discapacidad de la EAH 2011, Encuesta de Factores de Riesgo 2009, SEDRONAR)

		Dirección General de Salud Mental		 Buenos Aires Ciudad	
Encuesta Epidemiológica de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires (EESAME) 2014.				Form. SM 1	
BLOQUE DEL HOGAR					
Datos de identificación					
Comuna N° _____		Zona sanitaria _____		Lote _____ UP _____	
Calle _____		Nro. _____		Piso _____ Dto. _____	
Encuesta _____		Hogar n° _____		Hab. _____ Torre/Cuerpo _____	
Encuestador: _____ Apellido y nombre: _____ Recepcionista: _____ Apellido y nombre: _____ Supervisor: _____ Apellido y nombre: _____			ÚLTIMO DÍGITO DEL NÚMERO DE ENCUESTA <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>		
V1 ¿Todas las personas que residen en esta vivienda comparten los gastos de comida?		Sí1 No2		Total de hogares ____ → abra otro cuestionario FORM SM 1	
ESM1 ¿En este hogar hay al menos una persona entre 16 y 65 años de edad?					
Sí.....1 No.....2 → confirme la no realización de la entrevista y registre la razón (ESM3)					
Apertura de entrevista					
Sí.....1 → Respondiente: N° _____ Nombre: _____ No.....2 Fecha de realización: _____ / _____					
RAZÓN POR LA CUAL NO SE REALIZÓ LA ENTREVISTA					
<input type="checkbox"/> 1- Deshabitada		<input type="checkbox"/> 1- Venta o alquiler		<input type="checkbox"/> 2- Sucesión o remate	
<input type="checkbox"/> 2- Demolida		<input type="checkbox"/> 1- Fue demolida		<input type="checkbox"/> 2- En demolición	
<input type="checkbox"/> 3- Fin de semana		<input type="checkbox"/> 1- de la semana		<input type="checkbox"/> 2- del mes	
<input type="checkbox"/> 4- Construcción		<input type="checkbox"/> 1- Se está construyendo		<input type="checkbox"/> 2- Construcción paralizada	
<input type="checkbox"/> 5- Vivienda usada como establecimiento		<input type="checkbox"/> 1- Conserva comodidad de vivienda		<input type="checkbox"/> 3- Construcción reciente	
<input type="checkbox"/> 6- Variaciones en el listado		<input type="checkbox"/> 1- No existe lugar físico		<input type="checkbox"/> 2- No es vivienda	
<input type="checkbox"/> 7- Ausencia		<input type="checkbox"/> 1- No se pudo contactar en tres visitas		<input type="checkbox"/> 2- Por causas circunstanciales	
<input type="checkbox"/> 8- Rechazo		<input type="checkbox"/> 1- Negativa rotunda		<input type="checkbox"/> 2- Rechazo por portero eléctrico	
<input type="checkbox"/> 9- Otras causas		<input type="checkbox"/> 1- Inquilinato, pensión, hotel, usurpado, conventillo		<input type="checkbox"/> 2- Duelo, alcoholismo, discapacidad, idioma extranjero	
<input type="checkbox"/> 99- Miembros del hogar fuera de rango de edad		<input type="checkbox"/> 1- No hay miembros del hogar en el rango de edad		<input type="checkbox"/> 3- Existen otras viviendas	
		<input type="checkbox"/> 3- Marco general de domicilios		<input type="checkbox"/> 4- Otro (especificar) _____	
		<input type="checkbox"/> 6- (Para marco IHPCT) No Res de UP		<input type="checkbox"/> 3- Levantada	
				<input type="checkbox"/> 3- del año	
				<input type="checkbox"/> 3- Refacción	
				Viven en otra vivienda la mayor parte...	
				<input type="checkbox"/> 4- Sin causa conocida	
				<input type="checkbox"/> 4- Tapiada	
				<input type="checkbox"/> 3- Viaje	
				<input type="checkbox"/> 4- Vacaciones	
				<input type="checkbox"/> 3- Se acordaron entrevistas que no se concretaron	
				<input type="checkbox"/> 4- Inaccesible (Problemas climáticos u otros)	

P0	P1	P2	P3A			P3B	P4	P5	L0
Nº de miembro del hogar	Por favor, nombreme todas las personas que componen este hogar, empezando por el jefe <i>(No se olvide de Usted ni de los bebés y niños)</i>	Sexo <i>Anote código</i> 1- Varón 2- Mujer	Fecha de nacimiento			¿Cuántos años cumplidos tiene en este momento? <i>Si tiene menos de un año anote 0</i>	¿Qué parentesco tiene con el jefe? (E-S) <i>Anote código</i> 1 Jefe/a 2 Cónyuge/ Pareja 3 Hijo/a 4 Hijastro/a 5 Yerno o nuera 6 Nieto/a 7 Padre/madre/suegro/a 8 Hermano/a 9 Cuñado/a 10 Sobrino/a 11 Abuelo/a 12 Otro familiar 13 Servicio doméstico y familiares 14 Otro no familiar	<i>Para personas de 14 años y más</i> ¿Actualmente es... (G-S) <i>Anote código</i> 1 unido/a? 2 casado/a? 3 separado/a de unión? 4 viudo/a de unión? 5 divorciado/a? 6 separado/a de matrimonio? 7 viudo/a de matrimonio? 8 soltero/a, nunca casado/a, ni unido/a?	<i>Letra de orden según edad</i> <i>(para personas de 16 a 65 años)</i> <i>Comience con la letra A a partir de la persona de mayor edad y continúe con la letra B y subsiguiente, si fuera necesario</i>
	Nombre o sobrenombre		Día	Mes	Año				
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									

Cantidad de miembros del hogar

(TP) TOTAL DE PERSONAS EN EL RANGO DE EDAD

SELECCIÓN DEL MIEMBRO DEL HOGAR A QUIEN SE APLICARÁ EL BLOQUE INDIVIDUAL

Instrucciones para el uso de la tabla: sólo aplicar a personas de **16 a 65 años**

- 1- Ubique a su derecha la tabla para seleccionar la persona a encuestar.
- 2- En la fila superior de la tabla tilde el último dígito del número de encuesta" que se encuentra en la página 1 (uno).
- 3- En la columna "Total de personas en el rango de edad" tilde el N° que registró en el recuadro (pág. 2).
- 4- Ubique en el cuerpo de la tabla la intersección de fila y columna. Circule la letra asignada y observe en la columna L0 a quién le corresponde esa letra entre las personas listadas.
- 5- Circule el N° de miembro del hogar correspondiente en la columna P0.
- 6- Transcriba ese número en el casillero **MS** "N° de miembro seleccionado de 16 a 65 años"

VIVIENDA Si existe más de un hogar, aplique el bloque vivienda sólo al primero. El segundo hogar pasa a H1	
V2 Tipo de vivienda (<i>observacional</i>)	Casa 1 Departamento 2 Pieza de inquilinato/conventillo 9 Pieza de hotel/pensión 10 Construcción no destinada a vivienda 5 Otro (<i>especificar</i>) 8 _____
V4 ¿Cuántas habitaciones/ambientes tiene, en total, esta vivienda sin contar baños, cocina/s, garages o pasillos?	Total de habitaciones / ambientes _____
V5 ¿Los pisos interiores son principalmente de... (G-S)	mosaico / baldosa / madera / cerámica? 1 cemento / ladrillo fijo? 2 ladrillo suelto / tierra? 3 otro material? (<i>especificar</i>) 4 _____
V6 La cubierta exterior del techo, ¿es de... (G-S)	membrana/cubierta asfáltica? 1 baldosa/osa sin cubierta? 2 pizarra/teja? 3 chapa de metal sin cubierta? 4 chapa de fibrocemento/plástico? 5 chapa de cartón? 6 caña/tabla/paja con barro/paja sola? 7 Es un edificio de departamento 8 N/S 9
V7 ¿El techo tiene cielorraso/revestimiento interior?	Sí 1 No 2
V12 Esta vivienda, ¿dispone de... (G-S) <i>(Lea todas las opciones de respuesta hasta obtener una respuesta positiva)</i>	inodoro o retrete con descarga de agua (botón, cadena, etc.) a red cloacal pública? 1 inodoro o retrete con descarga de agua (botón, cadena, etc.) a pozo o cámara séptica? 2 inodoro o retrete sin descarga de agua (letrina)? 3 No dispone de inodoro o retrete 4 → a H2

HOGAR											
H1 ¿El baño es ... (G-S)	de uso exclusivo del hogar?..... 1 compartido con otro hogar?..... 2										
H2 Este hogar, ¿es... (G-S) <i>(Lea todas las opciones de respuesta hasta obtener una respuesta positiva)</i>	propietario de la vivienda y el terreno?..... 1 propietario de la vivienda solamente?..... 2 inquilino o arrendatario?.....3 ocupante en relación de dependencia/por trabajo?..... 4 ocupante por préstamo, cesión, o permiso gratuito (sin pago)?.....5 ocupante de hecho de la vivienda?.....6 otro <i>(especificar)</i>7 _____										
H3 ¿Cuántas habitaciones/ ambientes son de uso exclusivo de este hogar?	Total de habitaciones/ ambientes de uso exclusivo _____										
IT1 ¿Cuál es el ingreso total mensual del hogar? <i>(Incluya ingresos provenientes del trabajo, jubilaciones, rentas, seguros de desempleo, becas, cuotas de alimento, etc.)</i> Monto \$ <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/> → Pase a Filtro 1 <i>(Sin ingresos, consigne 0)</i> Ns/Nc <input type="checkbox"/> →	IT2 ¿Me podría indicar en cuál de estos tramos se ubica el ingreso mensual de su hogar? <i>(Incluya ingresos provenientes del trabajo, jubilaciones, rentas, seguros de desempleo, becas, cuotas de alimentos, etc.) Entregue al entrevistado la TARJETA 1</i> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td>\$1 a \$3.400..... 1</td> <td>\$10.001 a \$12.400..... 6</td> </tr> <tr> <td>\$3.401 a \$5.400..... 2</td> <td>\$12.401 a \$15.400..... 7</td> </tr> <tr> <td>\$5.401 a \$6.800..... 3</td> <td>\$15.401 a \$19.400..... 8</td> </tr> <tr> <td>\$6.801 a \$8.600..... 4</td> <td>\$19.401 a \$26.200..... 9</td> </tr> <tr> <td>\$8.601 a \$10.000..... 5</td> <td>\$26.201 y más..... 10</td> </tr> </table>	\$1 a \$3.400..... 1	\$10.001 a \$12.400..... 6	\$3.401 a \$5.400..... 2	\$12.401 a \$15.400..... 7	\$5.401 a \$6.800..... 3	\$15.401 a \$19.400..... 8	\$6.801 a \$8.600..... 4	\$19.401 a \$26.200..... 9	\$8.601 a \$10.000..... 5	\$26.201 y más..... 10
\$1 a \$3.400..... 1	\$10.001 a \$12.400..... 6										
\$3.401 a \$5.400..... 2	\$12.401 a \$15.400..... 7										
\$5.401 a \$6.800..... 3	\$15.401 a \$19.400..... 8										
\$6.801 a \$8.600..... 4	\$19.401 a \$26.200..... 9										
\$8.601 a \$10.000..... 5	\$26.201 y más..... 10										
FILTRO 1: si el número de miembro seleccionado P0 de 16 a 65 años es igual a 1 (jefe) pase a bloque individual si es igual o mayor a 2 (no jefe) continúe con Situación laboral del jefe del hogar											

SITUACIÓN LABORAL DEL JEFE/JEFA DEL HOGAR (JH)		
JHT1	¿La semana pasada _____ trabajó por lo menos una hora?	Sí..... 1 → a JHT44 No..... 2
JHT2	En esa semana, ¿hizo alguna changa, fabricó algo en su casa para vender, ayudó a un familiar /amigo en su negocio?	Sí..... 1 → a JHT44 No..... 2
JHT3	¿La semana pasada ... (G-S) <i>(Primero lea todas las opciones y luego marque la respuesta)</i>	no deseaba, no quería trabajar?..... 1 → a Bloque individual no podía trabajar por razones personales (estudio, cuidado hogar, etc.)..... 2 no tuvo pedidos/clientes?..... 3 → a JHT9 no tenía trabajo y quería trabajar?..... 4 tenía un trabajo/negocio al que no concurrió?..... 5
JHT4	¿No concurrió a su trabajo por... (G-S)	licencia, vacaciones o enfermedad?..... 1 otras causas personales (viajes, trámites, etc.)?..... 2 → a JHT44 huelga o conflicto laboral?..... 3 suspensión de un trabajo en relación de dependencia?..... 4 otras causas laborales (rotura de equipo, falta de materias primas, mal tiempo, etc?)..... 5 → a JHT6
JHT5	¿Le siguen pagando durante la suspensión?	Sí..... 1 → a JHT44 No..... 2 → a JHT9 No sabe..... 3
JHT6	¿Volverá a ese trabajo a lo sumo en un mes?	Sí..... 1 → a JHT44 No..... 2 → a JHT9 No sabe..... 3
JHT9	Durante los últimos 30 días, ¿estuvo buscando trabajo de alguna manera?	Sí..... 1 → a Bloque individual No..... 2
JHT10	Durante esos 30 días, ¿hizo algo para instalarse por su cuenta/puso carteles/consultó con parientes, amigos?	Sí..... 1 → a Bloque individual No..... 2
JHT11	¿No buscó trabajo (ni hizo algo para trabajar) porque...(G-S) <i>(Primero lea todas las opciones y luego marque la respuesta)</i>	tenía un trabajo asegurado?..... 1 está suspendido y espera ser llamado?..... 2 → a Bloque individual se cansó de buscar trabajo?..... 3 por otras razones (especificar)?..... 4
JHT44	¿Ese trabajo _____ lo hace... (G-S)	para su propio negocio/empresa/actividad?..... 1 → a JHT46 para el negocio/empresa/actividad de un familiar?... 2 o para un patrón/empresa/institución?..... 3 → a JHT49

JHT45 ¿Por ese trabajo... (G-S)	le pagan sueldo (en dinero/especie)?..... 1 → a JHT49 retira dinero?..... 2 no le pagan ni retira dinero?..... 3 → a Bloque individual
JHT46 En ese negocio/empresa/actividad, ¿se emplean personas asalariadas?	Sí, siempre.....1 Sólo a veces o por temporadas.....2 No emplea ni contrata personal.....3 } → a Bloque individual
JHT49 ¿Ese trabajo tiene tiempo de finalización? (E-S)	Sí (temporario, contrato por obra, etc.).....1 No (permanente, fijo, estable, etc.).....2 Ns/Nc.....3
JHT51 ¿En ese trabajo... (G-S)	le descuentan para la jubilación?..... 1 aporta por si mismo para la jubilación?.....2 no le descuentan ni aporta?.....3
JHT29b ¿Cuántas horas semanales trabaja habitualmente en todos sus empleos/ocupaciones?	Menos de 35 horas semanales..... 1 Entre 35 y 45 horas semanales..... 2 Más de 45 horas semanales..... 3
JHT29c ¿Quiere trabajar más horas?	Sí.....1 No.....2
BLOQUE INDIVIDUAL	
Miembro seleccionado para responder el cuestionario individual	
Número (P0)	Nombre (P1)
Sexo (P2)	Edad (P3b)
Apertura de entrevista individual Sí.....1 → a T1 No.....2	
RAZÓN DE NO RESPUESTA INDIVIDUAL	
Ausencia.....7 <input type="checkbox"/>	
Rechazo.....8 <input type="checkbox"/>	
Otras causas (<i>especificar</i>).....9 <input type="checkbox"/>	
.....	
.....	

SITUACIÓN LABORAL DEL MIEMBRO DEL HOGAR SELECCIONADO			
T1	¿La semana pasada trabajó por lo menos una hora?	Sí.....1 No.....2	→ a T44
T2	En esa semana, ¿hizo alguna changa, fabricó en su casa algo para vender, ayudó a un familiar/amigo en su negocio?	Sí.....1 No.....2	→ a T44
T3	¿La semana pasada.... (G-S) <i>(Primero lea todas las opciones y luego marque la respuesta)</i>	no deseaba, no quería trabajar?.....1 no podía trabajar por razones personales? <i>(estudio, cuidado hogar, etc.)</i>2 no tuvo pedidos/clientes?.....3 no tenía trabajo y quería trabajar?.....4 tenía un trabajo o negocio al que no concurrió?.....5	→ a SN15a → a T9
T4	¿No concurrió a su trabajo por.... (G-S)	licencia, vacaciones o enfermedad?.....1 otras causas personales (viajes, trámites, etc.)?.....2 huelga o conflicto laboral?.....3 suspensión de un trabajo en relación de dependencia?.....4 otras causas laborales (rotura de equipo, falta materias primas, mal tiempo, etc.)?.....5	→ a T44 → a T6
T5	¿Le siguen pagando durante la suspensión?	Sí.....1 No.....2 No sabe.....3	→ a T44 → a T9
T6	¿Volverá a ese trabajo a lo sumo en un mes?	Sí.....1 No.....2 No sabe.....3	→ a T44 → a T9
T9	Durante los últimos 30 días , ¿estuvo buscando trabajo de alguna manera?	Sí.....1 No.....2	→ a SN15a
T10	Durante esos 30 días , ¿hizo algo para instalarse por su cuenta/puso carteles/consultó con parientes, amigos?	Sí.....1 No.....2	→ a SN15a
T11	¿No buscó trabajo (ni hizo algo para trabajar) porque... (G-S) <i>(Primero lea todas las opciones y luego marque la respuesta)</i>	tenía un trabajo asegurado?.....1 está suspendido y espera ser llamado?.....2 se cansó de buscar trabajo?.....3 por otras razones <i>(especificar)</i> ?.....4 	→ a SN15a
T44	¿Ese trabajo lo hace... (G-S)	para su propio negocio/empresa/actividad?.....1 para el negocio/empresa/actividad de un familiar?...2 o para un patrón/empresa/institución?.....3	→ a T46 → a T49

T45	¿Por ese trabajo... (G-S)	le pagan sueldo (en dinero/especie)?..... 1 retira dinero?..... 2 no le pagan ni retira dinero?..... 3	→ a T49 → a T30
T46	En ese negocio/empresa/actividad, ¿se emplean personas asalariadas?	Sí, siempre..... 1 Solo a veces o por temporadas..... 2 No emplea ni contrata personal..... 3	→ a T30
T49	¿Ese trabajo tiene tiempo de finalización?	Sí (temporario, contrato por obra, etc.)..... 1 No (permanente, fijo, estable, etc.)..... 2 Ns/Nc..... 3	
T51	¿En ese trabajo... (G-S)	le descuentan para la jubilación?..... 1 aporta por si mismo para la jubilación?..... 2 no le descuentan ni aporta?..... 3	
T29b	¿Cuántas horas semanales trabaja habitualmente en todos sus empleos/ocupaciones?	Menos de 35 horas semanales..... 1 Entre 35 y 45 horas semanales..... 2 Más de 45 horas semanales..... 3	
T29c	¿Quiere trabajar más horas?	Sí..... 1 No..... 2	
ESTRES LABORAL			
T30	Globalmente y teniendo en cuenta las condiciones en que realiza su trabajo, indique cómo considera Ud. el nivel de estrés de su trabajo según una escala de 1 (nada estresante) a 7 (muy estresante):		
	1 Nada estresante 2... 3... 4... 5... 6... 7 Muy estresante 8 No sabe 9 No contesta		
T31	Teniendo en cuenta las características de su trabajo, indique en qué medida considera su trabajo satisfactorio según una escala de 1 (nada satisfactorio) a 7 (muy satisfactorio):		
	1 Nada satisfactorio 2... 3... 4... 5... 6... 7 Muy satisfactorio 8 No sabe 9 No contesta		

SITUACIÓN DE SALUD

SN15A A continuación le voy a leer una lista con una serie de enfermedades o problemas de salud, ¿padece o ha padecido alguna de las siguientes enfermedades crónicas? (G-M)

1 Presión alta	Sí.....1	No.....2
2 Infarto en el corazón	Sí.....1	No.....2
3 Otras enfermedades del corazón	Sí.....1	No.....2
4 Várices en las piernas	Sí.....1	No.....2
5 Artrosis, artritis o reumatismo	Sí.....1	No.....2
6 Dolor de espalda crónico (cervical)	Sí.....1	No.....2
7 Dolor de espalda crónico (lumbar)	Sí.....1	No.....2
8 Alergia crónica (asma alérgica excluida)	Sí.....1	No.....2
9 Asma	Sí.....1	No.....2
10 Bronquitis crónica, enfisema, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)	Sí.....1	No.....2
11 Diabetes	Sí.....1	No.....2
12 Úlcera de estómago o duodeno	Sí.....1	No.....2
13 Incontinencia	Sí.....1	No.....2
14 Colesterol alto	Sí.....1	No.....2
15 Cataratas	Sí.....1	No.....2
16 Problemas crónicos de piel	Sí.....1	No.....2
17 Constipación crónica	Sí.....1	No.....2
33 Cirrosis, disfunción hepática	Sí.....1	No.....2
18 Depresión crónica	Sí.....1	No.....2
29 Ansiedad crónica	Sí.....1	No.....2
30 Otros problemas mentales	Sí.....1	No.....2
19 Embolia, infarto cerebral, hemorragia cerebral (ACV)	Sí.....1	No.....2
20 Dolor de cabeza fuerte	Sí.....1	No.....2
21 Hemorroides	Sí.....1	No.....2
22 Tumores malignos	Sí.....1	No.....2
23 Osteoporosis	Sí.....1	No.....2
25 Problemas de tiroides	Sí.....1	No.....2
26 Problemas de próstata <i>(sólo para hombres)</i>	Sí.....1	No.....2
27 Problemas del período menopáusico <i>(sólo para mujeres)</i>	Sí.....1	No.....2
31 Lesiones o defectos permanentes causados por un accidente	Sí.....1	No.....2
28 ¿Padece o ha padecido alguna otra enfermedad crónica? <i>(especificar)</i> _____	Sí.....1	No.....2

IDENTIFICACIÓN DE DIFICULTAD DE LARGO PLAZO		
MD1	¿Tiene Ud. alguna dificultad de largo plazo para caminar, subir o bajar escalones?	Sí.....1 No.....2
MD2	¿Tiene Ud. alguna dificultad de largo plazo para mover uno o los dos brazos o las manos?	Sí.....1 No.....2
MD3	¿Tiene Ud. alguna dificultad de largo plazo para agarrar objetos y/o sostener peso con una o las dos manos?	Sí.....1 No.....2
MD4	¿Tiene Ud. alguna dificultad de largo plazo para levantarse, acostarse, mantenerse de pie o sentado?	Sí.....1 No.....2
MD5	¿Tiene Ud. alguna dificultad de largo plazo para ver, aún con anteojos o lentes puestos?	Sí, es ciego.....1 Sí, tiene disminución visual.....2 No.....3
MD6	¿Tiene Ud. alguna dificultad de largo plazo para oír, aún usando audífonos o aparatos?	Sí, es sordo.....1 Sí, tiene disminución auditiva...2 No.....3
MD7	¿Tiene Ud. alguna dificultad de largo plazo para hablar o comunicarse, aún usando lengua de señas? (<i>Entender lo que dice otra persona o que otra persona entienda lo que Ud. esta diciendo</i>)	Sí.....1 No.....2
MD8	¿Tiene Ud. alguna dificultad de largo plazo para entender o aprender indicaciones sencillas? (<i>Memorizar, comprender, reproducir y/o ejecutar indicaciones de distinta índole, por ejemplo: cómo llegar a un lugar nuevo</i>). (<i>Pueden ser consideradas aquí las personas con Síndrome de Down o con cualquier otra deficiencia mental o intelectual</i>)	Sí.....1 No.....2
MD9	¿Tiene Ud. alguna dificultad de largo plazo para concentrarse y/o recordar cosas que le interesan?	Sí.....1 No.....2
MD10	¿Tiene Ud. alguna dificultad de largo plazo para atender por sí mismo su cuidado personal, como lavarse o vestirse o comer?	Sí.....1 No.....2
MD11	¿Tiene Ud. alguna otra dificultad de largo plazo para realizar actividades que no le mencioné?	Sí (<i>especificar</i>)1 _____] No.....2
D2	¿Tiene Certificado de Discapacidad (CUD)?	Sí.....1 No.....2 Está en trámite.....3

GHQ12

Ahora nos gustaría saber cómo se ha sentido, en general, durante las últimas semanas. Por favor, conteste a todas las preguntas indicando la respuesta que, a su juicio, mejor puede aplicarse a usted. Recuerdo que sólo debe responder sobre los problemas recientes y los que tiene ahora, no sobre los que tuvo en el pasado.

Es importante que intente contestar todas las preguntas.

Entrevistador/a, léale al informante: "Voy a entregarle una tarjeta con las preguntas sobre la frecuencia con la que se ha sentido o encontrado como dice cada pregunta. Cuando le pregunte, dígame sólo el número de su respuesta. Tenga en cuenta que las respuestas no son iguales para todas las preguntas".

(Entregue la Tarjeta 2. Lea una a una cada pregunta y registre el número de la respuesta dada por el entrevistado)

Entrevistador/a, el concepto "últimas semanas" lo debe interpretar el informante como desea.

	0	1	2	3	8	9
1 ¿Ha podido concentrarse bien en lo que hacía?	Mejor que lo habitual <input type="radio"/>	Igual que lo habitual <input type="radio"/>	Menos que lo habitual <input type="radio"/>	Mucho menos que lo habitual <input type="radio"/>	No sabe <input type="radio"/>	No contesta <input type="radio"/>
2 ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?	No, en absoluto <input type="radio"/>	No más que lo habitual <input type="radio"/>	Algo más que lo habitual <input type="radio"/>	Mucho más que lo habitual <input type="radio"/>	No sabe <input type="radio"/>	No contesta <input type="radio"/>
3 ¿Ha sentido que está desempeñando un papel útil en la vida?	Más útil que lo habitual <input type="radio"/>	Igual que lo habitual <input type="radio"/>	Menos útil que lo habitual <input type="radio"/>	Mucho menos útil que lo habitual <input type="radio"/>	No sabe <input type="radio"/>	No contesta <input type="radio"/>
4 ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?	Más que lo habitual <input type="radio"/>	Igual que lo habitual <input type="radio"/>	Menos que lo habitual <input type="radio"/>	Mucho menos que lo habitual <input type="radio"/>	No sabe <input type="radio"/>	No contesta <input type="radio"/>
5 ¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión?	No, en absoluto <input type="radio"/>	No más que lo habitual <input type="radio"/>	Algo más que lo habitual <input type="radio"/>	Mucho más que lo habitual <input type="radio"/>	No sabe <input type="radio"/>	No contesta <input type="radio"/>
6 ¿Ha tenido la sensación de que no puede superar sus dificultades?	No, en absoluto <input type="radio"/>	No más que lo habitual <input type="radio"/>	Algo más que lo habitual <input type="radio"/>	Mucho más que lo habitual <input type="radio"/>	No sabe <input type="radio"/>	No contesta <input type="radio"/>
7 ¿Ha sido capaz de disfrutar de sus actividades normales de cada día?	Más que lo habitual <input type="radio"/>	Igual que lo habitual <input type="radio"/>	Menos que lo habitual <input type="radio"/>	Mucho menos que lo habitual <input type="radio"/>	No sabe <input type="radio"/>	No contesta <input type="radio"/>
8 ¿Ha sido capaz de hacer frente adecuadamente a sus problemas?	Más capaz que lo habitual <input type="radio"/>	Igual que lo habitual <input type="radio"/>	Menos capaz que lo habitual <input type="radio"/>	Mucho menos capaz que lo habitual <input type="radio"/>	No sabe <input type="radio"/>	No contesta <input type="radio"/>
9 ¿Se ha sentido poco feliz o deprimido?	No, en absoluto <input type="radio"/>	No más que lo habitual <input type="radio"/>	Algo más que lo habitual <input type="radio"/>	Mucho más que lo habitual <input type="radio"/>	No sabe <input type="radio"/>	No contesta <input type="radio"/>
10 ¿Ha perdido confianza en si mismo?	No, en absoluto <input type="radio"/>	No más que lo habitual <input type="radio"/>	Algo más que lo habitual <input type="radio"/>	Mucho más que lo habitual <input type="radio"/>	No sabe <input type="radio"/>	No contesta <input type="radio"/>
11 ¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?	No, en absoluto <input type="radio"/>	No más que lo habitual <input type="radio"/>	Algo más que lo habitual <input type="radio"/>	Mucho más que lo habitual <input type="radio"/>	No sabe <input type="radio"/>	No contesta <input type="radio"/>
12 ¿Se siente razonablemente feliz considerando todas las circunstancias?	Más que lo habitual <input type="radio"/>	Igual que lo habitual <input type="radio"/>	Menos que lo habitual <input type="radio"/>	Mucho menos que lo habitual <input type="radio"/>	No sabe <input type="radio"/>	No contesta <input type="radio"/>

SALUD MENTAL	
<p>SN19 En el último mes, ¿ha tenido algún problema emocional o nervioso?</p>	<p>Sí.....1 No.....2 No sabe.....8 No contesta.....9</p> <p style="text-align: right;">→ a SN25a</p>
<p>SN20 En el último mes, ¿ha realizado una consulta para diagnosticar o tratar éste o algún otro problema emocional o nervioso? (G-S)</p>	<p>Sí, realizó una consulta o tratamiento.....1 No realizó consulta ni tratamiento.....2 No sabe.....8 No contesta.....9</p> <p style="text-align: right;">→ a SN24</p>
<p>SN21 La consulta o el tratamiento que ha realizado en el último mes debido a problemas emocionales o nerviosos, ¿la realizó con un(G-M)</p>	<p>1 psicólogo? Sí1 No....2 No sabe....8 No contesta....9 2 médico psiquiatra? Sí1 No....2 No sabe....8 No contesta....9 3 médico clínico? Sí1 No....2 No sabe....8 No contesta....9 4 médico de otra especialidad? Sí1 No....2 No sabe....8 No contesta....9</p>
<p>SN22 ¿Dónde realizó la consulta o tratamiento (la última consulta si hizo más de una)? (G-S)</p>	<p>En un centro de salud o sala de salud (público).....1 En un consultorio de un hospital público..... 2 En la sala de guardia de un hospital público..... 3 En un consultorio del Programa Cobertura Porteña de Salud / Plan Médicos de Cabecera del GCBA.....4 En un establecimiento de obra social..... 5 En un establecimiento privado.....6 En un consultorio particular.....7 En otro lugar..... 9 (especificar) _____</p>

<p>SN23 La consulta o el tratamiento que ha realizado en el último mes debido a problemas emocionales o nerviosos, ¿incluyó el uso de psicofármacos? (por ejemplo tranquilizantes, pastillas para dormir, antidepresivos, ansiolíticos, antipsicóticos, estabilizadores del ánimo) (E-S)</p>	<p>Sí..... 1 → a SN25b No..... 2 No sabe..... 8 → a SN25a No contesta..... 9</p>
<p>SN24 ¿Por qué motivo no consultó ni hizo tratamiento? (indique el motivo principal) (G-S)</p>	<p>El problema no le parecía tan importante..... 1 Quiso esperar y ver si el problema mejoraba por si solo... 2 No cree que un profesional pueda ayudarlo..... 3 Desconocía dónde ir..... 4 El lugar de atención queda muy lejos..... 5 Falta de tiempo..... 6 Falta de dinero..... 7 No lo cubría la obra social o prepaga..... 8 Pidió turno y todavía no lo atendieron..... 9 Pidió turno pero no fue porque demoraba mucho tiempo..... 10 Pidió turno pero no había..... 11 Otra razón (especificar)..... 12 _____ No sabe..... 88 No contesta..... 99</p>
<p>SN25a ¿Alguna vez tomó medicamentos, como tranquilizantes, pastillas para dormir, antidepresivos, ansiolíticos, antipsicóticos (Valium, Lexotanil, Alplax, Rivotril o similares), estabilizadores del ánimo?</p>	<p>Sí..... 1 No..... 2 No sabe..... 8 → a SN26a No contesta..... 9</p>
<p>SN25b Esos medicamentos, como tranquilizantes, pastillas para dormir, antidepresivos, ansiolíticos, antipsicóticos, estabilizadores del ánimo, ¿los tomó... (G-S)</p>	<p>con receta de un médico?..... 1 por su cuenta?..... 2 No sabe..... 8 → a SN25d No contesta..... 9</p>
<p>SN25c ¿Quién se los recetó? (G-S)</p>	<p>Médico psiquiatra..... 1 → a SN26a Médico clínico..... 2 Médico de otra especialidad..... 3 No sabe..... 8 No contesta..... 9</p>

SN25d	¿Esos medicamentos, como tranquilizantes, pastillas para dormir, antidepresivos, ansiolíticos, antipsicóticos, estabilizadores del ánimo, los ha tomado en los últimos 12 meses?	Sí..... 1 No 2 No sabe 8 No contesta 9	} → a SN25f
SN25e	¿Esos medicamentos, como tranquilizantes, pastillas para dormir, antidepresivos, ansiolíticos, antipsicóticos, estabilizadores del ánimo, los ha tomado en los últimos 30 días?	Sí..... 1 No 2 No sabe 8 No contesta 9	
SN25f	¿Alguna vez el consumo de una o varias de las sustancias mencionadas le ha traído problemas o consecuencias en su salud, en su educación, en su vida laboral, en su vida social o en su vida familiar?	Sí..... 1 No 2 No sabe 8 No contesta 9	
SN26a	¿Ha fumado usted cigarrillos alguna vez en la vida?	Sí..... 1 No 2 No sabe 8 No contesta 9	} → a SN27a
SN26b	¿Ha fumado algún cigarrillo en los últimos 12 meses?	Sí..... 1 No 2 No sabe 8 No contesta 9	} → a SN26d
SN26c	¿Ha fumado algún cigarrillo en los últimos 30 días?	Sí..... 1 No 2 No sabe 8 No contesta 9	
SN26d	¿Alguna vez el consumo de esta sustancia mencionada le ha traído problemas o consecuencias en su salud, en su educación, en su vida laboral, en su vida social o en su vida familiar?	Sí..... 1 No 2 No sabe 8 No contesta 9	
SN27a	¿Ha consumido alguna bebida alcohólica, como por ejemplo vino, cerveza, whisky, fernet o similares, alguna vez en la vida?	Sí..... 1 No 2 No sabe 8 No contesta 9	} → a SN28a

<p>SN27b ¿Ha tomado alguna de estas bebidas alcohólicas en los últimos 12 meses?</p>	<p>Sí..... 1 No..... 2 No sabe 8 No contesta 9</p>	<p>→ a SN27d</p>
<p>SN27c ¿Ha tomado alguna de estas bebidas alcohólicas en los últimos 30 días?</p>	<p>Sí..... 1 No..... 2 No sabe 8 No contesta 9</p>	
<p>SN27d ¿Alguna vez el consumo de esta sustancia mencionada le ha traído problemas o consecuencias en su salud, en su educación, en su vida laboral, en su vida social o en su vida familiar?</p>	<p>Sí..... 1 No..... 2 No sabe 8 No contesta 9</p>	
<p>SN28a ¿Alguna vez probó marihuana?</p>	<p>Sí..... 1 No..... 2 No sabe 8 No contesta 9</p>	<p>→ a SN29a</p>
<p>SN28b ¿Ha consumido marihuana en los últimos 12 meses?</p>	<p>Sí..... 1 No..... 2 No sabe 8 No contesta 9</p>	<p>→ a SN28d</p>
<p>SN28c ¿Ha consumido marihuana en los últimos 30 días?</p>	<p>Sí..... 1 No..... 2 No sabe 8 No contesta 9</p>	
<p>SN28d ¿Alguna vez el consumo de esta sustancia mencionada le ha traído problemas o consecuencias en su salud, en su educación, en su vida laboral, en su vida social o en su vida familiar?</p>	<p>Sí..... 1 No..... 2 No sabe 8 No contesta 9</p>	
<p>SN29a ¿Alguna vez probó cocaína?</p>	<p>Sí..... 1 No..... 2 No sabe 8 No contesta 9</p>	<p>→ a SN30a</p>

SN31c	¿Ha consumido inhalables en los últimos 30 días?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe 8 No contesta 9	
SN31d	¿Alguna vez el consumo de esta sustancia mencionada le ha traído problemas o consecuencias en su salud, en su educación, en su vida laboral, en su vida social o en su vida familiar?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe 8 No contesta 9	
SN32a	¿Alguna vez probó éxtasis u otras drogas de diseño?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe 8 No contesta 9	→ a SN33a
SN32b	¿Ha consumido éxtasis u otras drogas de diseño en los últimos 12 meses?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe 8 No contesta 9	→ a SN32d
SN32c	¿Ha consumido éxtasis u otras drogas de diseño en los últimos 30 días?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe 8 No contesta 9	
SN32d	¿Alguna vez el consumo de esta sustancia mencionada le ha traído problemas o consecuencias en su salud, en su educación, en su vida laboral, en su vida social o en su vida familiar?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe 8 No contesta 9	
SN33a	¿Alguna vez consumió alucinógenos? (como LSD, ácido, ketamina u otros)	Sí..... 1 No..... 2 No sabe 8 No contesta 9	→ a SN34a
SN33b	¿Ha consumido alucinógenos en los últimos 12 meses?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe 8 No contesta 9	→ a SN33d
SN33c	¿Ha consumido alucinógenos en los últimos 30 días?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe 8 No contesta 9	

SN29b	¿Ha consumido cocaína en los últimos 12 meses?	Sí..... 1 No 2 No sabe 8 No contesta 9	→ a SN29d
SN29c	¿Ha consumido cocaína en los últimos 30 días?	Sí..... 1 No 2 No sabe 8 No contesta 9	
SN29d	¿Alguna vez el consumo de esta sustancia mencionada le ha traído problemas o consecuencias en su salud, en su educación, en su vida laboral, en su vida social o en su vida familiar?	Sí..... 1 No 2 No sabe 8 No contesta 9	
SN30a	¿Alguna vez probó paco o pasta base?	Sí..... 1 No 2 No sabe 8 No contesta 9	→ a SN31a
SN30b	¿Ha consumido paco o pasta base en los últimos 12 meses?	Sí..... 1 No 2 No sabe 8 No contesta 9	→ a SN30d
SN30c	¿Ha consumido paco o pasta base en los últimos 30 días?	Sí..... 1 No 2 No sabe 8 No contesta 9	
SN30d	¿Alguna vez el consumo de esta sustancia mencionada le ha traído problemas o consecuencias en su salud, en su educación, en su vida laboral, en su vida social o en su vida familiar?	Sí..... 1 No 2 No sabe 8 No contesta 9	
SN31a	¿Alguna vez probó sustancias como pegamento o similares para inhalar o aspirar?	Sí..... 1 No 2 No sabe 8 No contesta 9	→ a SN32a
SN31b	¿Ha consumido inhalables en los últimos 12 meses?	Sí..... 1 No 2 No sabe 8 No contesta 9	→ a SN31d

SN31c	¿Ha consumido inhalables en los últimos 30 días?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe 8 No contesta 9	
SN31d	¿Alguna vez el consumo de esta sustancia mencionada le ha traído problemas o consecuencias en su salud, en su educación, en su vida laboral, en su vida social o en su vida familiar?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe 8 No contesta 9	
SN32a	¿Alguna vez probó éxtasis u otras drogas de diseño?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe 8 No contesta 9	→ a SN33a
SN32b	¿Ha consumido éxtasis u otras drogas de diseño en los últimos 12 meses?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe 8 No contesta 9	→ a SN32d
SN32c	¿Ha consumido éxtasis u otras drogas de diseño en los últimos 30 días?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe 8 No contesta 9	
SN32d	¿Alguna vez el consumo de esta sustancia mencionada le ha traído problemas o consecuencias en su salud, en su educación, en su vida laboral, en su vida social o en su vida familiar?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe 8 No contesta 9	
SN33a	¿Alguna vez consumió alucinógenos? (como LSD, ácido, ketamina u otros)	Sí..... 1 No..... 2 No sabe 8 No contesta 9	→ a SN34a
SN33b	¿Ha consumido alucinógenos en los últimos 12 meses?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe 8 No contesta 9	→ a SN33d
SN33c	¿Ha consumido alucinógenos en los últimos 30 días?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe 8 No contesta 9	

SN33d ¿Alguna vez el consumo de esta sustancia mencionada le ha traído problemas o consecuencias en su salud, en su educación, en su vida laboral, en su vida social o en su vida familiar?	Sí..... 1 No 2 No sabe 8 No contesta 9					
SN34a ¿Alguna vez consumió opiáceos o anestésicos? (como heroína, codeína, klosidol u otros)	Sí..... 1 No 2 No sabe 8 No contesta 9					
SN34b ¿Ha consumido opiáceos en los últimos 12 meses?	Sí..... 1 No 2 No sabe 8 No contesta 9					
SN34c ¿Ha consumido opiáceos en los últimos 30 días?	Sí..... 1 No 2 No sabe 8 No contesta 9					
SN34d ¿Alguna vez el consumo de esta sustancia mencionada le ha traído problemas o consecuencias en su salud, en su educación, en su vida laboral, en su vida social o en su vida familiar?	Sí..... 1 No 2 No sabe 8 No contesta 9					
Visitas para completar los cuestionarios						
Visita Nº	Fecha	Hora	Código	Hogar*	Individual*	Observaciones
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
*Marque con una X						
DATOS						
TEL. ¿Podría usted proveer un número de teléfono de contacto por si es necesario confirmar o clarificar alguna de las preguntas? Teléfono fijo: _____ Teléfono móvil: _____						
FIN DEL CUESTIONARIO						

SN33d ¿Alguna vez el consumo de esta sustancia mencionada le ha traído problemas o consecuencias en su salud, en su educación, en su vida laboral, en su vida social o en su vida familiar?	Sí..... 1 No 2 No sabe 8 No contesta 9					
SN34a ¿Alguna vez consumió opiáceos o anestésicos? (como heroína, codeína, klosidol u otros)	Sí..... 1 No 2 No sabe 8 No contesta 9					
SN34b ¿Ha consumido opiáceos en los últimos 12 meses?	Sí..... 1 No 2 No sabe 8 No contesta 9					
SN34c ¿Ha consumido opiáceos en los últimos 30 días?	Sí..... 1 No 2 No sabe 8 No contesta 9					
SN34d ¿Alguna vez el consumo de esta sustancia mencionada le ha traído problemas o consecuencias en su salud, en su educación, en su vida laboral, en su vida social o en su vida familiar?	Sí..... 1 No 2 No sabe 8 No contesta 9					
Visitas para completar los cuestionarios						
Visita Nº	Fecha	Hora	Código	Hogar*	Individual*	Observaciones
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
*Marque con una X						
DATOS						
TEL. ¿Podría usted proveer un número de teléfono de contacto por si es necesario confirmar o clarificar alguna de las preguntas? Teléfono fijo: _____ Teléfono móvil: _____						
FIN DEL CUESTIONARIO						

Impreso en Buenos Aires

En Abril de 2015

