

## **Informe sobre *Consultas de Ira vez a salud mental en Centros de Salud de la SSP de Rosario durante el período Junio - Noviembre de 2011.***

**Rosario, Junio de 2012.**

### **Reseña Introdutoria**

Frente a la ausencia de información sistematizada sobre la situación de Salud Mental, particularmente en el ámbito de las intervenciones en el primer nivel de atención de la red de Salud Pública Municipal, la Comisión de Epidemiología en Salud Mental definió como prioridad abordar el problema de la falta de registros sobre el trabajo realizado por los profesionales de la Salud Mental de Atención Primaria de la Salud.

Luego de recuperar experiencias previas vinculadas al tema (experiencias locales, en distintos lugares y momentos) se elaboró un *instrumento de registro* para ser utilizado en la *primera consulta con Salud Mental en los Centros de Atención Primaria de la Salud de la Red Municipal*.

En principio se definió como período de prueba los meses de noviembre y diciembre de 2010.<sup>1</sup> La revisión posterior a esta *primera etapa* de registro, permitió la continuación de la experiencia en una *segunda etapa* de realización, en curso actualmente.

Los datos registrados corresponden a la población que demanda atención en los Centros de Salud de la Secretaría de Salud Pública municipal.

El análisis de los datos registrados en el instrumento permitió producir la siguiente información sobre los consultantes:

- Características demográficas y aproximación a la situación socio-económica y educativa
- Motivo de consulta inicial
- Movilidad de los usuarios en la Red Sanitaria (derivaciones, articulación de estrategia asistencial, origen de la consulta)
- Gravedad y urgencia de las consultas

---

<sup>1</sup> Se encuentra disponible el Informe correspondiente a dicho período, así como otras experiencias y productos de investigación en este ámbito.

- Georreferenciación de los casos

Para la clasificación de problemáticas de salud mental, se construyó un nomenclador *ad hoc* de motivos de consulta considerados prioritarios en cuanto a su frecuencia así como a sus implicancias sanitarias y sociales en base a la experiencia local (de distintos Centros de Salud de Atención Primaria). Este nomenclador ha sido revisado y modificado (luego de la primera etapa de la experiencia). Actualmente se considera necesario realizar modificaciones adicionales, sobre algunos aspectos de la herramienta de registro, tanto para facilitar la tarea de los profesionales notificantes como para mantener y aún enriquecer las posibilidades de producción de información a partir de la misma.

El informe que se presenta a continuación es el resultado de esta segunda etapa de *registro de primeras consultas*, que abarca los meses de junio a noviembre de 2011.

Esta experiencia de producción de información es un aporte que creemos importante en la perspectiva de aportar conocimiento sobre la realidad epidemiológica en el ámbito de la salud mental, signado históricamente por un déficit en tal sentido.

Consideramos que la misma resulta imprescindible para la cualificación y distribución de los recursos humanos y materiales en la red de salud municipal, así como también para la correcta planificación de las acciones sanitarias en el marco de la necesaria articulación de las mismas con los demás ámbitos del Estado.

Comisión de Epidemiología en Salud Mental, SSP, Rosario.

Junio de 2012.

## **Informe sobre *Consultas de Ira vez a salud mental en Centros de Salud de la SSP de Rosario durante el período Junio - Noviembre de 2011.***

### **Rosario, Junio de 2012.**

Este informe es producto de la experiencia de trabajo sostenido por la participación de profesionales de centros de salud de la SSP de Rosario, en el marco de la propuesta Comisión de Epidemiología en Salud Mental (CESM).<sup>2</sup>

Cargado y sistematización de datos, producción de información y elaboración del informe a cargo de Mario Chavero (Sistema Municipal de Epidemiología).

Se agradece la colaboración de Claudia Araya (Analista de Sistemas de Computación - Sistema Municipal de Epidemiología) en el cargado de datos, y de Carolina Costa (pasante de Estadística - Sistema Municipal de Epidemiología) en la elaboración de mapas de Georreferencia.

### **INTRODUCCIÓN**

Luego del Proyecto Piloto de análisis de “*Consultas de Ira vez a Centros de Salud de la SSP de Rosario durante el Período Noviembre - Diciembre de 2010*” y la elaboración del correspondiente informe (presentado en Jornadas de Epidemiología y SM, 13/05/11), que contemplaba el análisis de 20 Centros de Salud,<sup>3</sup> se continuó la recepción y cargado de notificaciones durante el período posterior, proceso en el que incorporan también otros centros. Si bien se había definido en primera instancia la fecha del 15/12/11 como momento de “corte” para constituir el universo de análisis, se decidió extender la misma hasta el 22/03/12 a fin de contar con un mayor volumen de notificaciones sobre el que realizar el análisis.

El *objetivo* del estudio fue conocer los motivos de consulta a Salud Mental más frecuentes y caracterizar la población de esos consultantes, en Centros de Salud Municipales de Rosario.

---

<sup>2</sup> CESM: Augsburger Cecilia,<sup>a</sup> Chavero Mario,<sup>d</sup> Danieli Débora,<sup>c</sup> Gastaldi María Gabriela,<sup>b</sup> Gerlero Sandra,<sup>a</sup> Labarrère Alvaro,<sup>b</sup> Márquez Ariana,<sup>b</sup> Müller Romina.<sup>b</sup>)

<sup>a</sup> Instituto de la Salud “Juan Lazarte”; <sup>b</sup> Centros de Salud, Secretaría de Salud Pública; <sup>c</sup> Dirección de Salud Mental, Secretaría de Salud Pública; <sup>d</sup> Sistema Municipal de Epidemiología, Secretaría de Salud Pública.

<sup>3</sup> R Coulin, LPLV, C. Casas, E. Maradona, S. Lucía, S. Martín, JM Roselló, E. Duarte, S. Mazza, Toba, J. Ugarte, J. Azurduy, D. Staffieri, 20 de Junio, C. Namuncurá, Emaús, R. Naranjo, L. Pasteur, Sur y Mangrullo.

Aspectos metodológicos: los datos registrados por los profesionales de los centros de salud participantes, en el instrumento de recolección para tal fin (Planilla de Registro de Primera Consulta a SM-PRPCSM, ver: Anexo 1), fueron informatizados en una hoja de cálculo Excel. Se procedió al análisis de los mismos produciendo la información volcada en este Informe.<sup>4</sup> A partir de la misma, continuando con la lógica de elaboración científica de conocimiento, se procedió a la discusión de los resultados y la definición de conclusiones, y reflexiones y recomendaciones.

Se presenta a continuación el análisis correspondiente al período *Junio-Noviembre de 2011*.

El presente informe se estructura en cuatro partes:

1ª PARTE. PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS (Pág. 3). Estos se organizan en cinco apartados:

I) Análisis general de las consultas y centros de salud participantes.

II) Características de la población consultante.

III) Análisis de las consultas según el *motivo de consulta*.

IV) Características de las consultas según gravedad, urgencia, resolución/continuidad e interacción con otros actores/instituciones.

V) Georreferencia.

2ª PARTE. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS (Pág. 39).

3ª PARTE. CONCLUSIONES (Pág. 47)

4ª PARTE. REFLEXIONES FINALES (Pág. 49).

ANEXOS (Pág. 52).

1. Instrumento de Registro de datos: PRPCSM

2. Instructivo para la recolección de datos

3. Nota enviada a los profesionales de C.S. previo al comienzo de esta etapa del estudio.

4. Nómina de Centros de Salud municipales de Rosario.

---

<sup>4</sup> La experiencia de producción de información en SM propuesta por la CESM fue registrada en un trabajo enviado a un concurso realizado por la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (DNSMA) del Ministerio de Salud de la Nación, en el año 2011. En dicho concurso se presentaron experiencias de todo el país, siendo seleccionada, junto con otras, para su próxima publicación.

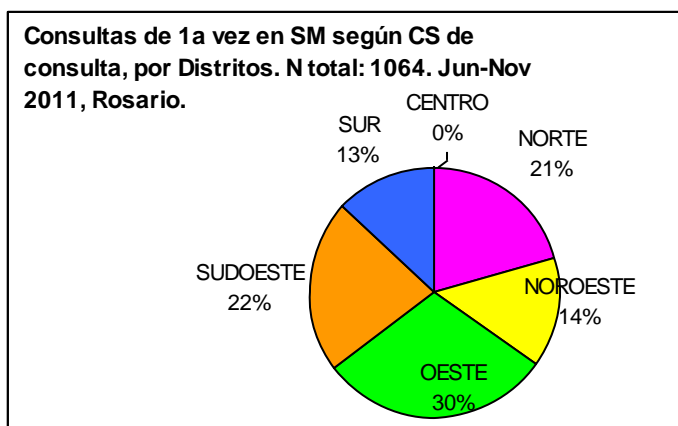
## **1ª PARTE. PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS.**

### **D) ANÁLISIS GENERAL DE LAS CONSULTAS Y CENTROS DE SALUD PARTICIPANTES<sup>5</sup>**

#### **I.1) Consultas según distrito<sup>6</sup>**

Se recibieron notificaciones de C.S. ubicados en 5 distritos: Norte, Noroeste, Oeste, Sudoeste y Sur. Las notificaciones de consultas se repartieron en orden decreciente: D. Oeste: 30%, D. Sudoeste: 22%, D. Norte: 21%, D. Noroeste: 14% y D. Sur: 13%. La participación de los Centros de Salud por cada uno de los Distritos no fue pareja en términos de proporción de centros participantes: para el D. Norte fue de 86%, para el D. Noroeste de 31%, para el D. Oeste de 64%, para el D. Sudoeste de 50%, y para el D. Sur de 57%.<sup>7</sup> Este hecho puede obedecer a distintos motivos, cuestión que se discutirá en la 2ª parte del informe.

#### **Gráfico 1.**



Fuente: elaboración propia en base a análisis de Planilla de Registro de Primera Consulta a SM (PRPCSM).

<sup>5</sup> Nota: en los casos en que en el gráfico no se aclare el n sobre el que se realiza el análisis, este corresponde al número total de consultas (1064). Fuente para todos los gráficos: elaboración propia en base a análisis de Planilla de Registro de Primera Consulta a SM (PRPCSM).

<sup>6</sup> Para el análisis de esta variable se empleó el Distrito correspondiente al *Centro de salud donde se realizó la consulta*, no el *domicilio del consultante* (lo cual se analizará debajo el apartado II.5.5 y en el V. -“Georreferencia”) aunque en su amplia mayoría coinciden.

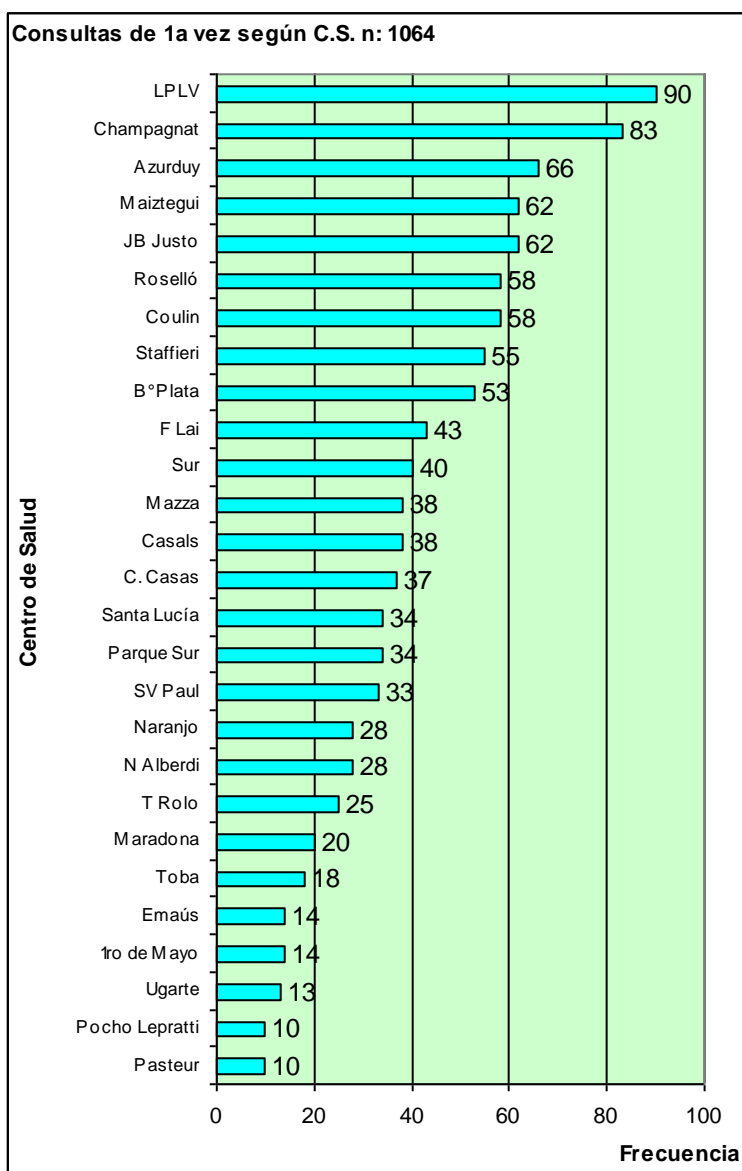
<sup>7</sup> Para este cálculo se contemplan en el denominador tanto los centros de salud como las Vecinales. La única Vecinal que participó en este período fue Vec. Parque Sur.

## I.2) Consultas según Centro de Salud donde se realizó.

En este período (Junio - Noviembre 2011) se notificaron consultas desde 27 Centros de Salud.

Esta variable fue registrada en la totalidad de los casos. El número total de casos registrados/notificados sobre el que se realizó el análisis es de 1064.<sup>8</sup>

Gráfico 2.



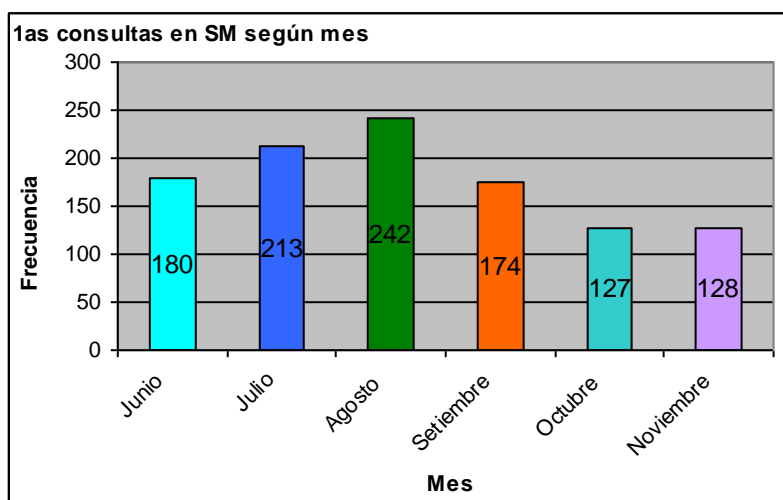
Fuente: elaboración propia en base a análisis de PRPCSM.

<sup>8</sup> Se eliminaron 21 registros que estaban repetidos (notificados más de una vez).

### I.3) Consultas según mes

Las consultas se registraron en todos los meses del período analizado. La mayor frecuencia se produjo en Agosto (22.74%), luego Julio (20.03%), Junio (16.91%), Setiembre (16.35%), Noviembre (12.03%) y Octubre (11.94%).

Gráfico 3.



Fuente: elaboración propia en base a análisis de PRPCSM.

### I.4) Consultas en SM de 1ra vez o previas

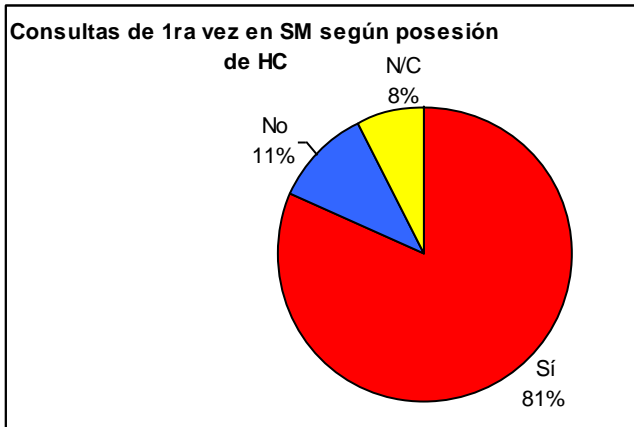
El 77.6% de las consulta realizadas (notificadas)<sup>9</sup> fue de 1ra vez, mientras que en el 17.3% de los casos se verificó una consulta previa del consultante a dicho CS pero en esos casos se consideró que no guardaba relación con el momento o situación de la consulta actual. No se consignó esta variable (N/C) en un 5.1% de las consultas.

### I.5) Consultas en SM según “adscripción” al CS (existencia de HC al momento de la consulta).

Un 81.6% de los consultantes estaban adscriptos al CS (de los cuales se desconocía el n° de HC en un 3.4%); un 10.9% no tenían HC, no estando consignado este dato en 7.5% de las consultas.

<sup>9</sup> Vale recordar una vez más que en este estudio se contemplan únicamente las consultas de 1ª vez, y no todas las consultas que son evacuadas por los profesionales de la salud mental.

Gráfico 4.

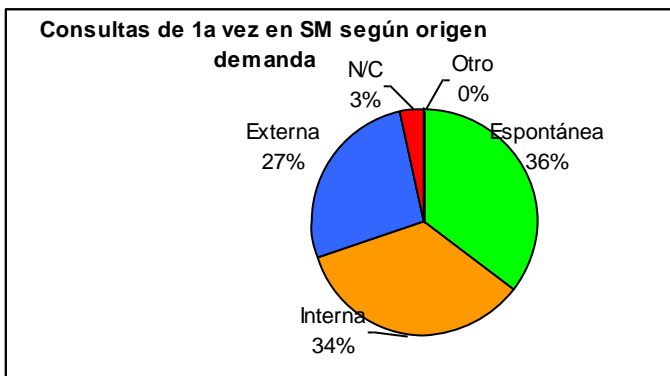


Fuente: elaboración propia en base a análisis de PRPCSM.

#### I.6) Consultas en SM según origen de la demanda

La mayor parte de las consultas (69%) se generaron en el propio CS, ya sea mediante consulta espontánea (35%) o por derivación interna de otro profesional/sector del CS (34%). En un 28% la consulta se originó por derivación/indicación “externa” proveniente de otras instituciones (escuelas, hospitales, Poder Judicial, etc.), entre las que prevalece la derivación desde Hospitales Públicos (Municipales y Provinciales) que representa la mitad del total de este grupo. No se consignó este dato en un 3% de los registros.

Gráfico 5.



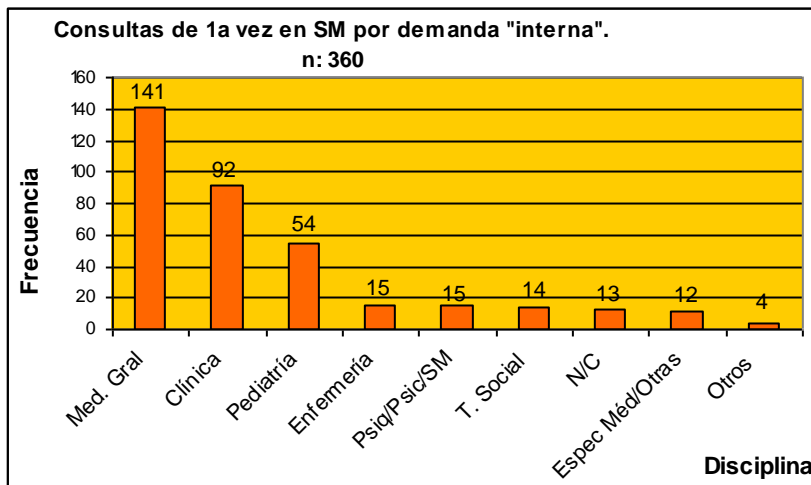
Fuente: elaboración propia en base a análisis de PRPCSM.



### I.6.1) Consultas en SM según demanda interna

La gran mayoría de las consultas de origen “interno” fueron a partir de pedidos/derivaciones de medicina general (39,2%) y de clínica médica (26%), sumando entre ambos casi dos tercios del total (65%). Un 15% de las consultas fueron derivadas por pediatría, 4.16% por enfermería, y el mismo porcentaje por “psicología/psiquiatría/salud mental” del propio C.S. Trabajo Social fue el origen del 3.9% de las derivaciones, un 3.3% a partir de otras especialidades médicas o disciplinas de la salud, y un 1% “otros”. No se consignó esta categoría en un 3.61% de los casos de este grupo.

Gráfico 6.

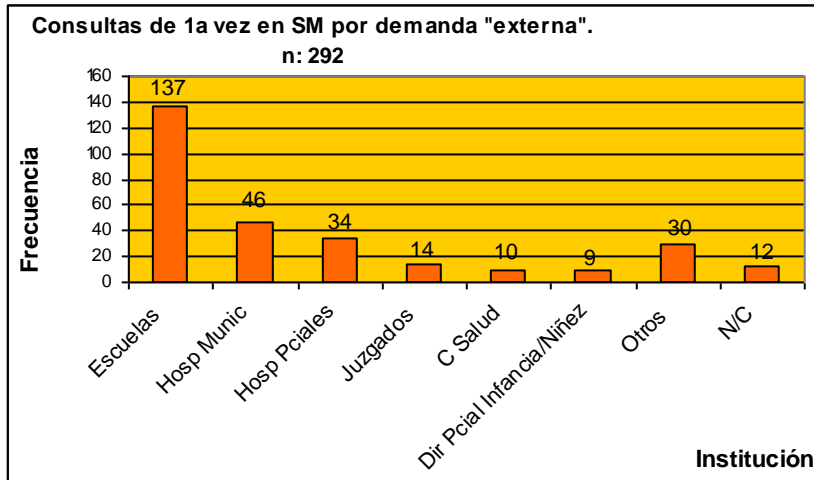


Fuente: elaboración propia en base a análisis de PRPCSM.

### I.6.2) Consultas en SM según demanda externa

La mayor cantidad de derivaciones “externas” provino de escuelas (46.91%). Los hospitales aportaron el 26% de este origen. Los hospitales municipales representaron el 11.3%, destacándose el H. Alberdi (12 casos), el HRSP (9 casos), HECA (8 casos), H.I. Carrasco (6 casos), HNVJV (5 casos), CEMAR (3 casos), M. Martin (2 casos), ILAR (1 caso). Los hospitales provinciales representaron el 17.7%, figurando entre ellos el CRSM A. Avila (15 casos), H. Provincial (6 casos), H.P. Oliveros (4 casos), H.N. Zona Norte (3 casos). También generaron derivaciones Juzgados, otros centros de salud, direcciones provinciales (Infancia y Niñez), entre otros.

Gráfico 7.



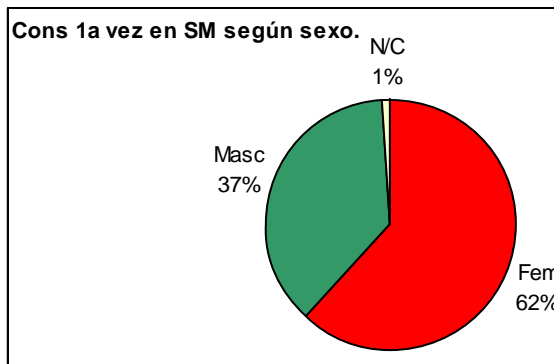
Fuente: elaboración propia en base a análisis de PRPCSM.

## II) CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN CONSULTANTE

### II.1) Consultas en SM según sexo

Casi dos tercios de las consultas (62 %) fueron realizadas por mujeres, y un tercio (37%) por varones, dando una razón mujer/hombre de **1.66:1**.

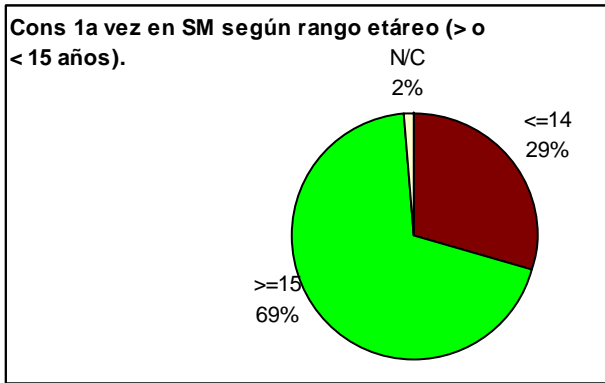
Gráfico 8.



Fuente: elaboración propia en base a análisis de PRPCSM.

### II.2) Consultas en SM según edad

Gráfico 9.

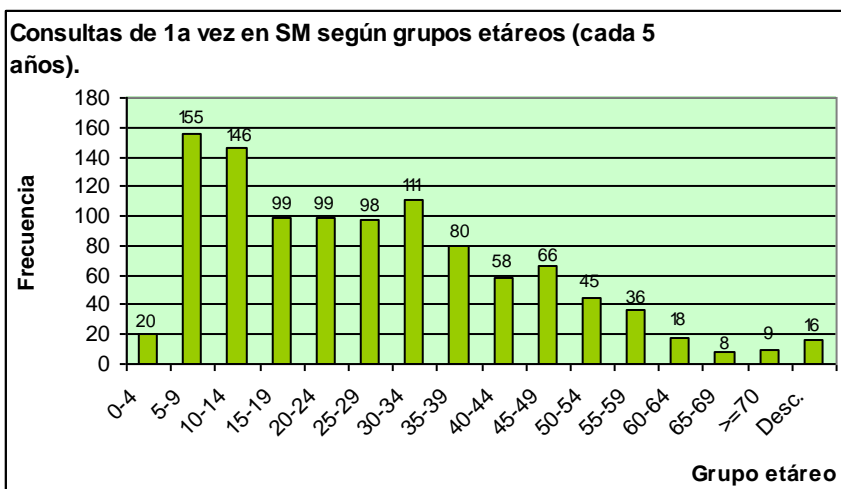


Fuente: elaboración propia en base a análisis de PRPCSM.

Consultas en SM según edad, distribuidos en grupos etéreos de 5 años sucesivos.

Distribuyendo los consultantes en grupos etéreos constituidos cada 5 años se observa una mayor frecuencia de consultas en niños/as y jóvenes: entre los grupos de 5-9 (15%) y 10-14 (14%) se concentraron el 29% de las consultas. También representaron una proporción importante los grupos de 15-19 (9.3%), 20-24 (9.3%), 25-29 (9.2%) y 30-34 (10.43%). A partir de esa edad se verificó un porcentaje algo menor para cada grupo etéreo: 35-39 (7.52%), 40-44 (5.45%), 45-49 (6.2%), 50-54 (4.23%), 55-59 (3.38%).

Gráfico 10.

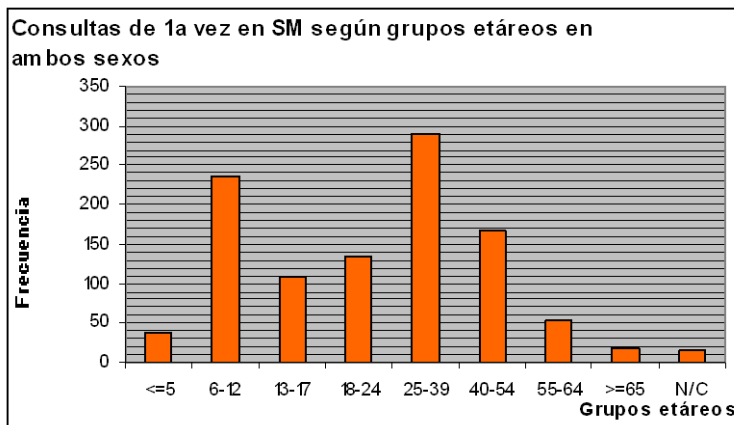


Fuente: elaboración propia en base a análisis de PRPCSM.

Consultas en SM según edad, con otra división de grupos etáreos.

Para analizar la población consultante según la *escolaridad/instrucción* y la *situación laboral* resultó útil construir otra distribución etárea en donde se contemplara la edad estipulada para los distintos momentos de la escolaridad. Aquí el interés se concentró en la etapa preescolar, y la escolaridad primaria y secundaria. Como puede apreciarse los grupos etáreos no están constituidos homogéneamente (ver debajo II.4 y II.5).

Gráfico 11.

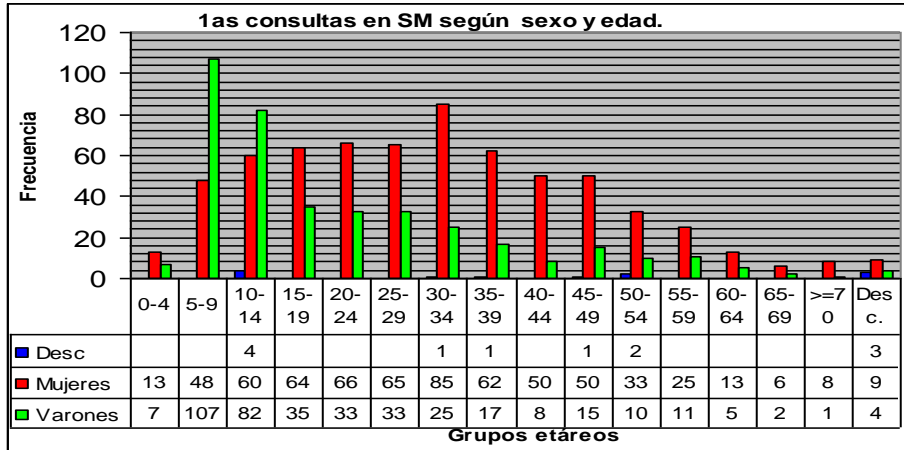


Fuente: elaboración propia en base a análisis de PRPCSM.

II.3) Consultas en SM según sexo y edad (Distribuidos en grupos etáreos de 5 años sucesivos y según sexo).

Se observó una mayor frecuencia de consultas femeninas para todos los grupos analizados con excepción del grupo de 5-9 años y de 10-14 años.

Gráfico 12.



Fuente: elaboración propia en base a análisis de PRPCSM.

#### II.4) Nivel de Instrucción de los consultantes

##### Consultantes según nivel de instrucción, edad y sexo.<sup>10</sup>

Hubo 16 registros en los que no se consignó la edad, ni fue posible recuperarla a través de otras fuentes (Sistema de Consultas Epidemiológicas).<sup>11</sup>

En el rango de niños y niñas **<=a 5 años** (n: 36) el 61.1% cursaba preescolar o jardín de infantes.

En el rango de etáreo de **6-12 años** (n: 239) prácticamente la totalidad 97.5% de las niñas y niños (con la edad consignada) tiene un nivel de escolaridad acorde a la edad (1° incompleto 87.44%, y el resto distribuidos entre las otras categorías). En este rango consultaron 2/3 de las consultas correspondieron a varones (64.3%) y 1/3 a mujeres (35.7%). Solo 1 caso (varón) no tenía instrucción, mientras que en 5 casos no estaba consignada esta variable. Al momento de la consulta estaba cursando la gran mayoría de este grupo etáreo (94.1%).

En el grupo de **13-17 años** (n: 109) se verificó un nivel de escolaridad acorde a la edad (categorías 1° Completo, 2° Incompleto y 2° Completo) en el 58.7% de los casos. Si le sumamos a dichas categorías las de 3° incompleto y educación especial (5 registros) esta proporción se

<sup>10</sup> Para analizar la variable *edad* en relación a variable *instrucción* se construyó otra distribución etárea: <=5 años, 6-12 años, 13-17 años, 18-24 años, 25-39 años, 40-54 años, 55-64 años, >=65 años.

<sup>11</sup> Con respecto a su nivel de instrucción se distribuyeron de la siguiente manera: 2 casos sin instrucción, 1 caso preescolar, 2 casos 1° incompleto, 2 casos 1° completo, 3 casos 1° incompleto, 1 caso 1° completo, 5 casos sin información (no consignados).

eleva a 63.3%. Un 34.9% no tenía un nivel de instrucción acorde a la edad (1° Incompleto). No estaba consignado el nivel de instrucción en 1 caso y asimismo se consignó como “sin instrucción” 1 caso. Al momento de la consulta estaba cursando el 76.1% de los consultantes 20.2% no lo estaba haciendo, y no se consignó en un 3.7% de los casos. Hubo un leve predominio de las consultas en mujeres (57.8%), y no existió diferencia en el nivel de cursado según sexo.

En el rango etáreo de **18-24 años** (n: 134) el 68.6% no ha terminado los estudios secundarios (nivel de escolaridad no acorde a la edad): de ellos un 22% no ha terminado escuela primaria, y un 44% no ha finalizado la escuela secundaria (de las categorías 1° incompleto, 1° completo, 2° incompleto y sin instrucción -n: 92- el 79.3% no estaba cursando al momento de la consulta. De estos últimos hay 14 consultantes de 18 años, de los cuales 6 se encontraban cursando, pudiendo considerarse estos como con instrucción acorde a la edad). El 26.1% había finalizado los estudios secundarios (2° completo, 3° incompleto y 3° completo).

En un 3.7% de los casos de este grupo no se consignó el nivel de instrucción. El 66.42% de los consultantes de este grupo fueron mujeres.

En el grupo etáreo de **25-39 años** (n: 290) un 63.8% no ha terminado estudios secundarios (16.2% no ha terminado la escolaridad primaria). Un 31.4% tiene un nivel de escolaridad acorde a la edad (secundaria completa y terciario completo o incompleto, universitario). También en este grupo hubo predominio de consultantes mujeres (73.1 %). En un 4.5% de los casos de este grupo no se consignó esta variable.

En el grupo etáreo de **40-54 años** (n: 168) el 20.83% tiene nivel de escolaridad acorde a la edad (secundaria completa, terciario o universitario, completo o incompleto). Un 73.21% no completó la instrucción secundaria (el 29.76% no completó la educación primaria). No se registró esta variable en el 6% de los casos. En este grupo el 79.2% de los consultantes fueron mujeres.

En grupo etáreo entre **55-64 años** (n: 54) solo el 16.6% tiene un nivel de escolaridad acorde a la edad. El 70.4% no completó la instrucción secundaria. No se registró esta variable en el 13% de los casos. En este grupo se verificó una proporción mayor en mujeres: 68% mujeres.

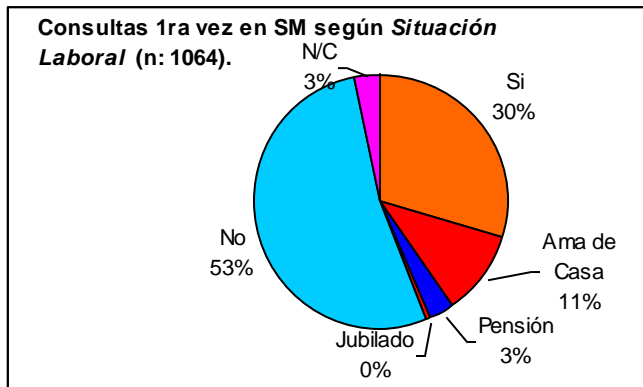
Se registraron sólo 8 casos en el grupo entre **65-69 años**, y 9 en el grupo  $\geq$  **70 años**.

## II.5) Situación laboral de los consultantes.<sup>12</sup>

### Total de los consultantes

Cuando se analiza la situación laboral es *necesario considerar la edad* de las personas. En el siguiente cuadro esta variable se analiza *sin* esta consideración, para el total de la población consultante, como una primera aproximación superficial a este tópico.

### Gráfico 13.



Fuente: elaboración propia en base a análisis de PRPCSM.

### II.5.1) Situación laboral según edad (mayores y menores).

De las 1064 consultas realizadas en el período, 664 (62.4%) fueron en mayores, 384 (36.1%) en menores y en 16 casos (1.5%) no se registró (ni se pudo recuperar) la edad del consultante.

#### Situación laboral en menores (<=17 años). N: 384

En el grupo de “menores” (concebido este como los consultantes hasta los 17 años inclusive para esta variable), la mayoría (369 casos, 96.1%) no realizaba actividad laboral al momento de la consulta. Un 2.9% (11 casos) refirió tener una actividad laboral inestable, y solo en 2 casos cobraba una pensión. Dos mujeres de 17 años fueron registradas como “ama de casa”. Los casos en menores en los cuales esta variable (situación laboral) no se consignó, fueron considerados como negativos (adjudicándose a la categoría “No corresponde”).

#### Situación laboral en mayores (>=18 años). N: 664.

<sup>12</sup> Para los menores de 18 años (<=17) los casos N/C (en blanco) correspondientes a esta variable se consideraron como negativos (“No corresponde”).

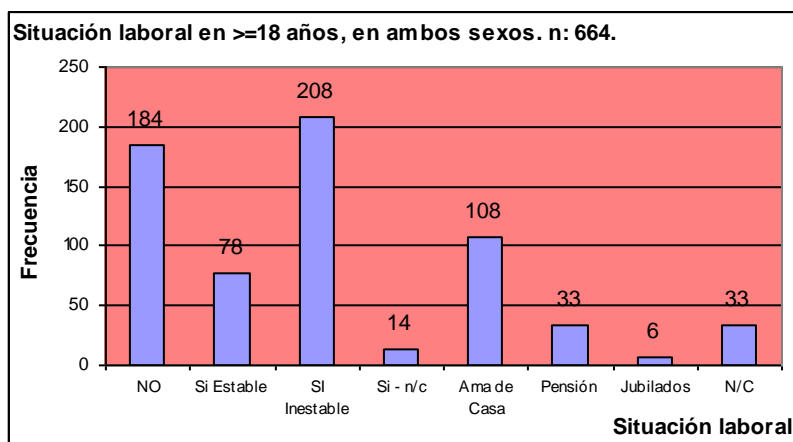
En este grupo (en edad laboral, mayores de 18 años) el 27.71% no tenía actividad laboral en el momento de la consulta, mientras que el 45.2% sí refirió tener trabajo. Entre los que tenían trabajo un 26% era de manera *estable* (78 casos) y 69.33% de manera *inestable* (208 casos); en 4.7% de los casos (14 registros) no se consignó si era estable o inestable.

Un 16.26% fue registrado como “ama de casa”. Si bien esta puede ser considerada actividad laboral, se analiza por separado pues no genera ingreso económico directo en el hogar, que es lo que se intenta analizar con la variable “situación laboral”.

El 4.97% de los consultantes de este grupo (664) cobraba una Pensión o algún tipo de Plan de Trabajo.

Los jubilados representaron el 0.9%, y en un 4.97% de los casos no se registró esta variable.

Gráfico 14.



Fuente: elaboración propia en base a análisis de PRPCSM.

#### Situación laboral en consultantes mayores (n: 664) según sexo.

El 73.2% de los casos (486 registros) fueron mujeres, 26% (173 registros) varones y en 5 casos (0.75%) no se consignó el sexo ni fue posible recuperarlo a partir de otras fuentes.

#### II.5.2) Situación laboral en mujeres mayores (>=18 años). n: 486

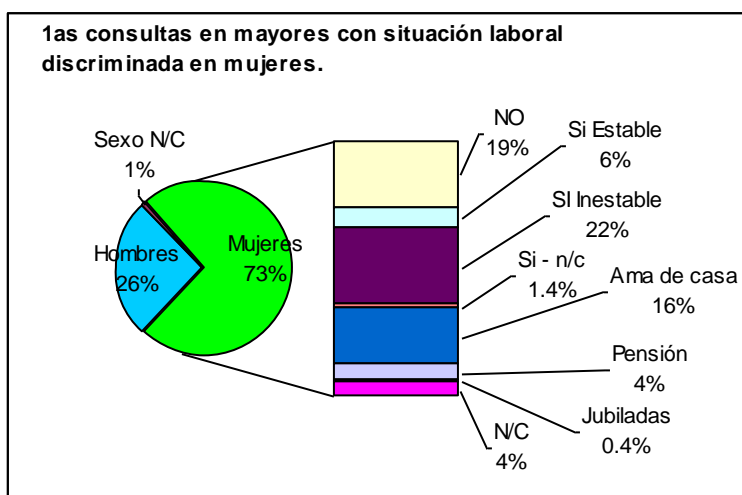
De estas el 26.3% no tenían trabajo al momento de la consulta, mientras que si lo tenía el 39.1% (el 29.4% inestable, 8.2% estable, y en 1.4% no se consignó si el trabajo era estable o inestable).



Se consignó como “ama de casa”<sup>13</sup> el 22% de las consultas de este grupo. Si al grupo de mujeres que no contaba con trabajo se agrega el de amas de casa, el porcentaje de mujeres que no contaban con trabajo (que generara un ingreso económico en el hogar) asciende a 48%.

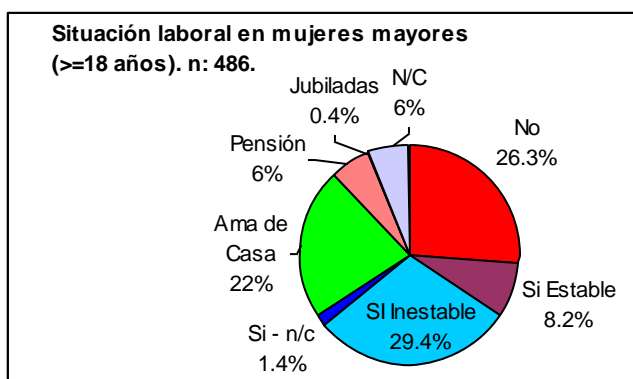
Cobran pension el 6% y se registró un 0.4% (2 casos) como “jubilada”. No fue registrada la situación laboral en 6% (29 casos) de este grupo.<sup>14</sup>

**Gráfico 15.**



Fuente: elaboración propia en base a análisis de PRPCSM.

**Gráfico 16.**



<sup>13</sup> Para este período se agregó al instrumento de notificación esta categoría.

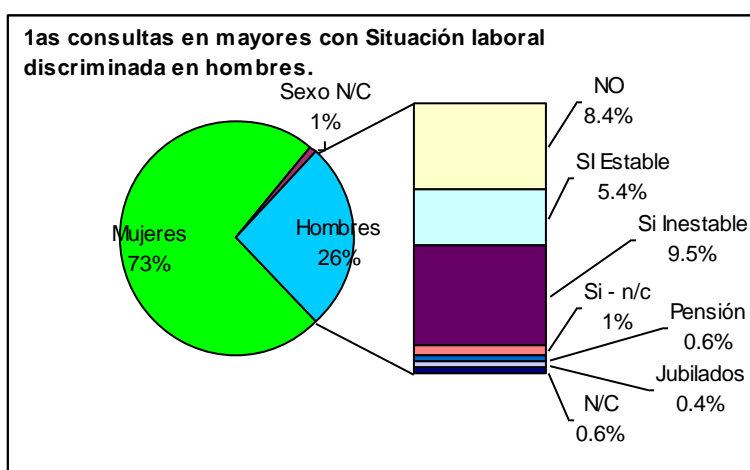
<sup>14</sup> Tanto en el Gráfico N° 15 como en el N° 17, los porcentajes desplegados en el subgráfico de barras expresan la proporción de cada categoría para el total de adultos de *ambos* sexos. Mientras en el Gráfico N° 16 y N° 18 los porcentajes expresan la proporción de cada una para el grupo del sexo correspondiente. De ahí la diferencia que se notará entre uno y otro.

Fuente: elaboración propia en base a análisis de PRPCSM.

### II.5.3) Situación laboral en hombres mayores ( $\geq 18$ años). N: 173.

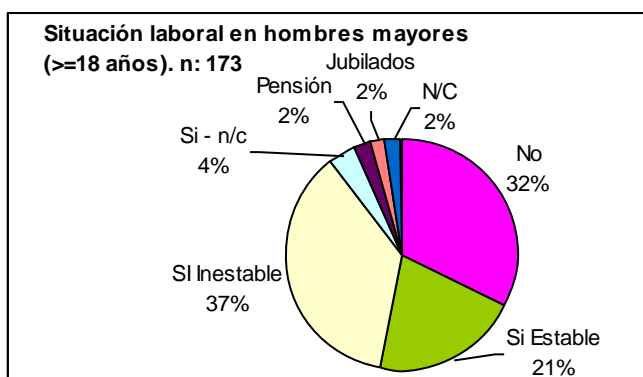
En este grupo no tenía trabajo el 32% de los consultantes, si tenía trabajo el 58% (estable el 21%, inestable el 37% y no se consignó si era estable o inestable el 4%). Cobraban pensión el 2% y un 2% se registró como Jubilado. En el 2% de este grupo no se registró esta variable.

Gráfico 17.



Fuente: elaboración propia en base a análisis de PRPCSM.

Gráfico 18.



Fuente: elaboración propia en base a análisis de PRPCSM.

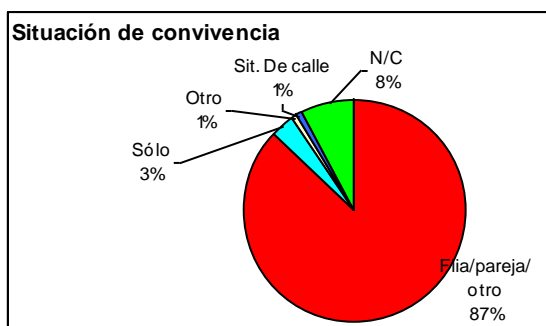
### II.5.4) Cobro de Tarjeta Ciudadana o Asignación Universal:

Cobran uno de estos beneficios 156 consultantes (14.6%), mientras no lo hacían 908 (95.33%). De los que cobraban, el 19.23% (30 registros) era menor de 18 años ( $\leq 17$ ).

#### II.5.5) Análisis de la existencia de convivientes.

Esta variable se consignó en el 92.2% de las notificaciones (981 casos). En el 87.31% se registró que el consultante convivía con alguien (familia/pareja/otros); en 34 casos que vivía sólo/a, 8 casos en situación de calle, 10 casos “otros” (personas viviendo en hogares, detenidas, etc.). No se registró esta variable en 7.8%.

Gráfico 19.

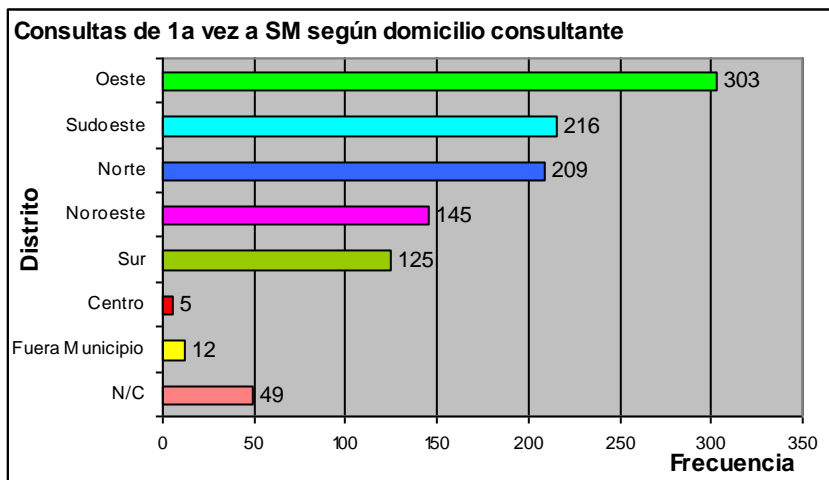


Fuente: elaboración propia en base a análisis de PRPCSM.

#### II.5.6) Consultas según Distrito (correspondiente a domicilio del consultante)

La mayoría de las consultas correspondieron a personas que vivían en el Distrito Oeste: 28.57%; los domiciliados en el D. Sudoeste representaron el 20.3%, en el D. Norte el 19.64%, en el D. Noroeste el 13.72%, en el D. Sur 11.75%, en el D. Centro 0.28% (3 casos). No se registró este dato (ni fue posible recuperarlo a través de otra fuente) en un 4.98%. Estaban domiciliados fuera del municipio un 0.75% de los consultantes.

Gráfico 20.



Fuente: elaboración propia en base a análisis de PRPCSM.

### II.5.7) Consultas con “acompañantes”

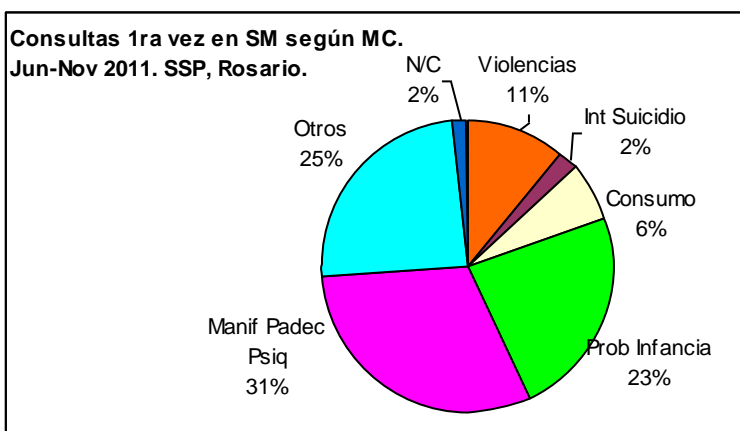
En 306 casos el consultante fue acompañado o llevado a la consulta por otra persona. Esto constituye el 28.76% de los registros totales. En la gran mayoría de estos casos el acompañante fue la madre (84.31%), y en algunos casos la abuela, la tía, hija, hermana, etc. Es interesante destacar que en un 94.12% de los casos el acompañante fue de sexo *femenino*, en un 5.55% fue masculino (mayoritariamente el padre-15 casos), y no se pudo determinar el sexo en 1 caso.

De los/as acompañantes trabajaban el 38.56%, no lo hacían el 18.95%, eran amas de casa el 28.1%, y cobraban pensión o jubilación el 4.6%. No se consignó esta variable en el 9.8% de los registros de este grupo.

### III) ANÁLISIS DE LAS CONSULTAS SEGÚN EL *MOTIVO DE CONSULTA*

Al analizar la totalidad de las consultas en ambos sexos y para todas las edades, la categoría más frecuente fue “manifestaciones de padecimiento psíquico” (327 registros). Luego “otros” (263 registros), “problemas de la infancia” (247 registros), “violencias” (118 registros), “consumo” (68 registros), “intento de suicidio” (24 registros), y no se consignó el motivo (N/C) en 17 casos.

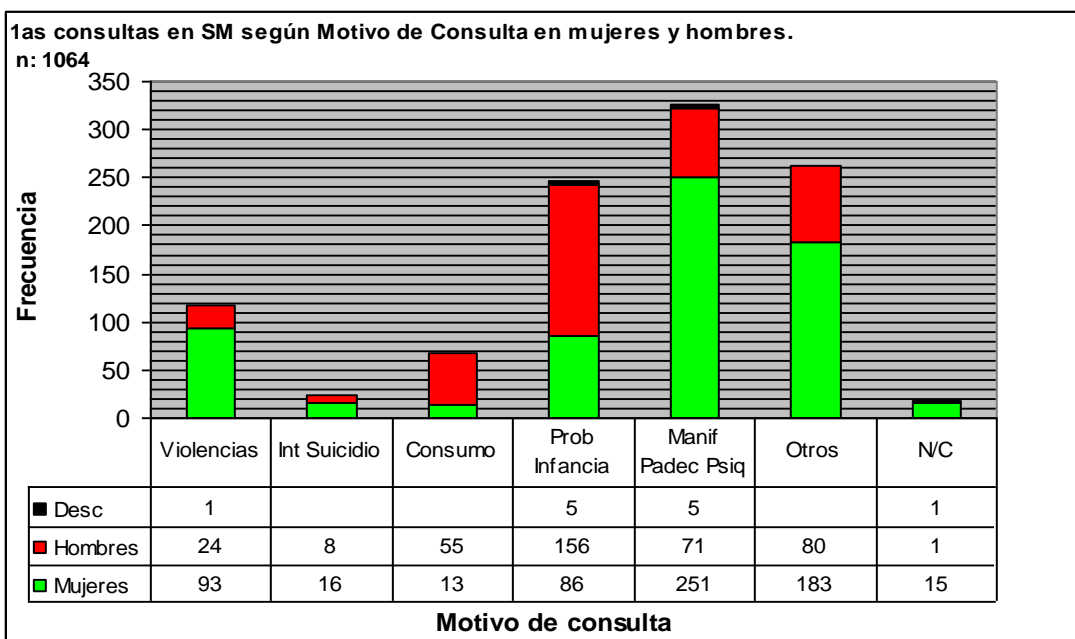
Gráfico 21.



Fuente: elaboración propia en base a análisis de PRPCSM.

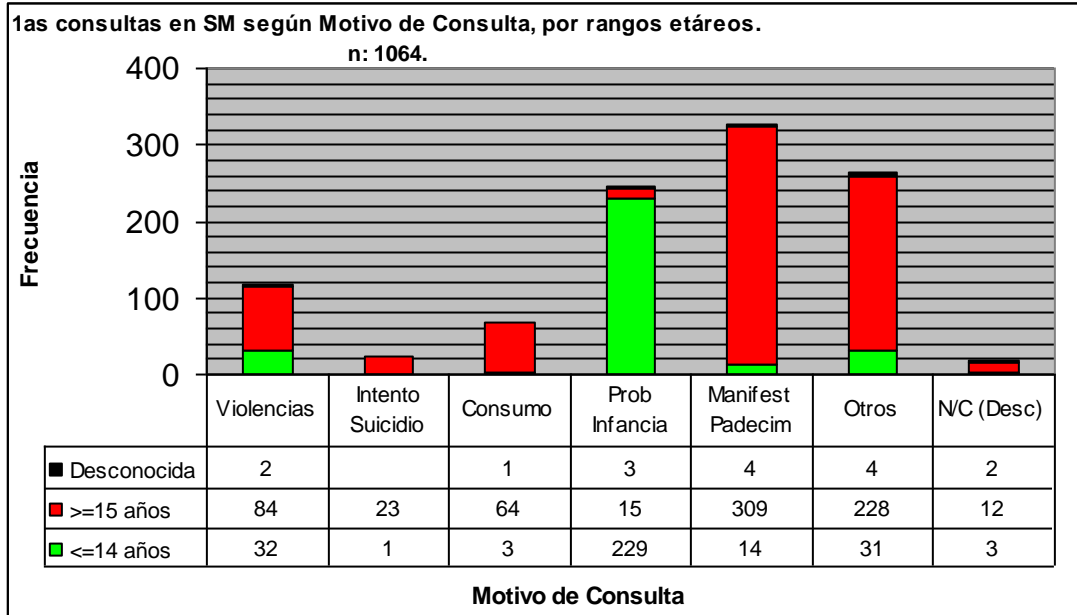
### III.1) Motivos de Consulta según edad y sexo

Gráfico 22.



Fuente: elaboración propia en base a análisis de PRPCSM.

Gráfico 23.



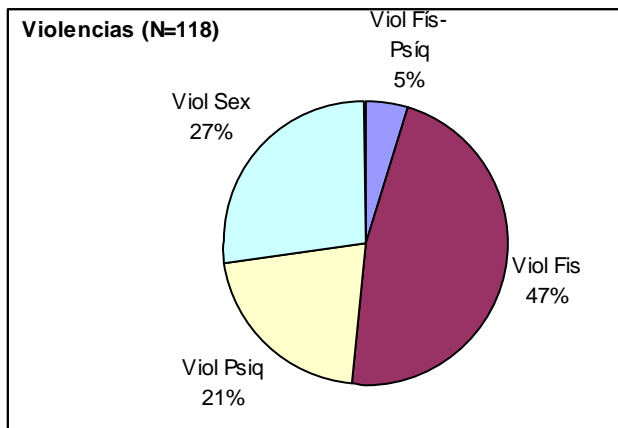
Fuente: elaboración propia en base a análisis de PRPCSM.

Los motivos de consulta que no se especifican (“Otros”) se presentan en mayor proporción en mujeres y en la población mayor de 15 años.

III.2) Motivos de consulta discriminados

III.2.1) Violencias (n: 118).

Gráfico 24.



Fuente: elaboración propia en base a análisis de PRPCSM.

De los casos registrados por “violencia”, el 46.61% fue “física”, el 21.19% fue “psíquica”, y el 27.12% fue “sexual”. El 4.91% (6 casos) fue registrado con ambas subcategorías (“física y psíquica”).

#### III.2.1.1) Violencia Física (n: 61)

Los casos registrados por violencia “física” fueron 55. En algunos casos se consignaron ambas formas de violencia (física y psíquica). Estos casos (n: 6), todos registrados en mujeres, se adjudicaron para el análisis al tipo violencia “física”, sumando en consecuencia 61 casos. De estos el 59% fue de tipo “pasivo” y el 34.43% fue “activo”. 6.56% fue consignado con ambas modalidades pasivo-activo (4 casos).

En cuanto al sexo, el 73.77% se produjeron en mujeres, siendo la forma predominante en éstas la *pasiva* (74.35%). El 24.59% de la violencia “física” se registró en hombres y en estos predominó la forma *activa* (80%).

El ambiente intrafamiliar fue el ámbito donde se registró la mayor proporción de consultas por las tres formas de violencia, tanto en las consultas realizadas por hombres como por mujeres, siendo de 83.05% para ambos sexos.

#### III.2.1.2) Violencia Psíquica

En el caso de las consultas por Violencia Psíquica (n: 25), el 80% se verificaron en mujeres (20), y la mayoría fue del tipo "pasiva" tanto en dicho sexo como para los hombres (80% en ambos sexos), mientras que el ámbito casi excluyente fue el “intrafamiliar”: 92% para ambos sexos.

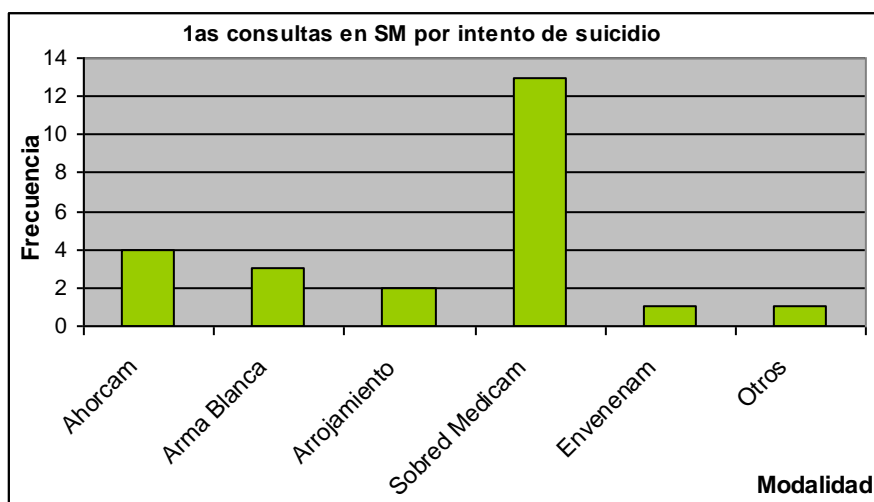
#### III.2.1.3) Violencia/abuso Sexual

Del total de casos notificados (n: 32) la gran mayoría se registró en mujeres (87.5%). Entre éstas 5 casos se produjeron en niñas de 6-12 años, 11 casos en niñas de 13-17 años, y 10 casos en mayores de 18 años. En niños 3 casos se registraron en el grupo de 6-12 años y 1 entre 13-17 años. Todos los casos notificados fueron de tipo “pasivo”.

### III.2.2) Intento de suicidio

De los 24 casos de intento de suicidio, 66.6% se produjeron en mujeres; de ellas la mayoría por "sobredosis" (75%). También 1 caso de envenenamiento, 1 de arma blanca y 1 de ahorcamiento. Entre los hombres (8 registros) 3 fueron por ahorcamiento, 2 por arma blanca, 2 por arrojamiento y 1 por sobredosis.

Gráfico 25.



Fuente: elaboración propia en base a análisis de PRPCSM.

38.1% de los casos en mayores (n: 21) no trabajaban en el momento del episodio.<sup>15</sup> 3 casos se registraron en menores (<=17 años).

Entre los C.S. donde se registró con mayor frecuencia este motivo figuraron el J.B. Justo (25%), el S.V. de Paul (16.7%), el T. Rolo y Staffieri (12.5% cada uno).

### III.2.3) Consumo de Sustancias

La mayoría de la consultas por uso de sustancias (n: 68) se registraron bajo la modalidad de "consumo": 56 (82.3%). 6 lo fueron por "intoxicación/sobredosis", y 5 consultas por "abstinencia". No se consignó la modalidad de consumo en 1 caso. 80.9% de las consultas por

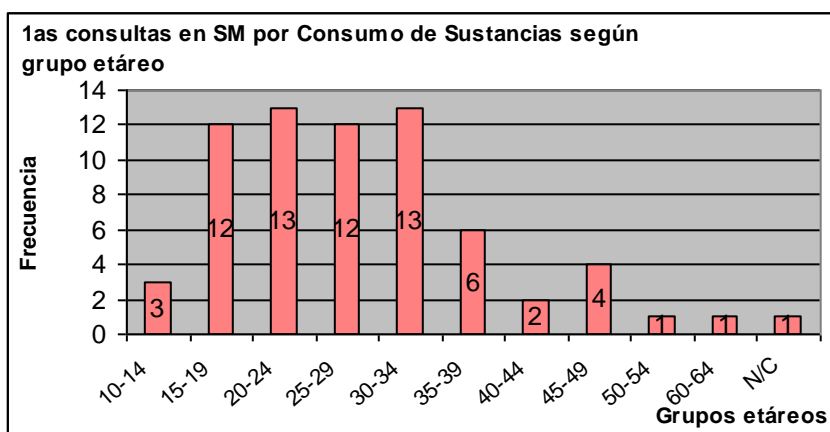
<sup>15</sup> En el momento de la consulta.



este motivo se produjeron en varones. 9 casos se registraron en menores de 18 años ( $\leq 17$  años), y de ellos 3 en menores de 15 años ( $\leq 14$  años).

La mayoría de los casos por este motivo se verificaron en jóvenes y adultos jóvenes: el 58.8% en menores de 29 años (80% si sumamos también el grupo de los 34-39 años).

Gráfico 26.

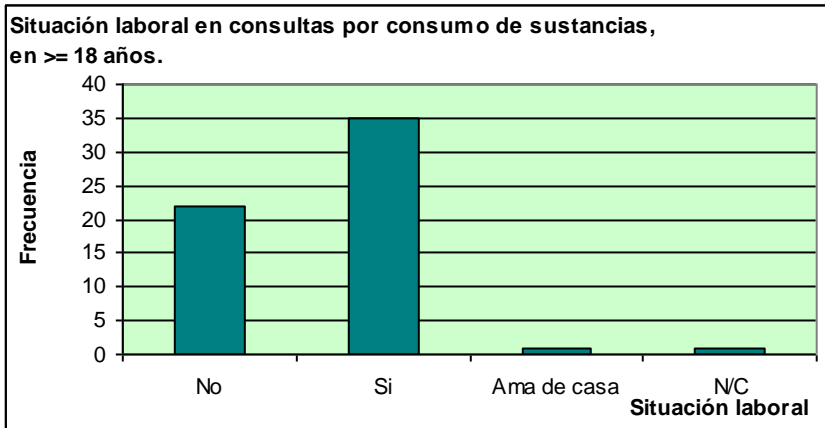


Fuente: elaboración propia en base a análisis de PRPCSM.

Al analizar este motivo según el C.S. el R. Coulin representó el 14.7%, el J.B. Justo el 10.3%, el Azurduy y el LPLV el 8.8% cada uno, y el Champagnat el 7.3%.

En cuanto a la situación laboral entre el grupo de consultantes por consumo de sustancias en personas de edad  $\geq 18$  años (n: 59) el 37.3% no tenía trabajo, el 59.3 % tenía trabajo (2/3 de ellos “inestable”). Un caso (1.7%) era ama de casa, y 1 caso situación laboral desconocida.

Gráfico 27.



Fuente: elaboración propia en base a análisis de PRPCSM.

Si se analizan las sustancias de consumo, en el 52.9% de los casos se registró consumo combinado de sustancias (principalmente cocaína con alcohol, y/o con marihuana, psicofármacos, disolventes volátiles, paco); la más frecuente como droga *única* fue la cocaína (23.5% de los casos), con algunos casos de consumo de alcohol (17.65%). Los casos de consumo de marihuana, disolventes volátiles y psicofármacos como sustancia/droga *única* fueron escasos: 2.9%, 1.5% y 1.5%, respectivamente.

#### III.2.4) **Problemáticas de la Infancia**

Se produjeron 247 consultas por "Problemáticas de la Infancia". De ellas, los "Problemas Escolares" representaron el 55.87%, los "Problemas de la subjetividad infantil" el 31.58%, y los "Problemas del Desarrollo Infantil" el 12.55%.

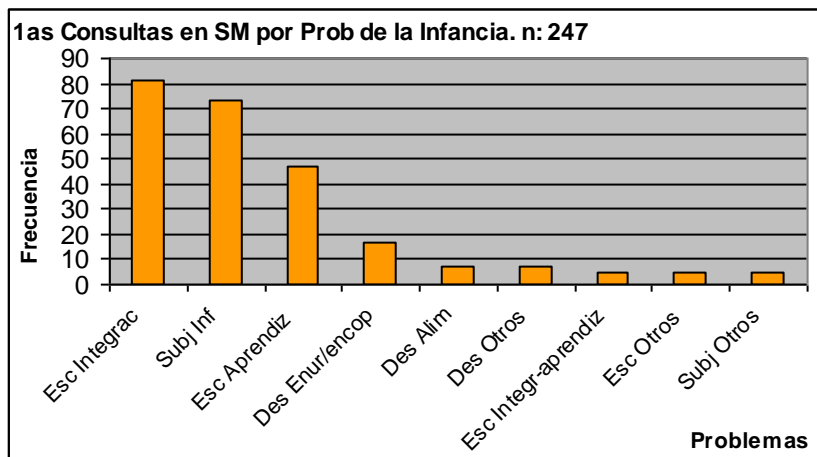
El 63.16% de las consultas de este grupo pertenecieron a varones y 34.82% a mujeres. En 2% de los casos no se consignó el sexo.

En cuanto a la edad, el 92.71% de estas consultas se dieron en menores de 15 años ( $\leq 15$  años) y el 6.07% en mayores de 15 años.

De los 247 casos, 10.53% fueron menores de 5 años ( $\leq 5$  años), el 79.35% entre 6-12 años. 7.69% se registraron en el grupo de 13-17 años. En 3 casos no se consignó la edad.

15 casos en  $\geq 15$  años; 3 casos en  $\geq 18$  años.

Gráfico 28.



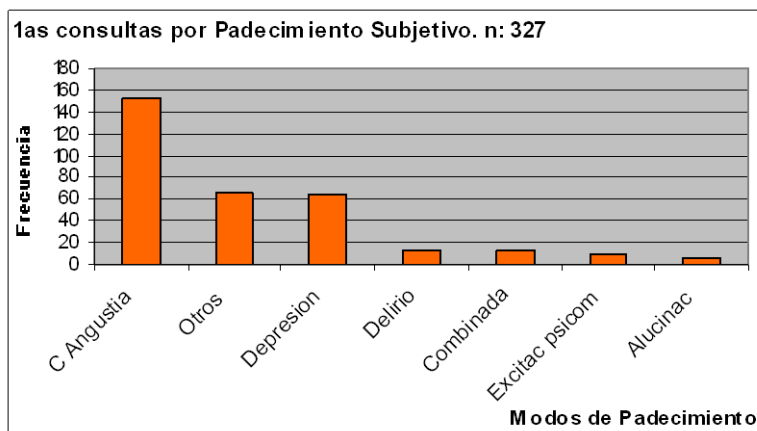
Fuente: elaboración propia en base a análisis de PRPCSM.

Los C.S que más registraron este motivo fueron R. Coulin (9%), Champagnat (8%), LPLV (7.3%), Staffieri y S. Lucía (7.3% cada uno), y Sur (6%), entre otros.

### III.2.5) Manifestaciones de Padecimiento Psíquico.

Dentro de este grupo de motivo de consultas (n: 327), el más frecuente fue “crisis de angustia” (46.79%), seguido por “otros” (20.49%),<sup>16</sup> “depresión” (19.88%), “delirio” (3.98%), “combinado” (alucinación + delirio: 3.98%), “excitación psicomotriz” (3.06%), “alucinaciones” (1.83%).

Gráfico 29.



Fuente: elaboración propia en base a análisis de PRPCSM.

<sup>16</sup> Entre ellos: angustia: 33 casos; duelo: 9 casos; ansiedad: 4 casos, son algunos de los motivos registrados en esta categoría.

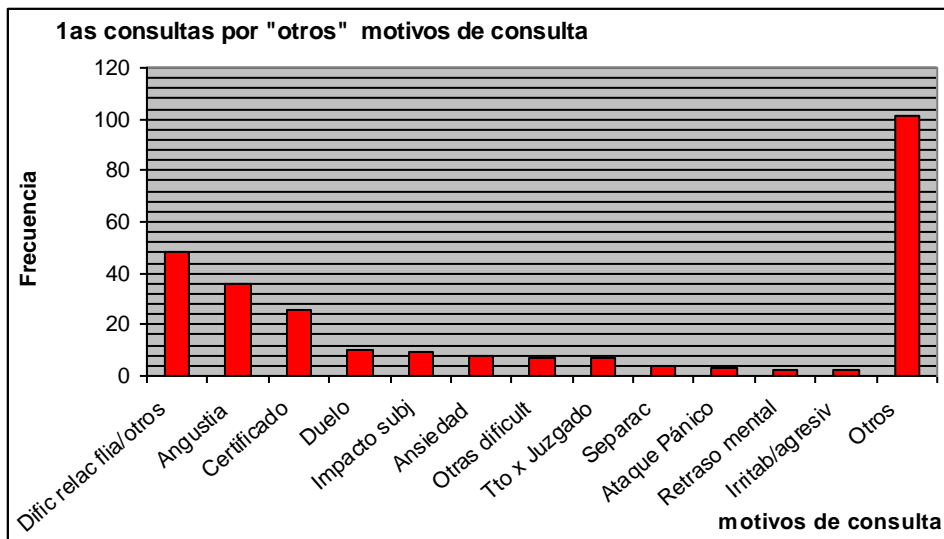
Del total de casos por este motivo, el Champagnat aportó el 11,6%, el P. Sur 6.7%, el B° Plata 6.4%, el Sur 6.1%, el Maiztegui 5.5% entre otros.

### III.2.6) Otros motivos de consulta

Se registraron con esta categoría 263 casos. Una dificultad para su análisis estribó en la posibilidad de consignarlos de modo textual (no codificado), como en las demás categorías.<sup>17</sup>

Se procedió a realizar un agrupamiento de motivos que guardaban similitud. Así se construyeron los siguientes grupos: “dificultades/problemas/conflicto en las relaciones de familia o con otros”: 48 casos; “angustia” (sola o combinada): 36 casos; “certificados”: 26 casos; “duelo”: 10 casos; “impacto subjetivo” (de enfermedades orgánicas, por pérdida en lo afectivo, etc.): 9 casos; “ansiedad”: 8 casos; “tratamiento solicitado por juzgado”: 7 casos, son algunos de los grupos construidos con los motivos registrados en esta categoría.

Gráfico 30.



Fuente: elaboración propia en base a análisis de PRPCSM.

### III.2.7) Motivo de consulta secundario

<sup>17</sup> También se verificó esta dificultad en la mayoría los casos en que se registró además del motivo principal un “motivo de consulta 2rio” (al no haberse registrado en general con las categorías de los motivos propuestos en el instrumento de registro).

En 175 casos se consignó además del motivo principal, un motivo de consulta 2do. Algunos de ellos, agrupados según similitud, fueron: angustia (14), problemas de la subjetividad infantil (13), consumo de sustancias (12), violencias (10), padecimiento psíquico (10), crisis angustia (8), ansiedad (8), preocupación por “otro” (5), impulsividad (con ansiedad, agresividad), dificultades/problemas de relaciones con otros (4), duelo (3), padecimientos postraumáticos (por ej. por abuso sexual en la infancia), etc.

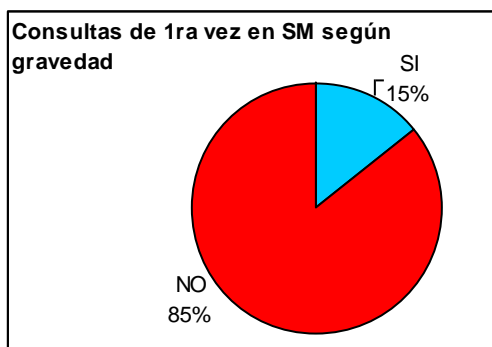
#### **IV) CARACTERÍSTICAS DE LAS CONSULTAS SEGÚN GRAVEDAD, URGENCIA, RESOLUCIÓN/CONTINUIDAD E INTERACCIÓN CON OTROS ACTORES/ INSTITUCIONES.**

##### IV.1) Consultas en SM según gravedad

En la mayoría de los casos (85%) se consideró que las consultas no fueron consideradas de *gravedad*, y en 15% que sí lo fueron. El 32,2% de las consultas consideradas con este estatuto generaron interconsulta. La mayoría con psiquiatría (66%), mientras que el 34% con otro profesional o instancia de la red asistencial o institucional (generalista, equipo de salud, Area de la Mujer, Dirección Provincial de los derechos del niño, Promoción Social, etc.).

La gravedad fue asignada con más frecuencia a consultas por Intento de Suicidio (37.5% de ese motivo), Violencias (31%), Consumo de Sustancias (23.5%). Con menor frecuencia en casos por Padecimiento Psíquico (14.7%), Otros (12.9%), y Problemáticas de la Infancia (4%).

Gráfico 31.



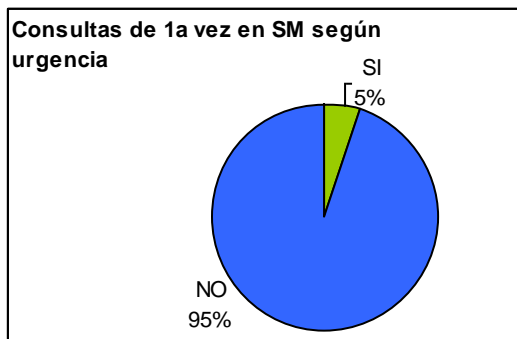
Fuente: elaboración propia en base a análisis de PRPCSM.

#### IV.2) Consultas en SM según urgencia

Se consideró que el 5% (56 casos) de las consultas representaban una “urgencia”, mientras que el 95% no revestían esa característica. De las situaciones consideradas como urgencia se solicitó interconsulta en un 50% (casi todas con psiquiatría). Y fueron derivadas (como decisión de esa primera consulta al menos) un 17.8% de los casos urgentes; en cuanto a la articulación (con otro profesional o instancia/institución), ese proceso se dio en un 32% de estos casos.

Fueron considerados como urgencias con mayor frecuencia los Intentos de Suicidio (20.8%), Consumo de Sustancias (10.3%), Padecimientos Subjetivos (7.9%), las Violencias (5.1%). Con baja frecuencia figuraron “Otros” (3.4%) y los Problemas de la Infancia (1.2%).

Gráfico 32.

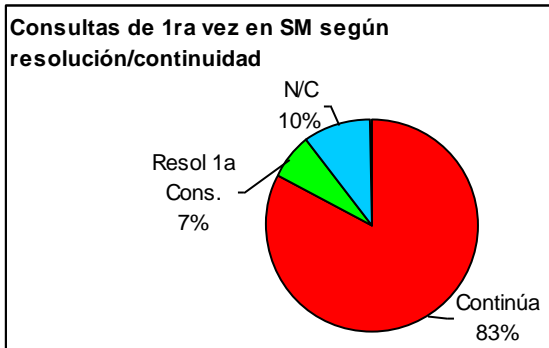


Fuente: elaboración propia en base a análisis de PRPCSM.

#### IV.3) Consultas SM según Intervención

En la mayoría de los casos luego de la primera consulta se continuó en trabajo con los/as consultantes: en el 83% del total de consultas se determinó la continuidad de las mismas. En un 7% de los casos se resolvió en la 1er consulta, y no se registró esta variable en un 10% de los casos.

Gráfico 33.

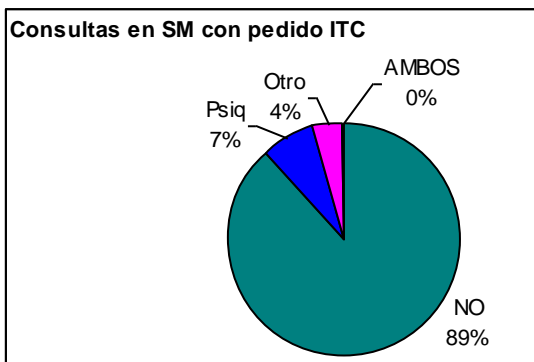


Fuente: elaboración propia en base a análisis de PRPCSM.

#### IV.4) Interconsultas

En el 88.4% de las consultas no se solicitó interconsulta con otra especialidad/disciplina. Sí se solicitó en 11,6% de los casos, principalmente con psiquiatría (el 63.7% de las interconsultas). Otras especialidades/disciplinas a las que se solicitó interconsulta fue: “médicos generalistas” (8 casos); “médicos de cabecera” (5 casos); “clínicos” (3 casos); “pediatras” (2 casos); “neurodesarrollo” (3 casos); “equipos de salud” (10 casos); “fonoaudiología” (2 casos).

Gráfico 34.



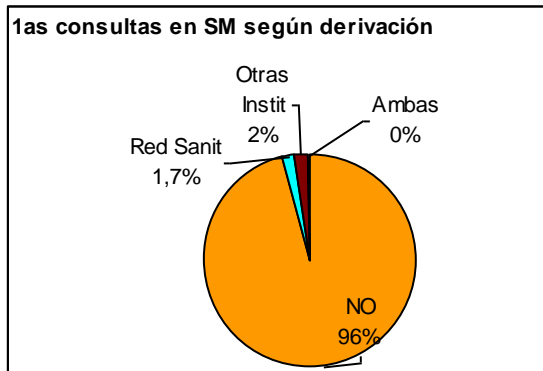
Fuente: elaboración propia en base a análisis de PRPCSM.

#### IV.5) Derivaciones

En el 96% de los casos no se realizó derivación (al menos en la 1er consulta). Se derivó a alguna instancia de la red sanitaria en un 1.9% de las consultas (CRSM A. Avila, CS municipales-P.

Lepratti, Azurduy, A. Storni- H. Alberdi, HECA, CPO, OOSS, entre otros), y también en un 1.8% a otras instituciones

Gráfico 35.

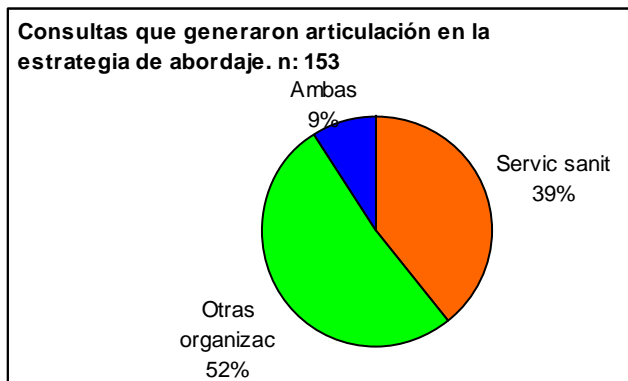


Fuente: elaboración propia en base a análisis de PRPCSM.

#### IV.6) Articulación con otros actores/instituciones

Dentro de las estrategias terapéuticas se concibió la necesidad de articulación del trabajo con otros actores o instituciones en un 14.4% de los casos (n: 153). De estas, el 39.2% fue con la Red Sanitaria, mientras que más de la mitad (51.6%) fue con organizaciones distintas a la red sanitaria, habiéndose producido con ambas en un 9.1% de estos casos.

Gráfico 36.



Fuente: elaboración propia en base a análisis de PRPCSM.



## V) GEORREFERENCIA.

El georreferenciamiento consiste en asignar referencias espaciales (coordenadas) a un objeto determinado (por ejemplo un evento de salud). Esto permite, entre otras cosas, mostrar la distribución de ciertos datos, evaluar la posible existencia de un patrón identificable de distribución de los eventos estudiados, así como su eventual asociación a características del territorio. Se constituye en parte de los procesos llevados a cabo por los Sistemas de Información Geográficas (SIG), que es el conjunto de equipos, programas y procedimientos informáticos tendientes a manipular, analizar y presentar la información de manera espacial y que puede ser de utilidad como herramienta analítica de la epidemiología.

En este período fue posible georreferenciar 783 consultas (74% del total) por domicilio del consultante.<sup>18</sup>

A continuación se presentan mapas con las consultas realizadas en el período, correspondientes a los consultantes *domiciliados en Rosario* que pudieron georreferenciarse.<sup>19</sup>

---

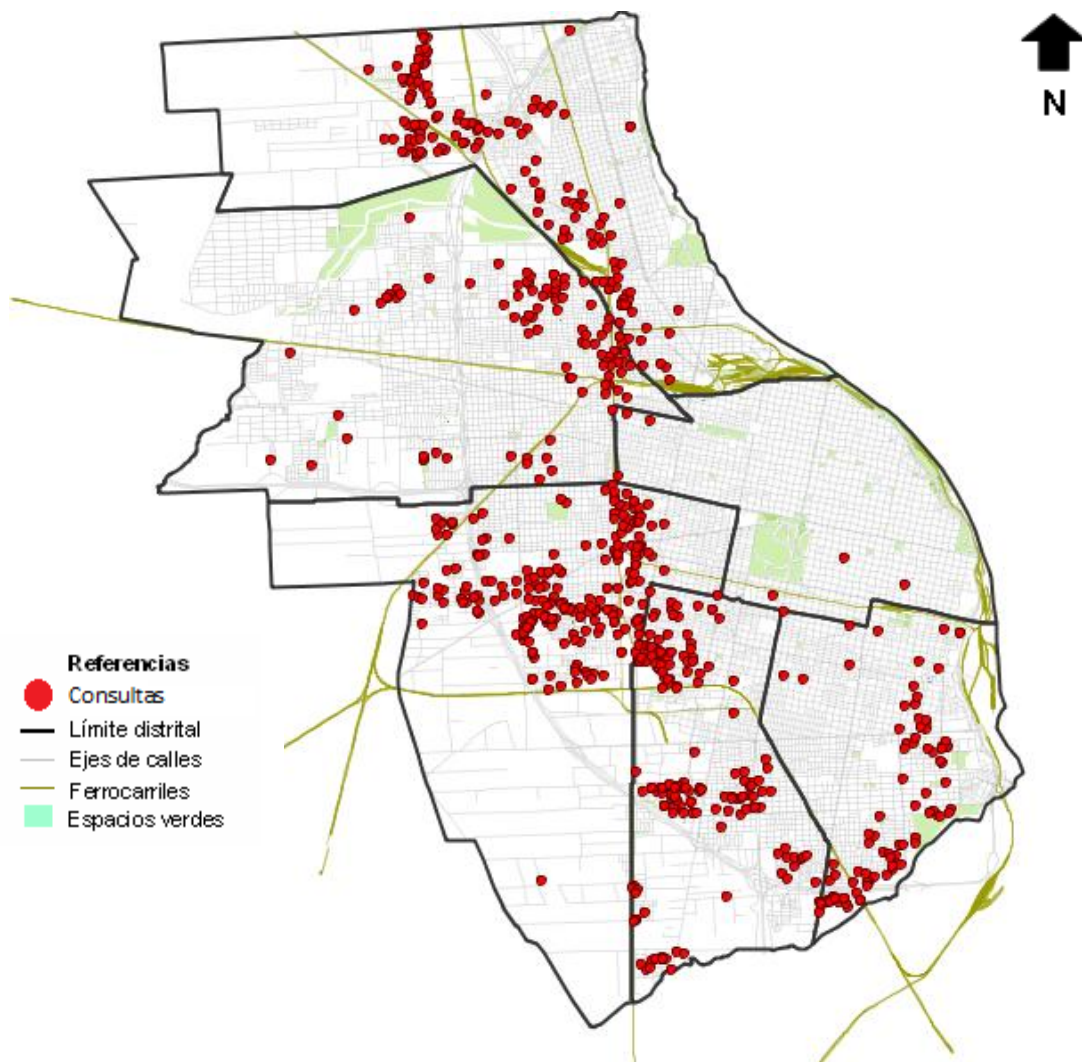
<sup>18</sup> No pudieron georreferenciarse 281 registros (26% del total), por faltar el domicilio (calle y/o altura), o en casos en que habiendo sido consignado este dato en forma completa no fue posible adjudicarle el X e Y (coordenadas necesarias para el georreferenciamiento), al no coincidir con los datos necesarios para la georreferencia brindados por el Infomapa (<http://www.rosario.gov.ar/infomapas/#>), o al estar domiciliados fuera del municipio.

<sup>19</sup> En un momento posterior se profundizará el análisis de la georreferenciación de las consultas a nivel distrital y por centro de salud.

### Consultantes en SM según distrito

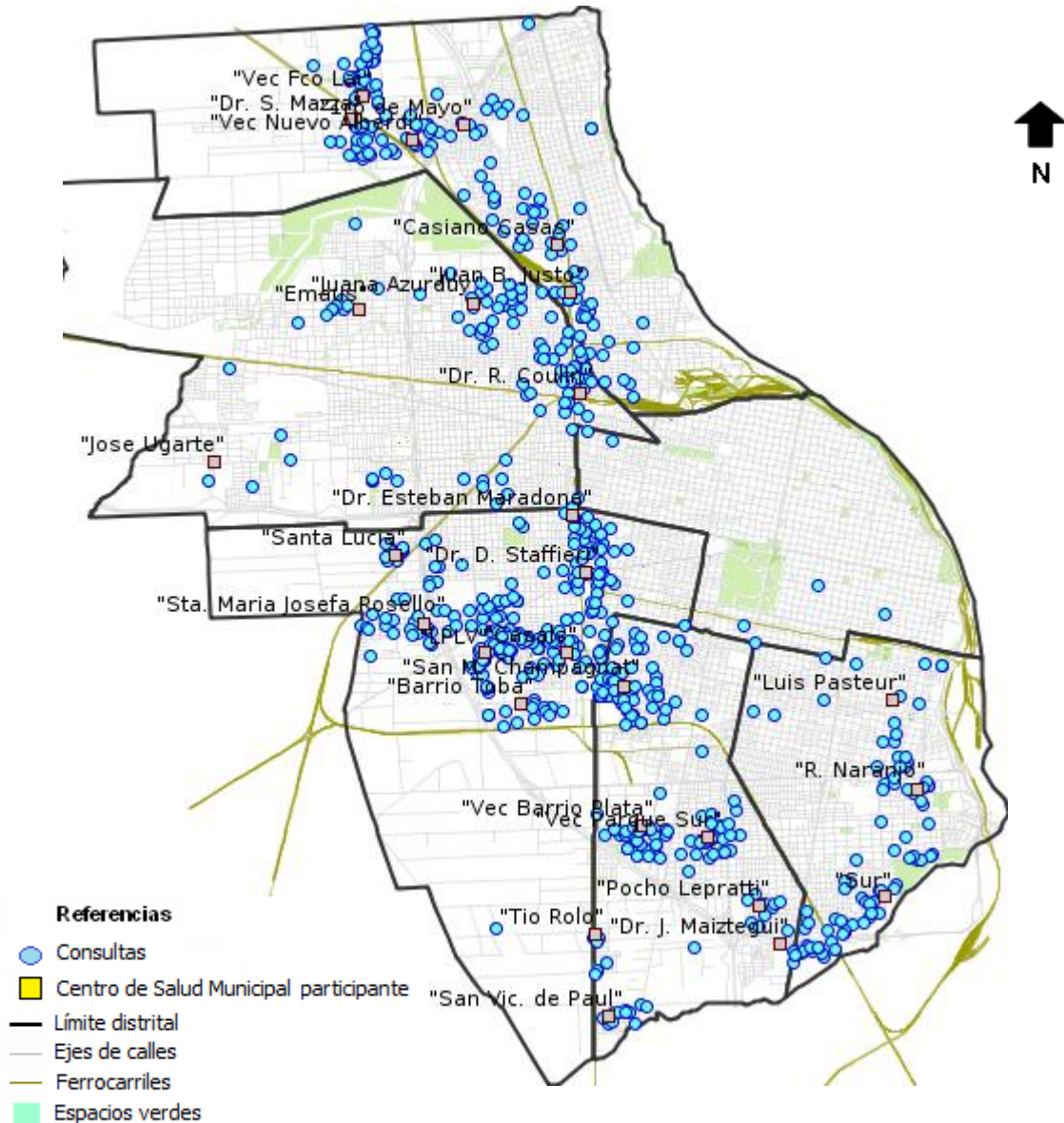
En este mapa de la ciudad puede apreciarse la distribución espacial de los casos para todos los distritos participantes.

Mapa 1: Consultas de 1ª vez a SM en C.S. municipales, de pacientes residentes en Rosario. Período Junio-Noviembre 2011. n: 783.



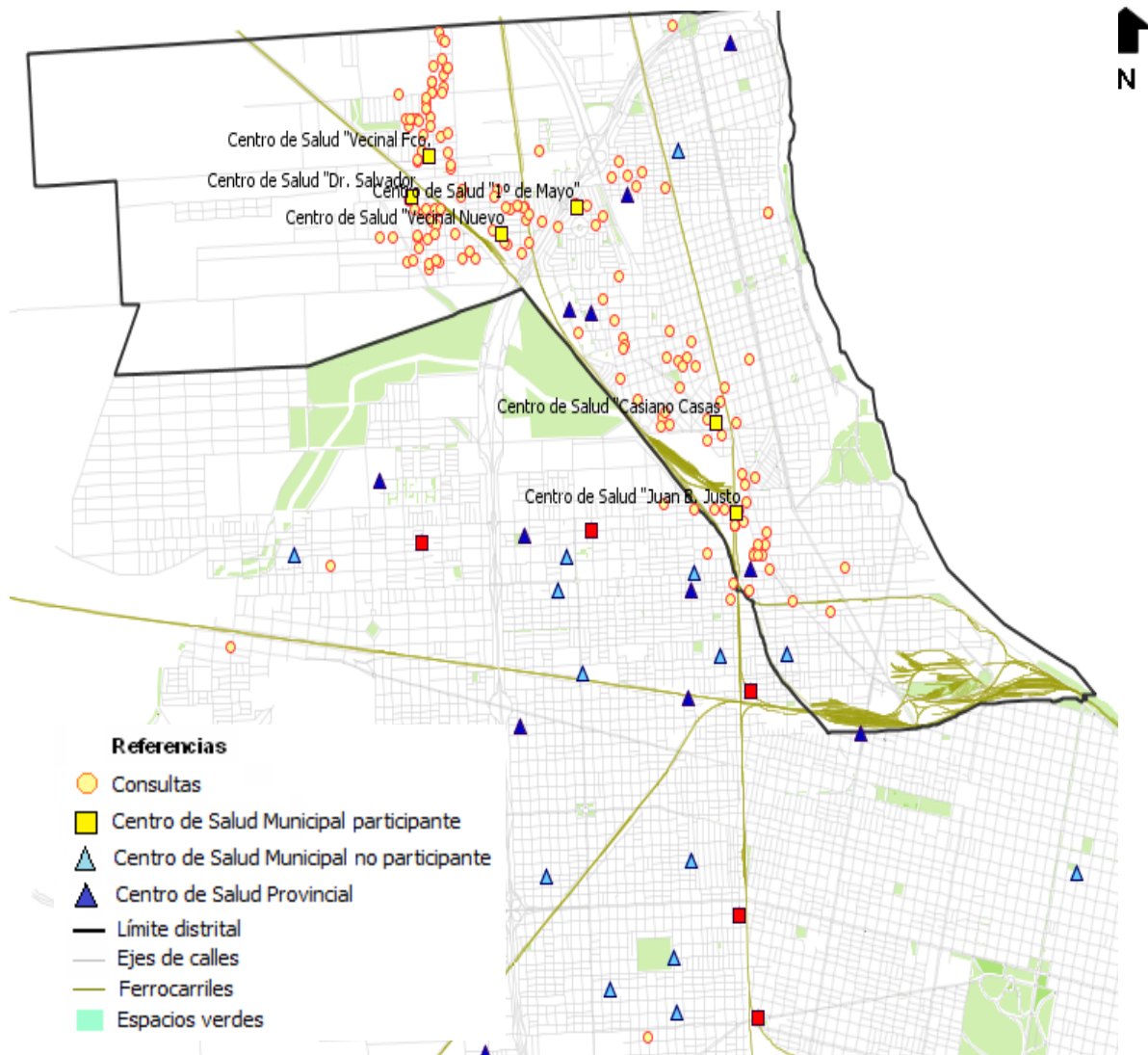
A continuación se muestran las consultas para todos los Distritos, con los Centros de Salud participantes.

Mapa 2. Consultas de 1ª vez a SM en C.S. municipales, de pacientes residentes en Rosario. Período Junio-Noviembre 2011. n: 783.

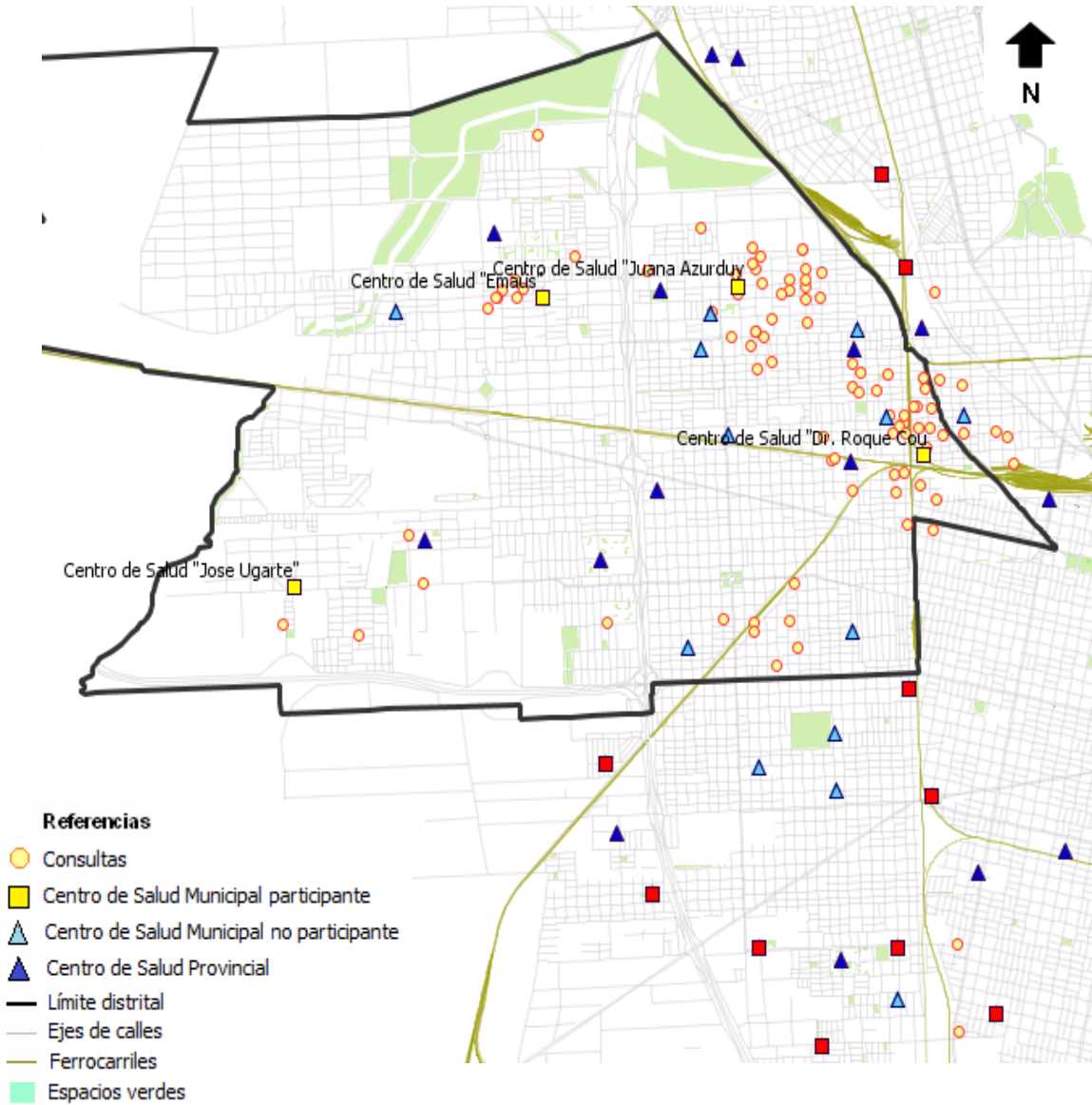


A continuación, se presentan mapas para cada uno de los Distritos.

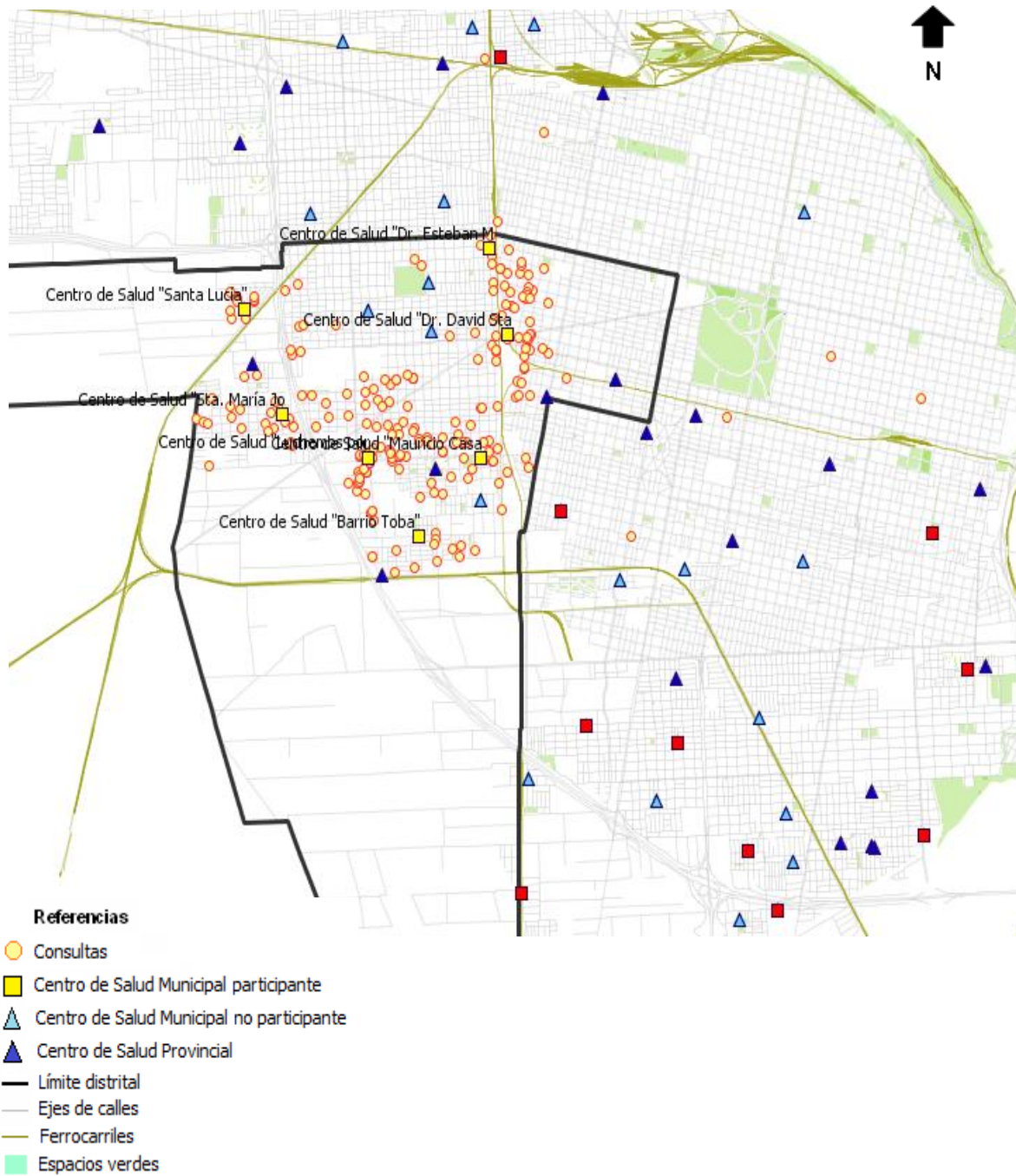
Mapa 3. Consultas de 1ª vez a SM en C.S. municipales localizados en el distrito Norte, de pacientes residentes en Rosario. Período Junio – Noviembre 2011.



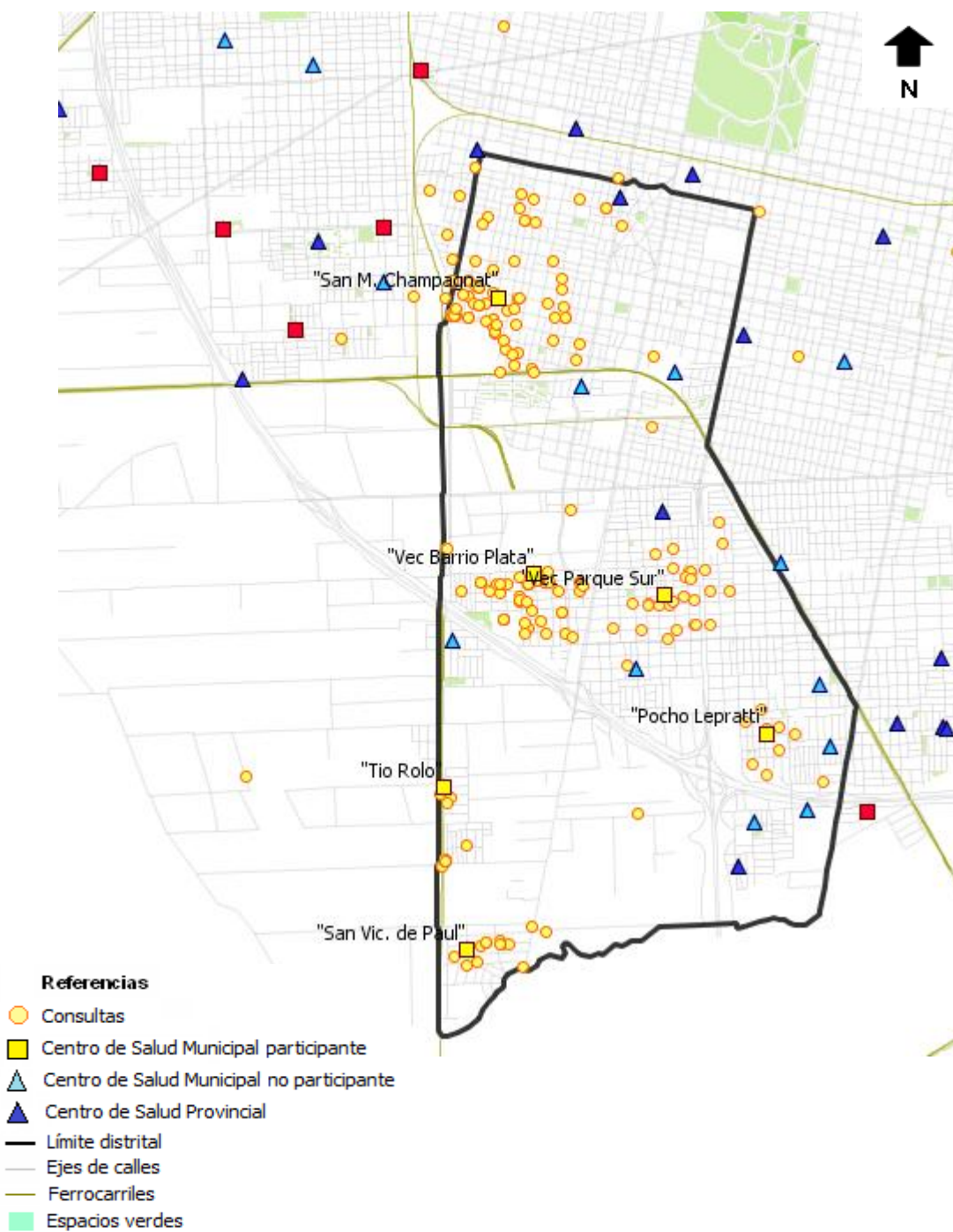
Mapa 4. Consultas de 1ª vez a SM en C.S. municipales localizados en el distrito Noroeste, de pacientes residentes en Rosario. Período Junio – Noviembre 2011.



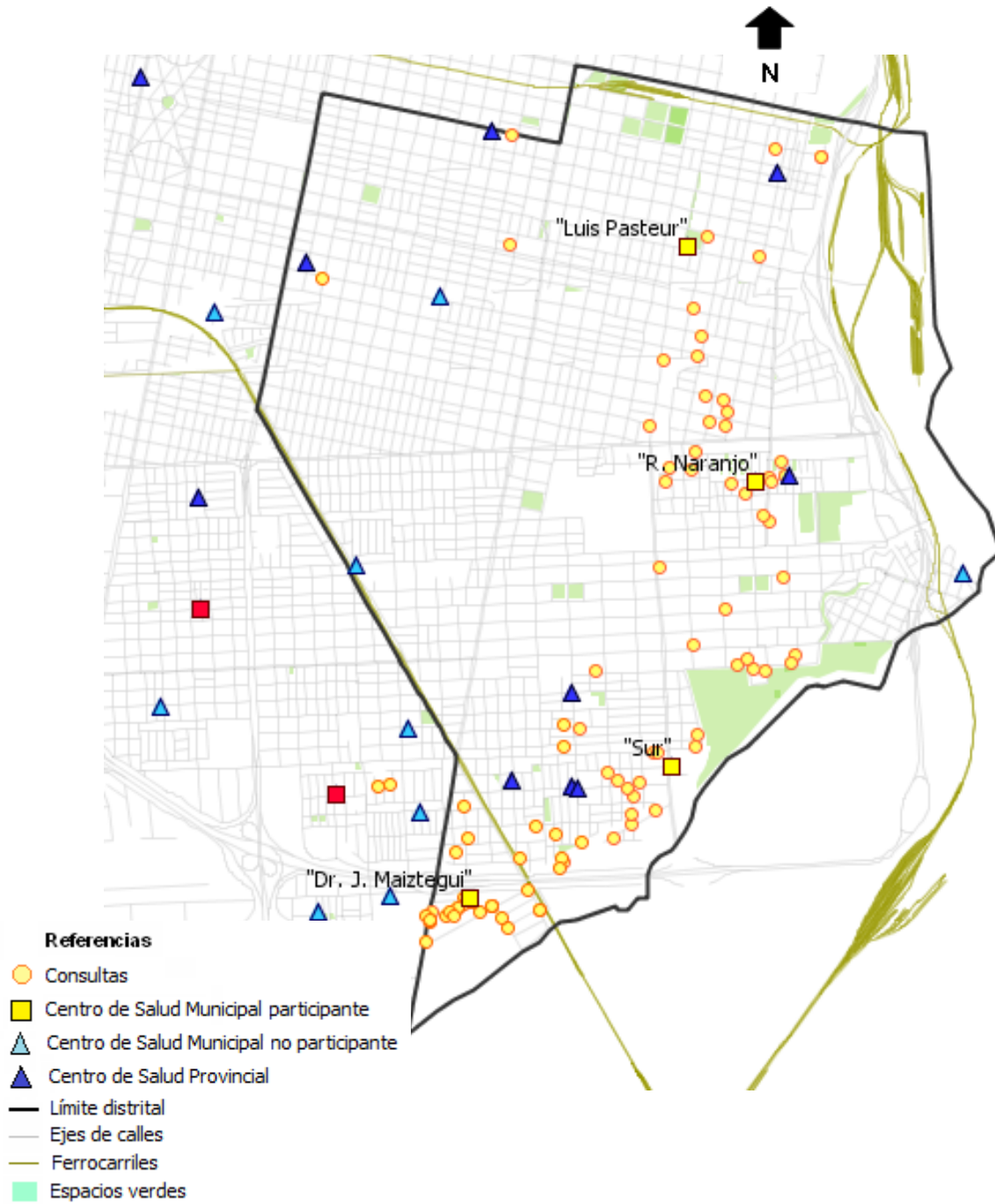
Mapa 5. Consultas de 1ª vez a SM en C.S. municipales localizados en el distrito Oeste, de pacientes residentes en Rosario. Período Junio – Noviembre 2011.



**Mapa 6.** Consultas de 1ª vez a SM en C.S. municipales localizados en el distrito Sudoeste, de pacientes residentes en Rosario. Período Junio – Noviembre 2011.



Mapa 7. Consultas de 1ª vez a SM en C.S. municipales localizados en el distrito Sur, de pacientes residentes en Rosario. Período Junio – Noviembre 2011.





## **2ª PARTE. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.**

### Consideraciones previas.

En la producción de conocimiento de tipo científico, se intenta conocer una determinada *realidad* a través de la aprehensión de ciertos aspectos de la misma. En ese sentido se realiza un “recorte”, y se procede a un abordaje a través de un trabajo conceptual, que supone un marco epistemológico e implica la toma de decisiones metodológicas. Habitualmente las categorías construidas para las variables seleccionadas se presentan como bien *definidas* y *delimitadas* unas de otras. Pero esto no ocurre en el caso de esa realidad que se pretende representar a través de las mismas, que existe en tanto proceso *dinámico*, *no discontinuo*, en tanto *totalidad*.<sup>20</sup>

En todo estudio existe una cuota -mayor o menor- de interpretación personal de quien recolecta los datos, acerca del hecho o evento sobre el que se realiza la *observación*. Esta cuestión influye en la distribución posterior de los eventos que se analizan. La existencia de criterios claros sobre qué se debe registrar, de acuerdo a el objetivo y propósito de la investigación (y en esto se incluye la significación de las variables y categorías seleccionadas), fijando esto en el correspondiente instructivo para el llenado, aporta en la unificación de la lógica al momento del registro. Este hecho fue motivo de debate y seguramente continuará constituyendo un punto problemático que no puede obviarse.

La investigación epidemiológica busca aportar al conocimiento de la determinación y la distribución de eventos o problemas de salud en la población. Se fundamenta en la consideración de tres aspectos relativos a los problemas que pretende conocer: *tiempo* (o historia): delimitación temporal del fenómeno analizado; *lugar* (o espacio): delimitación espacial; y *persona* (o población): quiénes enferman y quiénes no. Y, sobre todo, *porqué*.<sup>21</sup>

Con respecto al *tiempo*, el período analizado aquí es de seis (6) meses. Es un tiempo insuficiente para permitir algunas consideraciones y extraer ciertas conclusiones, y suficiente para permitir

---

<sup>20</sup> Puede ser un ejemplo de ello cuando el universo de consultantes es clasificado en base a, y a través de, las categorías de la variable *motivo de consulta*, si luego de ese procedimiento no se realiza el camino inverso y se contextualiza *ese* “motivo”, y *ese* consultante, en el universo al cual pertenece.

<sup>21</sup> La decisión y posibilidad de explicar(se) ese *porqué*, y de extraer todas las consecuencias del caso es, quizá, la gran y única diferencia entre una epidemiología “hegemónica” y una “contrahegemónica” o “crítica”. Pero vale aclarar que, ya que lo que difieren son las explicaciones causales que pueden darse sobre un (el mismo) hecho desde diferentes teorías de producción/distribución de la enfermedad, la explicación a que se alude debe fundamentarse en una teoría que merezca tal calificativo. Y que apunte a explicar y a disminuir las inequidades en salud.

otras. Es su continuidad en el tiempo (con las posibles modificaciones que se consideren pertinentes y contando con los datos que lo hagan posible) lo que permitirá la *comparabilidad* de resultados en distintos momentos. Sólo así se podrá determinar, rigurosamente, eventuales cambios y variaciones (aumento, disminución) en distintos parámetros o medidas epidemiológicas (cantidad, prevalencia, incidencia, etc.).<sup>22</sup>

En cuanto al *lugar*, el estudio contempla primeras consultas en SM realizadas a, y notificadas por, centros de salud municipales distribuidos en 5 de los distritos de Rosario, no estando representado el distrito Centro. Los CS participantes constituyen algo más de la mitad del total de este ámbito y subsector (municipal, público), pero la participación de los centros no estuvo definida por una decisión metodológica que apuntara a lograr una representación pareja de cada uno de los distritos sino que se dio voluntariamente y además algunos CS se incorporaron al proceso de notificación en distintos momentos. Este hecho puede explicar en parte la desigual representación de cada Distrito a través de las distintas proporciones (numéricas y también de tiempo) en que participaron los CS de cada uno.

Además la convocatoria inicial fue para centros de salud únicamente con la intención de avanzar hacia una posible articulación de experiencias de este tipo con instituciones hospitalarias (en esta etapa no se contempló la situación hospitalaria y menos aún de todo el subsector público de Rosario).

Por último, en relación a la persona (población), el presente estudio buscó generar información y conocimiento acerca de distintas dimensiones que permitan comprender las problemáticas subjetivas y el momento de la consulta, enmarcadas en una realidad que implica las condiciones de vida de dicha población. Por ello se concibieron cuatro dimensiones o ejes para este estudio: a) demográfica (domicilio, sexo, edad, DNI, situación de convivencia), b) socio-económica (nivel de escolaridad, inserción escolar al momento de la consulta, situación laboral), c) problemática subjetiva (motivo de consulta, gravedad y urgencia de la misma), y d) sanitario-institucional (vínculo con el CS, origen de la demanda, intervención derivada de la consulta).

A continuación organizaremos la discusión de los resultados a partir de las mismas.

---

<sup>22</sup> Obviamente se alude aquí a *cualquier* y a *todo* estudio o investigación, no sólo a este.

a) Dimensión demográfica.

En el grupo de consultantes predominaron ostensiblemente las mujeres. Esto fue así para todos los grupos etáreos con excepción del grupo de 5-9 y de 10-14 años en los cuales existieron más consultas de varones. Vale destacar que en estos dos grupos, de niños y adolescentes, la consulta fue motorizada por otro/a, usualmente la madre. (En estas dos franjas etáreas los varones fueron llevados a la consulta por la madre el 72% de los casos, mientras que para las mujeres el acompañamiento de la madre se dio en el 58% de los casos). En general predominaron los niños, jóvenes y adultos jóvenes. La gran mayoría de los consultantes vivían con otro/s, en pocos casos vivía solo/a, y en un número reducido en situación de calle, o en instituto de detención penal, o en un hogar.

b) Dimensión socio-económica.

Al tomar en cuenta ésta a través de la aproximación que permiten las variables de *nivel de escolaridad* y la *situación laboral* se aprecia que el nivel de escolaridad resultó adecuado a la edad (nivel de escolaridad acorde a la edad-NEAE) en un alto porcentaje de casos únicamente en el grupo etáreo de 6-12 años (correspondiente a niños/as en nivel escolar primario).<sup>23</sup> A la vez, también sólo en este grupo fue elevado el nivel de inserción escolar al momento de la consulta (quienes se hallaban cursando). Se evidencia que a partir de esa edad, tanto el NEAE como la inserción comienzan a descender. Para el grupo de 13-17 años el NEAE fue de 59%, y el nivel de inserción fue de 76%. Para los grupos entre 18 y 64 años el nivel de escolaridad NO acorde a la edad predominó claramente (oscilando entre un 64 y un 73%).

A partir de la situación laboral en el grupo  $\geq 18$  años, se evidencia que más de un cuarto de la población consultante no contaba con trabajo (27.7%), elevándose de manera importante si se considera con ese estatuto a las “amas de casa” (dando un total de 43%). Es interesante analizar las diferencias existentes entre sexos. Mientras que no trabajaban el 32% de los hombres, estaban en esa situación el 48% de las mujeres (si consideramos incluidas en esta situación a las amas de casa). Tenían trabajo estable el 21% de los hombres, mientras que estaban en esa condición sólo el 8% de las mujeres. Una última comparación: sí contaban con trabajo (estable e no estable) el 58% en el caso de los hombres, y el 39% en el caso de las mujeres. Este punto

---

<sup>23</sup> En los casos de niños de  $\leq 5$  años, un porcentaje importante de estos también estaban incorporados al circuito educativo (jardín o preescolar).

apunta la necesidad de profundizar la indagación a fin de conocer de qué modo operan las inequidades, no sólo de género sino también de clase social, en los usuarios de los servicios de salud y como ello se traduce en la presencia de distintas formas de sufrimiento psíquico. La situación laboral, el tipo de trabajo u ocupación y su organización, el ingreso económico, la inserción en el ámbito productivo, la participación en asociaciones comunitarias, etc., son algunas de las dimensiones de la realidad humana que permiten conocer las condiciones materiales de vida y comprender su repercusión en la esfera de la salud/salud mental.

c) Dimensión de la problemática subjetiva:

Como primera cuestión es interesante notar que existieron registros de *todos* los motivos de consulta incorporados en el instrumento, es decir no hubo ninguno que no estuviera presente, aunque fuera en una cantidad escasa.

Los motivos de consulta más frecuentes fueron los “padecimientos subjetivos”, los “problemas de la infancia” y los englobados bajo la categoría “otros” (31%, 23% y 25%, respectivamente). Los padecimientos subjetivos contemplaron una frecuencia importante de las crisis de angustia, la depresión, la presencia de delirio y alucinaciones (si se toman estos dos de manera conjunta alcanzan el 10% del grupo de los padecimientos), y a su vez también la categoría “otros”. En este rubro los profesionales han registrado las consultas por un motivo que no creyeron posible registrar con una de las subcategorías propuestas. Este grupo como motivo de consulta no es homogéneo en relación al nivel al cual pertenecen las categorías seleccionadas para constituirlo, lo que representa una dificultad para la información surgida a partir de su análisis. Al igual que elección-construcción de las categorías con las que se constituyeron los demás grupos de motivos fue discutido en el marco del trabajo de la CESM, en el momento de la elaboración del instrumento (y su modificación luego del período de prueba). La persistencia de éstos (y la necesaria exclusión de otros posibles) demuestra y se explica a través de uno de los problemas (y tareas) más complejos existentes en el terreno de la Epidemiología (quizá de manera más evidente en lo concerniente Salud Mental, aunque no de manera excluyente): el de la definición-construcción de una clasificación de eventos (sea que estos apunten a “motivos de consulta” o a “diagnósticos”). Y es un punto abierto a la discusión permanente entre los interesados en las tareas de producción de información.

Los problemas de la infancia ocuparon un lugar importante, con casi un cuarto de las consultas totales, siendo el correlato necesario del volumen de consultas realizadas por niños (29% del total de consultas para el grupo  $\leq 14$  años). Aquí predominaron los varones. Se destacan los “problemas escolares” que representaron más de la mitad de las consultas de este grupo. Este hecho también explica que las escuelas se constituyan en el origen más frecuente de la derivación de origen externo.

En relación a los motivos de consulta englobados en la categoría “otros” es necesario discutir algunos aspectos. Esta categoría se habilitó para permitir la categorización de las consultas que no pudieran ser nominadas con las demás categorías. Sin embargo el volumen de consultas de este grupo fue muy elevado. Una dificultad adicional para su análisis es el hecho de no haber codificado esta categoría, habilitando su registro de manera textual. Esto dificultó el análisis posterior, y se intentó organizar estos casos en grupos por motivo similar o relacionado (por ejemplo: “conflicto con la pareja”, “peleas con el hijo”, y “dificultades en las relaciones familiares” fueron organizados en un mismo grupo para su análisis).

De todas formas, como el volumen de este motivo de consultas (“otros”) fue tan elevado, subsistieron aún después del intento de agrupamiento un número alto de casos en los que debido a la *no similitud* no fue conveniente agruparlos bajo un mismo rótulo, permaneciendo así bajo la denominación de “otros” que aparece en el gráfico en cuestión (gráfico 30).

En un segundo plano en relación a su *frecuencia*, aparecen las “violencias”, el “consumo de sustancias” y el “intento de suicidio”. Vale insistir en que el aspecto que estamos destacando en este momento es la frecuencia, y no la gravedad y/o implicancias para el sistema sanitario, lo cual merece una discusión más pormenorizada. Y además recordar que este es un estudio de las consultas que se realizan (que llegan) a la red sanitaria (limitada en este estudio a la experiencia que tuvo lugar durante un semestre en una parte de los centros de salud municipales que aportaron su participación voluntaria) y no un estudio de prevalencia o incidencia de eventos *relativos* a la salud (como puede ser concebido un hecho de violencia) en la población general, captados de forma activa a través de otro tipo de metodología.

Las violencias como motivo de consulta fueron registradas con las tres modalidades propuestas (física, sexual y psíquica, en ese orden de frecuencia). En las tres predominaron las mujeres, y el

tipo pasivo (con excepción de las consultas realizadas por varones por violencia física en las cuales el tipo predominante fue el “activo”). El ámbito privilegiado en el cual se registraron las violencias fue el “intrafamiliar”. Es importante aclarar que las distintas modalidades de “violencias” definidas para este estudio coexisten, no son hechos o fenómenos que puedan distinguirse tajantemente, no son “discontinuos” como eventos observables, aunque las categorías seleccionadas para registrarlo sí lo sean. Es obvio que en un caso registrado de violencia “física” coexiste la violencia “psíquica”, así como en el caso de la violencia/abuso “sexual”, en el cual tienen lugar los otros dos modos de violencia.

Las consultas por consumo de sustancias representaron un porcentaje no significativo en cuanto a su frecuencia. Pero en este caso es necesario señalar la “invisibilización” de determinados fenómenos (y el uso de drogas es quizá el caso por antonomasia) por determinantes de orden social, en este caso fundamentalmente determinantes de la esfera legal: la aún vigente legislación punitiva sobre el uso de drogas y la política de criminalización del consumo correlativa. Esta aún subsiste en el país y a pesar del debate actual en curso (inclusive en el ámbito parlamentario mediante la discusión de proyectos de ley para modificar esta figura) y del reciente fallo de la más alta instancia judicial de país, continuará condicionando, por un tiempo, la posibilidad de que esta problemática sea concebida en términos de problema sanitario y no de política criminal.<sup>24</sup> Los casos de consumo que llegaron a la consulta en centros de salud fueron mayoritariamente de varones, jóvenes y adultos jóvenes, que manifestaron un consumo combinado de sustancias en la cual se destacaron la cocaína, el alcohol, la marihuana y los psicofármacos, y en menor medida disolventes volátiles y paco). En este grupo la situación laboral fue más desfavorable que en el grupo de consultantes totales: casi 10 puntos porcentuales -36%- por encima del promedio que no tenía trabajo en el grupo total de consultantes mayores de 18 años - 27%).<sup>25</sup> Esto se apunta a los fines de señalar una particularidad que se observó en este grupo y que amerita avanzar en su estudio y comprensión. En cuanto a los casos por “intento de suicidio”, si bien no fueron numerosos señalan una situación que justifica un seguimiento atento para pesquisar los determinantes que operan sobre

---

<sup>24</sup> Esta situación se repite con relación a otros problemas con fuerte repercusión en cuanto a las consecuencias sanitarias. El caso paradigmático es el del aborto.

<sup>25</sup> En el análisis de cada uno de los motivos de consulta según la situación laboral en mayores, el mayor porcentaje de consultantes que no tenían trabajo al momento de la consulta se dio en este grupo.

este complejo fenómeno. En éste (así como en los dos motivos antes discutidos) se entrecruzan distintas dimensiones, y se hace necesario el abordaje interdisciplinario e intersectorial, apuntando al diseño de políticas eficaces de intervención.

En cuanto a la *gravedad* de las consultas, tuvieron este estatuto una cantidad que, si bien no mayoritaria, impone considerar la complejidad de las situaciones que denota, por la necesidad de poner en juego recursos y modos de asistencia que suponen un funcionamiento de distintos niveles y dispositivos de la red sanitaria (lo que se analizará debajo dentro de la “dimensión socio-sanitaria”). Es interesante señalar que entre los motivos de consulta que merecieron este estatuto con mayor frecuencia se destacan el *intento de suicidio*, y luego las *violencias*, seguido por el *consumo de sustancias*. Aproximadamente un tercio de las consultas consideradas con el estatuto de “gravedad” generaron interconsulta (con psiquiatra u otro profesional o instancia de la red asistencial o institucional).

De las situaciones consideradas como *urgencia* se solicitó interconsulta en la mitad de los casos (casi todas con psiquiatría). Las situaciones urgentes no fueron derivadas en la mayor parte de los casos (al menos en esa primera consulta notificada). De todos modos vale reflexionar aquí sobre la importancia del momento del registro y la necesidad de sostener el proceso de revisión continua de los acuerdos e interpretación de las consignas: en algunos casos registrados como *derivaciones* se registró asimismo (en el módulo F “Intervención derivada luego de la primer consulta”) que continuaba “en tto Psi”.<sup>26</sup> Esto orienta acerca de la importancia y necesidad de afianzar la calidad del proceso de recolección de datos, de manera continua y sistemática.

Para finalizar la discusión sobre la información organizada en esta dimensión, se podrá apreciar que aspectos concebidos como parte inherente a la “problemática subjetiva” participan a la vez de la dimensión que se analizará a continuación (Ej.: intervención derivada de la consulta).

#### d) Dimensión sanitario-institucional:

La gran mayoría de las consultas fueron realizadas por personas que tenían un vínculo previo con el CS (“adscripción”, en base a posesión de HC). Siete de cada diez consultas se originaron en el propio CS, ya sea de manera espontánea a partir de la consulta directa del consultante o

---

<sup>26</sup> En el instructivo enviado se especificaba que se consideraba “Derivación: cuando la intervención del profesional psi finaliza.” (Ver Anexo 3. Instructivo).

por derivación de otro profesional o sector del mismo. En un porcentaje mayoritario se definió la continuidad de la intervención luego de la primera consulta.

Estos valores ponen de manifiesto una particularidad de la asistencia en salud mental con respecto a otras áreas en el campo de la salud en cuanto a la dinámica de los tratamientos implementados. Las consultas a salud mental implican y demandan una continuidad asistencial en el tiempo a fin de lograr la estabilización, mejoramiento o resolución de la situación inicial.

La solicitud de interconsultas se dio en aproximadamente 1 de cada 9 consultas. En 2/3 de estos casos correspondió al psiquiatra.

Una última cuestión en la que vale la pena insistir es la importancia de la calidad del dato y la necesidad de mejorar el registro del mismo *en el momento* del llenado del instrumento. Los porcentajes de las variables investigadas que no contaba con información (“N/C”) presentadas en el informe no reflejan rigurosamente la completud de los datos con el cual fueron enviados algunos formularios. En algunos casos los datos faltantes lograron recuperarse por comunicación con los profesionales (aunque en un momento posterior al llenado inicial disminuyó la posibilidad de lograrlo) o a través de otras fuentes (Sistema de Consultas Epidemiológicas).



### **3ª PARTE. CONCLUSIONES.**

- 1) El estudio permitió, de acuerdo al objetivo fijado, conocer los motivos de consulta a SM más frecuentes en un período de tiempo limitado, para algo más de la mitad de CS de la red municipal de Rosario.
- 2) Se incluyó en la investigación una serie de variables que propenden a un conocimiento contextualizado e integral de la realidad de los consultantes.
- 3) Entre los consultantes predominaron las mujeres sobre los hombres. Con respecto a la edad predominaron los niños, jóvenes y adultos jóvenes.
- 4) El nivel de instrucción fue acorde a la edad y la inserción escolar elevada sólo para el grupo de niños en edad escolar primaria (6-12 años). Ambos índices descienden en el grupo siguiente, correspondiente a escolaridad secundaria (13-17 años). El Nivel de Escolaridad NO Acorde a Edad fue muy elevado a partir de los 18 años para todos los grupos.
- 5) Se observó una elevada proporción de adultos sin trabajo, así como con trabajo no estable. Se evidenciaron aquí diferencias entre sexos (una aparente peor situación en las mujeres), que amerita la profundización de su estudio para evaluar eventuales diferencias de género.
- 6) Los motivos de consulta de *mayor frecuencia* fueron los padecimientos subjetivos, los problemas de la infancia y los registrados bajo la categoría de “otros” (al no poder nominarse con las categorías propuestas para esta variable).
- 7) Fueron *menos frecuentes* las violencias, el consumo de sustancias y el intento de suicidio., aunque para estas tres se justifica un seguimiento, atento a las implicancias sanitarias y sociales que representan.
- 8) Merecieron la calificación de *grave*, en mayor proporción: Intento de Suicidio, las Violencias, y el Consumo de sustancias. En menor proporción los Padecimientos Psíquicos, “Otros” motivos de consulta, y Problemas de la Infancia.
- 9) Fueron considerados como *urgentes* con mayor frecuencia los Intentos de Suicidio, el Consumo de Sustancias, los Padecimientos Subjetivos y, algo menos, las Violencias. Con baja frecuencia figuraron los “Otros” y los Problemas de la Infancia.

- 10) Se evidencia la necesidad de contar con información como herramienta de planificación y decisión científica de las acciones sanitarias.
- 11) Esta información debe ser oportuna, de calidad, confiable, rigurosa, con el fin de conocer la situación del campo particular de la Salud Mental, enmarcado y como parte del proceso salud-enfermedad-atención como un todo.
- 12) Se concluye resaltando la importancia de la continuidad de las experiencias de registro y producción de información. Y sobre las condiciones que tornan posible su realización efectiva.

#### **4ª PARTE. REFLEXIONES FINALES.**

El informe elaborado se sustenta en un enfoque que busca dar cuenta de aspectos integrales que operan en la producción de problemáticas subjetivas y que conducen a la demanda de atención en salud mental. Así, la incorporación para esta investigación de variables como *convivientes en el hogar, condiciones de inserción laboral, grado de escolarización*, junto a las de edad, sexo, lugar de residencia, propenden a una descripción más exhaustiva de las características de los grupos de población a los que se les brinda atención. Esta información (sumada a la que los Centros de Salud disponen o podrían disponer) y que orienta a la descripción de las condiciones objetivas de vida, pueden permitir potencialmente caracterizar con mayor rigor el escenario del espacio socio-económico de los grupos sociales involucrados.

El análisis de las variables de *escolaridad y situación laboral* otorgan a la población consultante rasgos particulares que refieren a un alto grado de precariedad social y económica. La alta proporción de personas que no alcanzan la escolaridad básica inicial, y de aquellos que no han culminado los estudios secundarios, aún en los grupos de adultos jóvenes, señala una situación muy preocupante; a ello se le agrega la alta proporción de personas mayores de 18 años que no tienen inserción laboral, casi el 30 % y, entre quienes lo tienen, la inestabilidad laboral como característica predominante. De manera que se justificaría una mayor indagación respecto de la relación entre las problemáticas prevalentes asistidas y estas condiciones de privación económica, social y cultural descriptas.

La población consultante provino en porcentajes dispares de los diversos distritos sanitarios en que se organiza la política administrativa y sanitaria del municipio. Sin embargo, esos porcentajes no son expresión de la magnitud de las consultas que se recepcionaron en los centros de salud, ni de la cantidad de población que vive en cada distrito. La participación voluntaria en este sistema de registro de SM en Atención Primaria ha significado que algunos profesionales no adhirieran aún, en el momento en que se desarrolló el estudio, a la tarea, provocando un aporte dispar y en consecuencia un relevamiento no exhaustivo de la información.

La información elaborada permite identificar un conjunto de consultas particulares que, si bien no numerosas, se destacan por la gravedad, la urgencia y/o la necesidad de derivación o

articulación asistencial con otros actores. Estas exigen una puesta en práctica de recursos y acciones que comprometen otros actores e instituciones sanitarias. Sería de utilidad que ese grupo de consultas fueran monitoreadas con la intensidad y continuidad que permitieran evaluar la adecuación de los recursos que permiten las intervenciones efectivas, cuanto la continuidad de la propia atención de los consultantes.

El informe elaborado es producto de un trabajo colectivo en el que participaron no sólo los profesionales mencionados en el mismo sino que es el momento final de un proceso en el que se inscribe también el grupo de profesionales de SM que se desempeña en los centros de Salud de Atención Primaria participantes. La tarea grupal puede resultar con mayor exigencia de tiempo y un esfuerzo de acuerdos y debates entre el conjunto, pero sienta las bases necesarias para la aceptación de los instrumentos, el involucramiento con los resultados, el aprovechamiento de la información epidemiológica para la gestión y planificación de las acciones sanitarias y la persistencia de la experiencia en el tiempo. Como todo informe, incorpora en sus consideraciones y análisis una serie de cuestiones y problemas definidos y seleccionados y no lo hace con otros. Queda para un segundo momento de discusión de la experiencia en general y del informe en particular, a nivel de cada uno de los Distritos y de los Centros de Salud, el análisis y discusión de aspectos que no pudieron ser considerados aquí.<sup>27</sup>

En tal sentido, es esperable que en la medida que la información es analizada y debatida con el conjunto de prestadores de SM, y que su continuidad se muestra sustentable, los profesionales de los Centros que no han participado de la experiencia puedan incorporarse lográndose una mayor cobertura de los eventos registrados.

Para ello es primordial y necesario contar con los recursos adecuados que tornen operativa la circulación de los registros, y la carga de los datos primarios. El procesamiento de la información exige sostenimiento en el tiempo y estabilidad de los procedimientos con que esta se produce. Las definiciones de gestión política que, valorando la oportuna disponibilidad de información sobre la situación sanitaria, propicien la realización de investigación

---

<sup>27</sup> En la jornada de presentación del informe y discusión de los resultados del 29 de junio se realizaron importantes observaciones críticas sobre la información presentada en el marco de un amplio y profundo debate. Allí se sugirieron interesantes aspectos a ser considerados a futuro.

epidemiológica y sobre la situación de salud, se hace claramente tangible si se garantizan recursos efectivos para esa tarea.

Para finalizar (continuando): este informe es necesariamente *producto* y a la vez *insumo*. Es un momento de la espiral de producción de información orientado a la generación de conocimiento en salud mental local como dimensión y campo específico de la salud, a nivel analítico. Se vería enriquecido por los aportes que pudieran generarse a modo de *crítica*, a partir de su lectura. Es un cierre y apertura en el circuito continuo del complejo y arduo trabajo del ámbito sanitario. Y es una invitación a los trabajadores de la salud mental y a los equipos de salud en general para su apropiación como herramienta que colabore en la tarea de generar mejores condiciones de atención y cuidado de la salud a la población y de los propios trabajadores de la salud.

**ANEXOS****Anexo 1. Planilla de registro primer consulta en salud mental en centros de salud.<sup>28</sup>**

PLANILLA DE REGISTRO PRIMER CONSULTA EN SALUD MENTAL EN CENTROS DE SALUD	
<b>A) DATOS DEL NOTIFICANTE</b>	
Centro de Salud.....Nombre del profesional:.....Fecha: __ / __ / __	
<b>B) DATOS DEL USUARIO/CONSULTANTE <sup>29</sup></b>	
Consulta: 1ra <input type="checkbox"/> Previa <input type="checkbox"/> N° HC: _____ Desc <input type="checkbox"/> No posee <input type="checkbox"/>	
Demanda: Espontánea <input type="checkbox"/> Deriv. Interna <input type="checkbox"/> (Disciplina.....) Externa <input type="checkbox"/> (Instituc. ....)	
Código de Nombre y Apellido <sup>30</sup> _____ Edad: __ Doc. Tipo __ N° _____	
Domicilio: Calle:.....Letra:..... Nro:..... Depto..... Distrito:..... Otras Local.....	
Instrucción: Sin Instr <input type="checkbox"/> Educ Especial <input type="checkbox"/> Preescolar <input type="checkbox"/> 1° <input type="checkbox"/> 2° <input type="checkbox"/> 3° <input type="checkbox"/> Comp <input type="checkbox"/> Incomp <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cursando actualmente: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Situac laboral/ingreso (no excluyentes) Trabajo actual: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Estable <input type="checkbox"/> No Estable/Changas <input type="checkbox"/> Ama de casa <input type="checkbox"/> Cobra Tarj	
Ciudadanía/Asignac Universal <input type="checkbox"/> Pensión <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/>	
Vive con: Flia./Pareja/Otros <input type="checkbox"/> Sólo <input type="checkbox"/> Situación de calle <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>	
Observac.....	
<b>C) CONSULTANTE TRAÍDO POR OTRA PERSONA (registrar datos de este último)</b>	
Vínculo <sup>31</sup> :.....Sexo: <sup>32</sup> ..... Edad: __ años. Doc. Tipo __ N° _____	
Domicilio: Calle <sup>33</sup> :.....Letra:..... Nro:..... Depto..... Distrito.....	
Instrucción: Sin Instr <input type="checkbox"/> Educ Especial <input type="checkbox"/> Preescolar <input type="checkbox"/> 1° <input type="checkbox"/> 2° <input type="checkbox"/> 3° <input type="checkbox"/> Comp <input type="checkbox"/> Incomp <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	
Cursando actualmente: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Situac laboral/ingresos: Trabajo actual: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Estable <input type="checkbox"/> No Estable/Changas <input type="checkbox"/>	
Ama de casa <input type="checkbox"/> Cobra Tarj Ciudadanía /Asignac Universal <input type="checkbox"/> Pensión <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/>	
Vive con: Flia./Pareja/Otros <input type="checkbox"/> Sólo <input type="checkbox"/> Situación de calle <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>	
Observac.....	
<b>D) MOTIVO DE LA CONSULTA EN SALUD MENTAL <sup>34</sup></b>	
<b>1) VIOLENCIA</b>	
1.1) FISICA	*Tipo: Pasiva <input type="checkbox"/> o Activa <input type="checkbox"/> *Ambito: Intrafamiliar <input type="checkbox"/> u Otros: .....
1.2) PSIQUICA	*Tipo: Pasiva <input type="checkbox"/> o Activa <input type="checkbox"/> *Ambito: Intrafamiliar <input type="checkbox"/> Otros: .....
1.3) SEXUAL/ABUSO SEXUAL	*Tipo: Pasiva <input type="checkbox"/> o Activa <input type="checkbox"/> *Ambito: Intrafamiliar <input type="checkbox"/> Otros: .....

<sup>28</sup> Los números de la notas al pie correspondientes a la planilla siguen aquí obviamente el orden sucesivo del Informe.

<sup>29</sup> El que presenta el problema por el que se consulta: en el caso de niños/as traídos por adultos, el consultante es el niño/a.

<sup>30</sup> Codif. N y A: F MA RO 17 10 1973, donde F/M/T (T=TRAVESTI) consigna género, MA y RO primeras dos letras del Nombre y Apellido en ese orden y 17 es día, 10 es mes y 1973 es el año. Se consigna el nombre y apellido LEGAL, según DNI.

<sup>31</sup> Qué relación/parentesco tiene con el consultante

<sup>32</sup> "F" para femenino; "M" para masculino; "T" para travesti.

<sup>33</sup> Si es el mismo que en B consignar: "Idem B".

<sup>34</sup> Registrar, cuando la consulta es x un niño/a, el problema de éste/a, referido por padre o familiar.

**2) INTENTO DE SUICIDIO**  
 Modalidad: Ahorcamiento  Armas blancas   
 Envenenamiento  Arrojamiento   
 Armas de fuego  Sobredosis medicamentosa   
 Otros: Especificar).....

**3) CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS** (consignar todas las que consume)  

<u>Modalidad</u>	Disolventes volátiles <input type="checkbox"/>
Consumo <input type="checkbox"/>	Cocaína <input type="checkbox"/>
Intoxicación/ Sobredosis <input type="checkbox"/>	Alcohol <input type="checkbox"/>
Crisis de abstinencia <input type="checkbox"/>	Marihuana <input type="checkbox"/>
	Pasta Base de Coca (Paco) <input type="checkbox"/>
	Psicofármacos <input type="checkbox"/>
	Otros (especificar).....

**4) PROBLEMATICAS DE LA INFANCIA**  
 4.1) Problemas Escolares: Del Aprendizaje  Integración al ámbito escolar   
 Otros: (Especificar).....  
 4.2) Problemas de Desarrollo Infantil: Trastornos alimentarios  Enuresis/ Encopresis   
 Otros (Especificar) .....  
 4.3) Problemas de la subjetividad infantil (en el juego, en la simbolización, en las relaciones con pares, etc.)  Otros (Especificar) .....

**5) MANIFESTACIONES DE PADECIMIENTO PSÍQUICO**  
 Alucinaciones  Depresión  Delirio  Excitación Psicomotriz  Crisis Angustia   
 Otros.....

**6) OTROS MOTIVOS DE CONSULTA** (consignar todo aquello que no pueda incluirse en categorías anteriores).....

**7) Motivo de consulta 2rio** (cuando es necesario) <sup>35</sup> .....

**E. GRAVEDAD DE LA CONSULTA**   
**URGENCIA**

**F. INTERVENCION DERIVADA LUEGO DE LA PRIMER CONSULTA (no excluyentes entre sí)**  
 -Continúa en tto Psi  Resolución en 1ra consulta  Interconsulta: Psiquiatra  Otro.....  
 -Derivación: Servicios sanitarios  ..... Otras organizac  .....  
 -Articulación: c/ Servicios sanitarios  ..... c/ otras organizac  .....

**OBSERVACIONES Y/O SUGERENCIAS:** (consignar todo lo que el profesional cree que es importante o significativo de la consulta, como asimismo los comentarios críticos para ser tenidos en cuenta en el momento del análisis o posteriores modificaciones)  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

<sup>35</sup> Codificar textualmente, si es posible con las categorías propuestas.

**Anexo 3. Instructivo para el llenado de la planilla** (acompañando a las Planillas al momento de comenzar el registro del período analizado en este Informe).

**Instructivo**

-Es importante completar todos los datos requeridos en el Formulario. El *domicilio completo* (calle, altura, etc.) es fundamental para permitir la georreferenciación de los registros.

-**Situación laboral / Ingresos:** no excluyentes (puede marcarse más de uno).

-**Vive con:** tipo de convivencia o conformación familiar que sea significativa consignar a criterio del profesional.

-**Gravedad de la consulta:** sólo marcar si se considera como tal en función de: el Motivo de Consulta, los recursos socio-institucionales, riesgo de integridad física u otras características que el profesional considere importantes (si es posible registrar estas últimas en “observaciones”)

-**Urgencia:** la consulta que exige una intervención inmediata que excede la lógica de las consultas programadas y/o que implica la participación de otros recursos/instancias en el momento.

-**Derivación:** cuando la intervención del profesional psi finaliza.

-**Articulación:** cuando dicha intervención continúa junto con otros profesionales y/o instituciones.



**Anexo 4. Nómina completa de los centros de salud municipales (con Vecinales incluidas), en cada distrito. Rosario, Junio 2011.**

<b>Norte</b>	<b>Oeste</b>	<b>Sur</b>
Fco. Lai	Dr. Esteban Maradona	Luis Pasteur
Dr. Salvador Mazza	Eva Duarte	Vec. Domingo Matheu
Vec. Nuevo Alberdi	Vec. Juan Pablo II	20 de Junio
1° de Mayo	Vec. Villa Urquiza	Rubén Naranjo
Vec. La Florida	Dr. David Staffieri	El Mangrullo
Casiano Casas	Sta. María Josefa Rossello	Sur
Juan B. Justo	Mauricio Casals	Dr Julio Maiztegui
<b>Noroeste</b>	Vec. Julio A. Roca	<b>Centro</b>
Distrito Noroeste	Toba	Martin
Luis Ugarte	Luchemos por la Vida	
Ceferino Namuncurá	Santa Lucía	
Emaús	<b>Sudoeste</b>	
Juana Azurduy	San Marcelino Champagnat	
Vec. Antonio Paravano	C.S. Santa Teresita	
Vec. Angel Invaldi	C.S. Barrio Plata	
Vec. Víctor Cué	El Gaucho	
Vec. Ludueña Norte y Moreno	Vec. Parque Sur	
Roque Coulin	Elena Bazet	
Jean Henry Dunant	Vec. San Martín A	
San Martín	Pocho Lepratti	
Vec. Amor al Estudio	Las Flores	
	Tío Rolo	
	San Vicente de Paul	
	Itati	