

# ¿Cómo y con quiénes atendemos los problemas de salud mental y consumos problemáticos? Estrategias de atención y cuidados en un estudio epidemiológico en el Gran Buenos Aires\*

Vissicchio, F., Pawlowicz, M. P., Diez, M., Barceló, F., Ralón, G., Tesoriero, M. y Rossi, D. (2024). ¿Cómo y con quiénes atendemos los problemas de salud mental y consumos problemáticos? Estrategias de atención y cuidados en un estudio epidemiológico en el Gran Buenos Aires. *Revista Cultura y Droga*, 29(38), 253-277.  
<https://doi.org/10.17151/culdr.2024.29.38.11>

*Florencia Vissicchio*\*\*  
*María Pía Pawlowicz*\*\*\*  
*Manuelita Diez*\*\*\*\*  
*Fabio Barceló*\*\*\*\*\*  
*Gonzalo Ralón*\*\*\*\*\*  
*Mara Tesoriero*\*\*\*\*\*  
*Diana Rossi*\*\*\*\*\*

Recibido: 21 de enero de 2024  
Aprobado: 13 de mayo de 2024

---

\* Artículo de investigación científica y tecnológica

\*\* Magíster en Psicología Social Comunitaria. Investigadora en Intercambios Asociación Civil. Ciudad de Buenos Aires, Argentina. E-mail: [fvissicchio@gmail.com](mailto:fvissicchio@gmail.com).  [/orcid.org/0000-0003-3630-4607](https://orcid.org/0000-0003-3630-4607). **Google Scholar**

\*\*\* Magíster en Salud y Ciencias Sociales. Coordinadora del Área de Investigación de Intercambios Asociación Civil. Ciudad de Buenos Aires, Argentina. E-mail: [mariapiapawlowicz@hotmail.com](mailto:mariapiapawlowicz@hotmail.com).

 [orcid.org/0000-0003-2215-5559](https://orcid.org/0000-0003-2215-5559) **Google Scholar**

\*\*\*\* Magíster en Cuidados y Género. Investigadora en Intercambios Asociación Civil. Ciudad de Buenos Aires, Argentina. E-mail: [mailmdiez@psi.uba.ar](mailto:mailmdiez@psi.uba.ar).  [orcid.org/0000-0001-6924-2970](https://orcid.org/0000-0001-6924-2970). **Google Scholar**

\*\*\*\*\* Licenciado en Sociología. Investigador en Intercambios Asociación Civil. Residente de Investigación en Salud. Ciudad de Buenos Aires, Argentina. E-mail: [fabo.barcelo@gmail.com](mailto:fabo.barcelo@gmail.com).  [orcid.org/0009-0003-4682-1963](https://orcid.org/0009-0003-4682-1963).

**Google Scholar**

\*\*\*\*\* Licenciado en Sociología. Investigador en Intercambios Asociación Civil. Ciudad de Buenos Aires, Argentina. E-mail: [gonzaralon@gmail.com](mailto:gonzaralon@gmail.com).  [orcid.org/0000-0002-9071-8205](https://orcid.org/0000-0002-9071-8205) **Google Scholar**

\*\*\*\*\* Licenciada en Sociología. Investigadora en Intercambios Asociación Civil. Ciudad de Buenos Aires, Argentina. E-mail: [maratesoriero@gmail.com](mailto:maratesoriero@gmail.com).  [orcid.org/0000-0002-8162-301X](https://orcid.org/0000-0002-8162-301X). **Google Scholar**

\*\*\*\*\* Licenciada en Trabajo Social. Fundadora y asesora de Intercambios Asociación Civil. Ciudad de Buenos Aires, Argentina. Email: [drossi@sociales.uba.ar](mailto:drossi@sociales.uba.ar).  [orcid.org/0009-0008-0972-8264](https://orcid.org/0009-0008-0972-8264) **Google Scholar**



## Resumen

El objetivo de este trabajo fue describir las estrategias de atención que utilizan las personas para dar respuestas a sus problemas de salud mental y consumos problemáticos de sustancias, ya sean de autoatención, de tipo biomédico y/o de saberes y formas de atención de tipo popular o tradicional. Los resultados que se presentan son parte de un estudio más amplio producido en el Partido de Lanús, zona sur del Gran Buenos Aires en Argentina. El diseño metodológico fue cuantitativo, construyéndose una muestra probabilística estratificada y aplicándose 605 cuestionarios semiestructurados domiciliarios entre octubre y noviembre de 2016, a través de la integración de instrumentos validados nacional e internacionalmente. Se implementó un consentimiento informado aplicando las normas de procedimientos internacionales y se suministró a cada participante una hoja de información sobre la investigación. Entre los resultados destacados se encontró que 115 personas habían consultado por problemas de salud mental en su último año (19 % de la muestra), de los cuales el 35,6 % lo hizo con profesionales de psicología, 26,25 % con clínica médica, 13,75 % psiquiatría y un 15 % dentro de un conjunto amplio de especialidades médicas no referidas directamente a salud mental. Por otro lado, un 9,4 % lo hizo con referentes del ámbito comunitario no pertenecientes al sector formal de salud.

**Palabras clave:** salud mental; uso de sustancias; estrategias de atención; accesibilidad a los servicios; salud mental comunitaria.

### **How and with whom mental health problems and problematic consumption should be addressed? Care and attention strategies in an Epidemiological Study in Greater Buenos Aires.**

#### Abstract

The objective of this study was to describe the care strategies that people use to address their mental health problems and problematic substance use, including self-care, biomedical strategies and/or popular or traditional knowledge and forms of care. The results presented were part of a larger study conducted in the Lanús district, a southern region of Greater Buenos Aires, Argentina. The methodological design was quantitative-qualitative, constructing a stratified probability sample and

applying 605 home semi-structured questionnaires, between October and November 2016, using nationally and internationally validated instruments. Informed consent was obtained using international procedures standards, and each participant was provided with a research information sheet. Among the highlighted results, it was found that 115 people had consulted for mental health problems in their last year (19% of the sample), of which 35.6% did so from Psychology professionals, 26.25% from a Medical Clinic, 13.75% from Psychiatry and 15% from a broad set of medical specialties not directly related to mental health. On the other hand, 9.4% sought care from community- based providers outside the formal health sector.

**Key words:** mental health, substance use disorders, accessibility, self-care, community mental health.

## 1. Introducción

Los problemas de salud mental tienen una creciente incidencia en la morbilidad y mortalidad prematura. Mundialmente, los llamados trastornos depresivos, los trastornos de ansiedad y los trastornos por consumo de sustancias ocuparon la segunda, la cuarta y la quinta posición respectivamente entre las principales causas de años vividos con discapacidad ajustados según la edad. En las Américas, se estima que 5,5 % de las muertes y 6,7 % de los años de vida ajustados por discapacidad son atribuibles al consumo de bebidas alcohólicas (Organización Panamericana de la Salud [OPS] y Organización Mundial de la Salud [OMS], 2023).

El primer estudio epidemiológico de salud mental en población general en Argentina fue realizado en el año 2018<sup>1</sup> a partir de la aplicación de una encuesta a 3.927 personas mayores de 18 años de los principales centros urbanos del país. Entre los problemas más frecuentes, según las prevalencias de vida, se estimaron: trastornos de ansiedad (16,4 %), seguidos por trastornos del estado de ánimo (12,3 %), trastornos por uso de sustancias (10,4 %) y trastornos del control de impulsos (2,5 %). En cuanto a la atención, por esos problemas de padecimiento subjetivo, el estudio señala que solo un 13,2 % del total de la población recibió algún tratamiento en los 12 meses previos,

---

<sup>1</sup> Trabajo titulado “Estudio epidemiológico de salud mental en población general de la República Argentina”, realizado en el marco de la Iniciativa de la Encuesta Mundial de Salud Mental (World Mental Health Survey Initiative OMS/Harvard), en colaboración con la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires y la Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA), y contó con financiamiento del Ministerio de Salud de la Nación.

correspondiendo el 11,5 % al sector salud (7,7 % específicamente a servicios de salud mental y el 3,8 % a profesionales de medicina en general). En cuanto al nivel de los trastornos, recibieron tratamiento el 32,5 % de las personas con trastornos moderados, severos el 30,2 %, y, en menor medida, el 22,1 % de quienes padecían trastornos leves (Stagnaro *et al.*, 2019).

Se estimó en 2018 que en Latinoamérica existía una *brecha de tratamiento*<sup>2</sup> para trastornos mentales graves de 69,9 %, mientras que para América del Norte alcanzaba el 40,5 %. En los casos de trastornos graves a moderados la brecha de tratamiento era aún mayor, siendo en América Latina del 74,7 % y del 53,2 % en América del Norte. En lo que respecta al uso de sustancias se registraron las brechas más altas, del 83,7 % para América Latina y del 69,1 % para América del Norte (Kohn *et al.*, 2018). Brechas que se profundizaron durante la pandemia de COVID-19 al deteriorarse las condiciones de acceso a los servicios de salud en los países de la región. Según una encuesta de la OMS<sup>3</sup>, sobre los servicios que atendían trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias psicoactivas, cerca de la mitad (47 %) presentaron interrupciones durante el año 2021 (OPS y OMS, 2023).

A este escenario, se suma que los servicios de salud mental tienden a reproducir lógicas “hospitalo-céntricas”, con escaso desarrollo de la Atención Primaria de la Salud, es decir, de prácticas y narrativas de base comunitaria adecuadas a las singularidades de cada territorio y a los modos de significar los procesos de salud/enfermedad/cuidados. Antecedente que ya podía observarse en 2014 en América Latina y el Caribe, cuando el 86 % de las camas psiquiátricas se concentraba en hospitales especializados en psiquiatría, seguido del 10,6 % en hospitales generales y solo un 2,7 % se situaba en ámbitos comunitarios (OPS y OMS, 2023).

En relación a este campo de problemas, en Argentina la Ley de Salud Mental 26.657, 2010, Art. 4 constituyó un hito histórico. Desde el paradigma de derechos fortaleció la visión de la salud mental como parte de la salud integral y, por lo tanto, la necesidad de abordar sus problemáticas en equipos interdisciplinarios, atendiendo

<sup>2</sup> Según Kohn *et al.*, (2004), la brecha de tratamiento consiste en la distancia entre la prevalencia de personas con trastornos mentales de una población y la cantidad de las mismas que no reciben tratamiento, a pesar de la existencia del mismo. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15640922/>

<sup>3</sup> Se trató de la “Encuesta mundial sobre la continuidad de los servicios de salud esenciales durante la pandemia de COVID-19”, dirigida a informantes claves de cada país, con el objetivo de obtener de manera rápida indicadores del impacto de la pandemia sobre la atención de los problemas de salud mental a nivel mundial. <https://acortar.link/7izyfa> El enlace no funciona.

a los contextos comunitarios e incluyendo en el campo de la salud mental a los consumos problemáticos de sustancias.

Dicha normativa buscó garantizar el ejercicio de importantes derechos, entre ellos el conocimiento de los grupos de pertenencia y su historia, la búsqueda del tratamiento más conveniente y menos restrictivo de derechos y libertades, la no discriminación por diagnóstico, padecimiento mental o antecedentes, la promoción de la participación de las personas con problemas de salud mental en la toma de decisiones relacionadas con el tratamiento, y la consideración de que el padecimiento mental es un estado modificable. En cuanto a las internaciones, establece que se las considere como “último recurso”, promoviendo que las intervenciones sean preferentemente realizadas, si se pueden generar condiciones en el entorno familiar, comunitario o social de las personas.

Sin desconocer los avances logrados hacia abordajes e intervenciones comunitarias, la oferta de estos servicios continúa siendo limitada y se sigue priorizando la asignación de recursos a la clínica individual. Por otro lado, continúan siendo escasas las investigaciones sobre las prácticas de autocuidado, las estrategias de autorregulación y de reducción de riesgos y daños implementadas por las propias personas que usan drogas (Barrenechea *et al.*, 2022).

En este escenario, es importante reconocer cuáles son esas *prácticas de autocuidado y autoatención* que las comunidades desarrollan en paralelo con la atención que reciben del sistema de salud mental. Se trata, en términos de Menéndez (2009), de aquellas representaciones y prácticas que la población utiliza para diagnosticar, explicar, atender los procesos que afectan su salud, sin la intervención directa e intencional de curadores profesionales, que en ocasiones implica decidir la autoprescripción y el uso de un tratamiento en forma autónoma.

Desde el punto de vista conceptual, los servicios de salud están condicionados estructuralmente por las políticas públicas, las leyes, la economía, los paradigmas médicos, los valores culturales y los problemas sociales, que se expresan en las relaciones entre profesionales de la salud y las personas que consultan (Rossi *et al.*, 2007). Asimismo, retomando el concepto de *actos de salud* de Merhy y Onocko (1997), en cada situación se configura un espacio de intersección/intervención en el que cada una de las partes busca orientar sus acciones según sus necesidades

y modos de actuar. Se trata de un vínculo que se construye entre los sujetos e instituciones de salud, entrelazando las condiciones y discursos sanitarios y las condiciones y representaciones de los sujetos, que se manifiestan en la modalidad de utilización de los servicios de salud (Comes, 2002). Asimismo, dentro del campo de la salud mental coexisten y se disputan los sentidos de las prácticas de salud en la forma de diferentes tipos de abordajes e intervenciones —tratamiento ambulatorio-internación, tratamiento individual-grupal—, lo que complejiza la toma de decisiones por parte de las personas que buscan alternativas terapéuticas para la atención de sus padecimientos (Rossi *et al.*, 2007).

El objetivo de este artículo es describir las estrategias de autoatención y autorregulación que utilizan las personas para atender sus problemas de salud mental y usos de sustancias en el municipio de Lanús. Estos resultados se elaboran a partir del “Estudio epidemiológico descriptivo de las problemáticas de salud mental y consumos problemáticos de sustancias en un municipio del conurbano bonaerense” (Pawlowicz, 2017) realizado entre octubre y noviembre de 2016. En el mismo, se captaron problemáticas que probablemente se hayan agudizado posteriormente durante el período de la pandemia por COVID-19, a través de la incidencia en la salud mental de las medidas sanitarias preventivas y los cambios en las economías de los hogares. Su análisis cobra relevancia tanto por las dimensiones problemáticas encontradas como por constituir uno de los pocos estudios epidemiológicos en salud mental con una muestra probabilística que aportó evidencia empírica valiosa para los programas de salud y toma de decisiones en las políticas públicas. También, ante la vigencia de miradas que proponen modelos contrarios al enfoque de la Ley de Salud Mental, se pone de relieve la importancia de generar conocimientos acerca de las propias prácticas de las personas dentro de sus comunidades y sus vinculaciones con los servicios de salud, con el fin de fortalecer una atención que garantice el ejercicio de derechos de la población.

## 2. Metodología

La investigación en la que se basa este artículo tuvo como objetivo recabar información epidemiológica sobre prevalencia de problemas de salud mental y consumos problemáticos de sustancias, distribuidas por sexo, edad y otros determinantes sociales, así como indagar acerca de las estrategias de atención y el análisis de las barreras y facilitadores de acceso a los servicios de salud. Se implementó un estudio

descriptivo cuanti-cualitativo, realizado en Monte Chingolo y Lanús Oeste, dos localidades del partido de Lanús. En ese momento, Lanús era el noveno distrito más poblado del Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA), con una población de 459.263 habitantes, y el segundo de mayor densidad poblacional<sup>4</sup> con 10.077,8 hab/km<sup>2</sup>. En ella, un 52,3 % de las personas fueron registradas como mujeres (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos [INDEC], 2012).

Se accedió a la población a encuestar con un diseño muestral de cinco etapas: (1) identificación de radios censales establecidos por el INDEC en las localidades de Monte Chingolo y Lanús Oeste; (2) selección de manera aleatorizada de los radios censales de cada localidad; (3) selección al azar de una manzana original (MO) en cada radio —primera en ser recorrida por las encuestadoras— y las manzanas de reemplazo; (4) inicio del proceso por una *esquina de arranque* predefinida, recorriendo cada manzana en el sentido de las agujas del reloj, y salteando dos viviendas por cada encuesta completada para cumplir con un patrón de selección sistemática de viviendas y (5) selección por cuotas de sexo y edad proporcionales a la distribución general de población censada en el partido en 2010.

El trabajo de campo se realizó entre octubre y noviembre de 2016. Se aplicaron 605 cuestionarios semiestructurados, los cuales integraron indicadores validados nacional e internacionalmente, dirigidos a medir diferentes variables, organizados en las siguientes secciones:

- a. Datos sociodemográficos: Preguntas sobre género, edad, nacionalidad, nivel de estudios alcanzado, características de la vivienda, grupo conviviente y cobertura de salud. Las preguntas se basaron en indicadores de la “Tercera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo para Enfermedades No Transmisibles” (Ministerio de Salud de la Nación e Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2015)
- b. Apoyo social: Cantidad de amistades íntimas o personas cercanas con las que las personas contaban para hablar de sus problemas, mediante una adaptación del cuestionario Medical Outcomes Study Social Support Survey (MOS-SSS). Se utilizaron los índices de Revilla et al., (2005), validados en Argentina por Rodríguez Espínola y Enrique (2007).

---

<sup>4</sup> A nivel nacional, el partido de Lanús se encontraba en el segundo lugar en términos de distritos de mayor densidad poblacional, detrás de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, la cual presentaba 14.450,8 hab/km<sup>2</sup>.

- c. Depresión: Se utilizó la escala de Beck-segunda edición (BDI-II), un instrumento de 21 ítems diseñado para evaluar la gravedad de la sintomatología depresiva en personas adultas y adolescentes con una edad mínima de 13 años.
- d. Consumo de sustancias: Se aplicó la prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias ASSIST (alcohol, smoking, substance involvement screening test), elaborada por la OMS (2011).
- e. Violencia de género: Las preguntas se basaron en el “Estudio Nacional sobre Violencias contra la Mujer”, en el cual se indagó episodios de violencia de género a lo largo de la vida y en el último año, y quiénes los ejercieron (D’Angelo et al., 2017).
- f. Accesibilidad: Se enumeró una lista de posibles barreras y dificultades de acceso a los servicios de salud, con respuestas ordinales prefijadas que se definieron con base en los resultados de un estudio sobre accesibilidad de los usuarios de drogas a los servicios públicos de salud en Buenos Aires y Rosario (Rossi et al., 2007).

Las preguntas abiertas permitieron obtener mayor información de contexto para la interpretación de las puntuaciones del BDI-II, sobre todo aquellas que pudieran arrojar valores de depresión moderada o grave. Es decir, se buscó diferenciar la tristeza normal asociada a distintos eventos como una separación, un duelo, o una pérdida de empleo; de la depresión como cuadro clínico. La selección de estos conjuntos de variables siguió el criterio de adecuación con los objetivos planteados, recomendaciones efectuadas por el equipo de consultores y ajuste según duración total de la entrevista.

La participación de las personas en este estudio siguió los principios éticos de igualdad, voluntariedad, anonimato, confidencialidad y seguridad, emanados de la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial de 1964 (Asociación Médica Mundial, 2024) y sus actualizaciones posteriores. Se empleó un consentimiento informado, en cuyo proceso de implementación se utilizaron los criterios de la guía de “Pautas Éticas Internacionales para la Investigación Relacionada con la Salud con Seres Humanos”, en la cual se menciona la importancia de poner a disposición todos los recursos necesarios (escrito, audiovisuales, didácticos, etc.) para que las personas entrevistadas comprendan las implicancias de sus participaciones y puedan ejercer

de manera esclarecida sus derechos (Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas y OMS, 2016).

El análisis estadístico de los datos, obtenidos a partir de la muestra probabilística, se inició con la depuración de los cuestionarios, su incorporación en una base de datos informatizada donde cada persona participante es una unidad; es decir, un registro, y la descripción de las distribuciones de frecuencias y medidas de tendencias centrales de las principales variables. Sobre esa base se realizaron estimaciones de parámetros descriptivos y de asociaciones entre variables relevantes. Se realizó un análisis temático de las respuestas obtenidas a preguntas abiertas sobre motivos, situaciones o condiciones en las que los encuestados recibieron atención o acudieron a las instituciones sanitarias. La recategorización y codificación, de acuerdo con los objetivos del proyecto, permitió construir redes conceptuales para identificar regularidades y desarrollar un análisis de contenidos de las respuestas.

### **3. Resultados y discusiones**

De las 605 personas encuestadas, el 34,9 % residían en Monte Chingolo y el 65,1 % en Lanús Oeste.

En la Tabla 1 se presentan las características sociodemográficas de la muestra.

**Tabla 1.** Características sociodemográficas (N= 605)

<b>Género</b>	n 605 (%)	<b>Edad (media -DE-)</b>	39,34 (13,8)
Femenino	317 (52,4)	<b>Tipo de vivienda (%)</b>	n 615(%)
Masculino	288 (47,6)	Casa	507 (84,1)
<b>Edad (media -DE-)</b>	39,34 (13,8)	Departamento	55 (9,1)
<b>Nacionalidad</b>	n 599 (%)	Casilla	34 (5,6)
Argentina	567 (94,7)	Pieza inquilinato	4 (0,7)
Paraguay	16 (2,7)	Otro tipo	3 (0,5)
Bolivia	5 (0,8)	<b>Hacinamiento crítico (%)</b>	12 (2,0)
Uruguay	5 (0,8)	<b>Situación laboral</b>	n 598 (%)
Perú	4 (0,7)	Ocupado	496 (82,9)
Otros: Chile e Italia	2 (0,4)	Desocupado	22 (3,7)
<b>Máximo nivel educativo alcanzado (%)</b>	n 591(%)	Inactivo	80 (13,4)
Primario incompleto	50 (8,5)	<b>Subsistemas de salud utilizados</b>	n 605 (%)
Primario completo	118 (20,0)	Sólo público	231 (38,2)
Secundario incompleto	119 (20,1)	Solo Obra Social	193 (31,9)
Secundario completo	166 (28,1)	Público y Obra Social	81 (13,4)
Terciario incompleto	68 (11,5)	Obra Social y privado	52 (8,6)
Terciario completo	70 (11,8)	Sólo privado	34 (5,6)
<b>Tipo de hogar</b>	n 604 (%)	Público y privado	11 (1,8)
Familiar Compuesto	2 (0,3)	Los tres subsistemas	3 (0,5)
Multipersonal no familiar	2 (0,3)	<b>Tipo de vivienda</b>	n 603 (%)
Unipersonal	44 (7,3)	Casa	507 (84,1)
Pareja sin hijos	63 (10,4)	Departamento	55 (9,1)
Progenitor e hijos	64 (10,6)	Casilla	34 (5,6)
Familiar extendido	143 (23,7)	Pieza inquilinato	4 (0,7)
Pareja e hijos	286 (47,4)	Otro tipo	3 (0,5)
<b>Número de hijos (media —DE—) n = 431</b>	2,31 (1,4)	<b>Cobertura de salud (%)</b>	
<b>Cantidad de miembros del hogar (%)</b>		Obra social	327 (54,2)
Vive solo	44 (7,3)	Prepaga	87 (14,4)
Con 1 a 5 personas	528 (87,4)	Público	191 (31,4)
Con 6 a 12 personas	32 (5,2)		

Fuente: Elaboración propia

A continuación, se recorrerán las estrategias que las personas refirieron utilizar frente a las situaciones que afectaban a su salud mental y de consumos problemáticos. Distinguimos el gran abanico de acciones no excluyentes puestas en marcha para aliviar, mitigar y/o superar el malestar y el dolor.

### 3.1. ¿Dónde atienden sus problemas de salud en general?

Como lo indica la Tabla 2, el efector más nombrado fue la clínica o el hospital privado, recibiendo consultas de atención por obra social<sup>5</sup> en muchos de los casos, aunque las menciones al hospital público tuvieron una proporción equivalente, seguido por los centros de salud.

**Tabla 2.** *Instituciones donde se atendían problemas de salud en general. N de casos 604*  
*[Respuestas múltiples]*

Clínicas u hospitales privadas	45,4 % (274)
Hospitales públicos	43,2 % (261)
Centros de salud	28,6 % (173)
Consultorios privados	15,6 % (94)
Farmacia	0,8 % (5)
Otros	0,8 % (5)
NS/NC	0,8 % (5)

*Fuente:* Elaboración propia

### 3.2. Las consultas específicas de salud mental

Sobre el total de la muestra, un 19,4 % (115 de n 594) había consultado por problemas de salud mental al menos una vez en el último año.

<sup>5</sup> El sistema de salud de Argentina se asienta en la provisión pública, a la cual tiene acceso el conjunto de los habitantes del país. Sin embargo, los/as trabajadores/as del sector privado y aquellos/as del sector público nacional cuentan adicionalmente con la cobertura de instituciones de la seguridad social, asignadas por ramas de actividad, denominadas “obras sociales” (Cetrángolo et al., 2011).

Como hallazgo, las personas consultaron en un 60,9 % (70) a profesionales de medicina clínica, psiquiatría, neurología u otras, más allá de que tuvieran formación específica en salud mental.

En la Tabla 3, se puede observar de modo desglosado con quién reportan haber realizado las consultas, aclarando que algunas personas expresaron más de una respuesta, ya que no sería excluyente consultar, por ejemplo, a una médica clínica y a un pastor al mismo tiempo.

**Tabla 3.** *¿A quiénes consultaron por problemas de salud mental? n de casos= 115*  
[Respuestas múltiples]

Psicología	49,6 % (57)
Clínica Médica	36,5 % (42)
Psiquiatría	19,1 % (22)
Otras especialidades médicas <sup>6</sup>	15,6 % (18)
Pastor/a - sacerdote	8,7 % (10)
Neurología	5,2 % (6)
Otros saberes no médicos <sup>7</sup>	4,3 % (5)

Fuente: Elaboración propia

Por otra parte, cuando a esas 115 personas se les preguntó: “*A raíz de ese problema ¿está haciendo o hizo algún tratamiento?*”, un 56,5% (65) respondió afirmativamente. Al indagar en la pregunta abierta: “¿qué tipo de tratamiento realizaron?”, esas 65 personas se expresaron con sus propios términos, refiriendo el 47,7% (31) haber hecho “*tratamiento psicológico*”, seguido por un 30,8 % (20) que apuntó “*haber tomado alguna medicación*”. Un 18,5 % (12) consideró como tratamiento las prescripciones y medidas de cuidados generales como “*hacerse controles*”, “*estudios de sangre*” o “*chequeos médicos generales*” a partir de consultas a servicios de diferentes especialidades médicas. En menor medida, 6 personas mencionaron tratamientos “*espirituales*”, “*meditación*”, “*médico psíquico*”, “*orar*” y “*ejercicio de registro*”

<sup>6</sup> Incluye Homeopatía, Traumatología, Cardiología, Oftalmología, Oncología, Reumatología, Diabetología, Alergia, Ginecología y Obstetricia.

<sup>7</sup> Incluye profesor/a de yoga, grupo de autoayuda y curandero/a.

*de emociones*”; 5 personas señalaron haber hecho “*tratamiento psiquiátrico*” y 3 “*autoayuda*” o “*terapia de grupos*”.

### 3.3. *Quiénes no consultaron por algún problema de salud mental*

Sobre el total de la muestra (N=605), hubo 115 personas que respondieron que consultaron y 15 que no contestaron. En este apartado se hará referencia a las 477 (78,8 %) personas encuestadas que refirieron no haber realizado consultas por salud mental. Preguntar los motivos de por qué no lo hicieron, permitió desagregar los sentidos que la propia población argumentó.

La mayoría, en un 79,2 % (378) (Figura 1) respondió no haber consultado porque no lo creyó “*necesario*” o no consideró que tuviera problemas (“*no me siento mal*”, “*soy fuerte y muy sano*”, “*no lo veo necesario*”). Entre el resto de las razones más mencionadas, el 5,28 % (24) afirmó que no tenía tiempo (“*no tuve tiempo, aunque me gustaría*”, “*por tiempo o ganas*”, “*no puedo faltar al trabajo*”). Por otra parte, y siempre de modo no excluyente, el 4,6 % (19) reportó que no quiso consultar, sin especificar los motivos, aludiendo respuestas del tipo: “*porque no*”, “*prefiero no ir*”, “*porque no quería*”.

En similares proporciones, un 3,6 % (15) informó que “*no le gustaba*” consultar con personal de medicina o psicología (“*no me gustan los hospitales ni los médicos*”, “*no me gusta contar mis cosas a quien no conozco*”), y un 3,4 % (14) que no creía que consultar con un profesional le ayudaría. Estas respuestas de alguna manera desestiman la intervención profesional en las formas de: “*siento que un profesional no podría comprenderme*”, “*lo puedo llevar adelante yo misma*”, “*no se me ocurriría ir a un psicólogo, hablo con mis amigos*”, “*no creo que resuelva mi situación, está en mí*”. Finalmente, unas pocas personas (3) expresaron no consultar porque tenían apoyo de su familia (“*resuelvo todo con mi pareja*”, “*me distraigo con mis hijos*”, “*hablando con mi mujer me es suficiente*”), otra manifestó que prefería “*ir a la iglesia*” (“*mi problema no es físico, es emocional, puedo charlar con un cura*”) y una lo relacionó con la falta de dinero.

**Figura 1.** ¿Por qué no consultó? (respuestas múltiples, n=477)



Fuente: Elaboración propia

Cabe considerar, respecto a estos datos, que el hecho de no concurrir no es necesariamente equivalente a no percibir un problema, como se aprecia en las categorías “Falta de tiempo”, “No quiere consultar”, “No le gusta recurrir a instituciones o profesionales”. En línea con lo planteado por Stagnaro *et al.*, (2019), esto último podría considerarse en vinculación con algunas de las cuestiones socioeconómicas indagadas, de manera más precisa con cierto ritmo de “la vida cotidiana” en las respuestas que señalan “Falta de dinero” (0,2 % - 1), pero, sobre todo, las que se podrían relacionar a dificultades de “accesibilidad” o “poca confianza” a la atención profesional de la salud —“No le gusta recurrir a instituciones o profesionales” (3,1 % - 15), “No cree que consultar a un profesional lo/la ayudaría” (2,9 % - 14), “Tiene apoyo de la familia” y “Prefiere ir a la iglesia” (0,8 % - 4)—. Incluso, se podría pensar la respuesta “No quiere consultar” (4 % - 19) en igual sentido, considerando que se resumen como “no querer” la falta de tiempo, dinero o confianza en el sistema de salud. Asimismo, cabría considerar algún tipo de subestimación de estos padecimientos, considerados por las personas como de menor relevancia frente a otras manifestaciones físicas o urgencias provenientes de la vida social y afectiva, desde los problemas laborales o de ingresos hasta los padecimientos que cargan otros/as familiares cercanos.

En relación con la preocupación que otras personas significativas de su entorno mostraban por la salud mental de quienes fueron encuestados, el 25,5 % (154) manifestó que efectivamente alguna persona cercana había mostrado preocupación. Las personas más mencionadas (de modo no excluyente, ya que algunas mencionaron a varias personas) fueron: amistades 32,9 % (49), pareja 19,5 % (29), hermano/a 15,4 % (23), hijo/a 14,1 % (21), madre 13,4 % (20). Al apreciar las diferencias por género, se observó que entre los varones fue más frecuente la preocupación de sus amistades (87 % vs. 31,2 % en las mujeres), y parejas (26,8 % vs. 15,1 % en las mujeres). En cambio, entre las mujeres fue más frecuente la mención de la preocupación por parte de su madre (16,1 % vs. 0,9 % en los varones). Esto podría vincularse con las formas de socialización de género y la naturalización del rol de cuidado asignado a las mujeres, mientras que los varones, bajo los mandatos de masculinidad hegemónica (Kaufman, 1997), son concebidos, por un lado, como poco aptos para proveer cuidados a otras personas y, por otro, como personas fuertes y autosuficientes, lo cual los aleja de las consultas en salud.

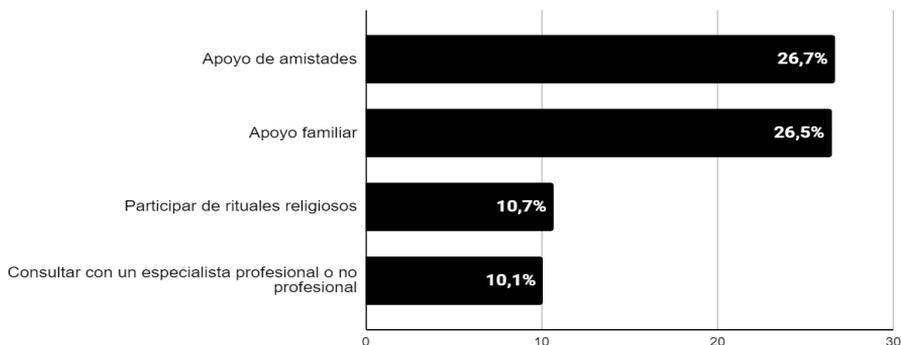
Al indagar sobre los motivos por los que amistades, familiares o alguien más mostraba preocupación, la heterogeneidad de situaciones y de registros del padecimiento psíquico se desplegó en diversos sentidos, lo que mostró de qué manera se problematiza y define un malestar subjetivo o grupal. Las personas entrevistadas relataron que “otros se preocuparon por”: sus problemas familiares, como conflictos de pareja/divorcio/separación y problemas en relación al cuidado de los/as hijos/as; su sufrimiento subjetivo, es decir, estados de angustia, tristeza, ansiedad, miedo y situaciones traumáticas vinculadas a la inseguridad, cambios o pérdidas en lo afectivo, como el fallecimiento de un familiar; problemas laborales: estrés o pérdida del empleo; y problemas de diversa índole como familiares, de salud en general, por consumo de sustancias, con el juego, entre otros motivos.

### 3.4. Estrategias de atención de la salud mental

Es posible también interpretar ciertos datos como un reconocimiento implícito de padecimientos en la salud mental. Ante la pregunta “¿Qué hace para sentirse mejor?”, de un total de 495 personas que la respondieron, se distinguieron dos formas principales de autoatención: una centrada en los saberes y formas de autoatención (Menéndez, 2009) en *los grupos primarios naturales*, especialmente el grupo doméstico; y otra

en *estrategias individuales* frente al malestar, que involucraban saberes y formas de atención tanto de tipo biomédico como de tipo popular o tradicional.

**Figura 2.** *¿Qué hace para sentirse mejor? (respuestas múltiples, n=495)*



Fuente: Elaboración propia

Retomar las voces de las personas e identificar las respuestas más frecuentes permitió ampliar la Figura 2. Acerca de los grupos primarios conformados por amistades (26,7 % - 132), se mencionó: compartir actividades lúdicas o deportivas ligadas al bienestar y la sociabilidad (*“trato de salir a divertirme con amigos”; “salgo con amigas a caminar”; “hablo con amigos, vamos a comer, a pasear, salimos”; “salgo a bailar con mis amigos”*), y expresar y poner en palabras los sentimientos (*“la mayoría de las veces me voy a la casa de mi mejor amiga”; “llamo a una vecina o amiga para hablar”; “lo hablé con mi mejor amiga”; “llamo a un amigo, me enoja y sigo”*). Se observa la relevancia que adquiere el lazo social entre pares como lugar de prácticas de cuidados, de conversación y escucha, de contención y estimulación psicoemocional, y, al mismo tiempo, como espacio recreativo y placentero que aporta al bienestar y desarrollo personal, dimensiones claves de la salud mental.

En el mismo sentido y con una frecuencia similar, se mencionó el papel que desempeñan familiares (26,5 % - 131), con mayor peso en el aspecto de brindar escucha, contención y sostén afectivo: *“trato de despejarme y refugiarme en mi familia”; “paso tiempo en familia”; “aferrarme a mi familia, agradecer tenerlos”; “charlo con mi mujer, amigos, muy compañeros, salimos con amigos o solos”*

*también*”; *“converso con mi hermana*”; *“con mi marido hablamos mucho y nos escuchamos, eso hace que yo esté tranquila”*”.

Otra de las formas de autoatención que aparecieron fueron las centradas en la participación de eventos y prácticas instituidas en las comunidades. Los sentidos más reiterados en ese 10,7 % (53) de respuestas vinculadas a saberes de tipo popular o tradicional se concentraron en rituales religiosos: *“voy a la iglesia, rezo mucho”*; *“voy a la parroquia, encuentro contención”*; *“me entrego a Dios”*; *“orar a Dios para sentirme mejor”*; *“recé mucho y me aferré a Jesús”*”.

En una proporción similar, ante la pregunta de qué hacían para sentirse mejor, el 10,1 % (50) expresó que recurría a profesionales que se desempeñan en el sector formal de la salud (*“voy al psicólogo”*; *“consulta a un médico”*; *“escucho a un profesional para que me ayude a salir”*). Estas últimas, se corresponden con saberes denominados de tipo biomédico, que se definen como las estrategias implementadas *“por médicos y personal paramédico que trabajan en los tres niveles de atención respecto de padecimientos físicos y mentales”* (Menéndez, 2009, p. 79).

### 3.5. Estrategias de cuidado de la salud vinculadas con los consumos de sustancias

Al preguntar si en los últimos 12 meses las personas entrevistadas habían realizado tratamiento por drogas, solo 3 contestaron que sí lo habían hecho. Vale aclarar que en esta investigación no se relevaron problemas graves de consumo de sustancias psicoactivas, pero sí algunas situaciones de *“riesgo moderado”*, siguiendo los criterios de la Prueba ASSIST v3.0 (OMS, 2011)<sup>8</sup>. Sobre la escasa cantidad de respuestas afirmativas acerca de consumos que resultasen problemáticos, debe tenerse en cuenta la estigmatización que pesa sobre la cuestión, lo cual puede llevar a las personas a optar por ocultar el problema, no demandar ayuda e incluso tratar de restarle relevancia ante vínculos afectivos.

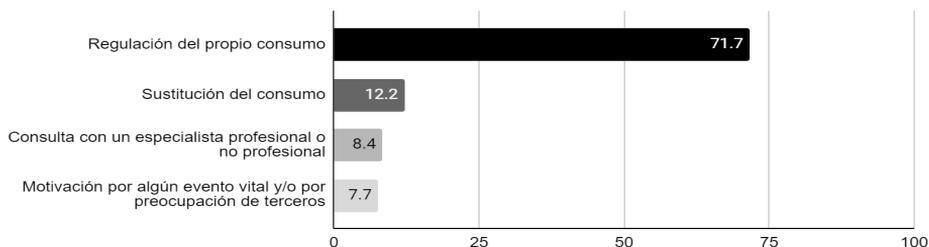
Indagar acerca de las estrategias de resolución de problemas relacionados con los consumos de sustancias, legales e ilegales, permitió una mayor comprensión sobre

---

<sup>8</sup> La prueba ASSIST v3.0 considera riesgo moderado al consumo *“más regular”*. Se refiere a personas usuarias de sustancias que *“tienen un riesgo moderado de presentar problemas de salud y de otro tipo. El continuar el consumo a este ritmo indica una probabilidad de futuros problemas de salud y de otro tipo, entre ellos la probabilidad de dependencia. El riesgo aumenta en los usuarios que tienen un historial de problemas por el uso de sustancias y dependencia”* (OMS, 2011, p.34).

la complejidad que caracteriza el vínculo que la población usuaria suele tener con los servicios de salud. Tal como se muestra en la Figura 3, a las 226 personas encuestadas que refirieron haber intentado dejar de consumir alguna sustancia, se les realizó una pregunta abierta acerca de las estrategias utilizadas. Es importante resaltar que no se trataba de estrategias excluyentes entre sí, sino que una misma persona podía haber optado por más de una. Las respuestas obtenidas permitieron identificar 4 tipos de estrategias: a) aquellas centradas en prácticas individuales de autorregulación, b) las prácticas basadas en la sustitución de los consumos, c) la consulta con especialistas, fueran o no profesionales, y d) las motivaciones relacionadas con eventos vitales y con la preocupación de terceras personas. La siguiente figura muestra las frecuencias obtenidas para cada una de ellas.

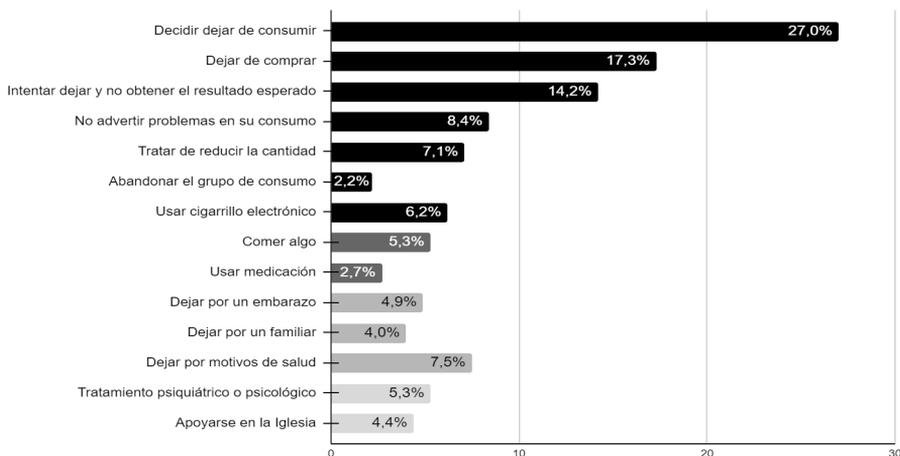
**Figura 3.** *Tipos de estrategias para dejar de consumir (respuestas múltiples, n=226)*



*Fuente:* Elaboración propia

Si se atiende a las prácticas incluidas en cada uno de los tipos de estrategias, como muestra la Figura 4, entre quienes refirieron a la **autorregulación del propio consumo**, un 27 % (61) indicó que directamente dejó de consumir, por voluntad o decisión propia, seguido por un 17,3 % (39) que expresó que “*dejó de comprar*”, nuevamente vinculándolo a la “*fuerza de voluntad*” individual. En menor medida, un 14,2 % (32) de las personas refirieron que intentaron dejar de consumir sin obtener el resultado esperado (“*traté*” pero “*no resultó*”).

**Figura 4.** ¿qué hizo para dejar de consumir? (respuestas múltiples, n=226)



Fuente: Elaboración propia

Las personas que mencionaron no tener necesidad de abandonar sus consumos, manifestaron no caracterizarlos como problemáticos (8,4 % - 19) debido a consumir “poco” o hacerlo de manera “recreativa” o “no dependiente” (“*bebo socialmente, en familia*”, “*las drogas y la bebida no son adicción, sino que consumo como diversión cuando salgo con amigos*”).

Además, como una alternativa distinta al cese absoluto del consumo, en un 7,1 % (16), las personas intentaron reducir la cantidad de sustancia utilizada (“*tomo menos porque así me lo propuse, lo logré, aunque en las fiestas brindo de más*”, “*bajé la cantidad de cigarrillos*”, “*conté los cigarrillos y los dividí por horas; fumo menos pero no lo pude dejar*”).

Respecto de las prácticas tendientes a la **sustitución de una sustancia por otra**, se mencionaron el uso del cigarrillo electrónico como reemplazo del cigarrillo clásico de tabaco (6,2 % - 14) (“*terminé fumando más*”; “*no funcionó*”), el comer algo (5,3 % - 13) como caramelos, chicles o chupetines para bajar la ansiedad producida por la abstinencia y el uso de medicación (2,7 % - 6), para reemplazar el tabaco a través de parches de nicotina, pastillas o rayos láser.

Entre las prácticas incluidas en las **consultas con referentes terapéuticos** (9,7 % - 22), se reconocieron referencias muy heterogéneas como la atención biomédica psiquiátrica o psicológica (5,3 % - 12) y el acompañamiento por parte de referentes religiosos (4,4 % - 10). Esto se encuentra en línea con los resultados arrojados por otro estudio (Diez *et al.*, 2020) que presenta las estrategias de atención de la salud descritas por mujeres embarazadas y puérperas usuarias de drogas, y que visibiliza que las tácticas implementadas por las usuarias superan ampliamente la opción de buscar respuestas profesionalizadas en el sistema de salud.

Por último, asociados a la **emergencia de eventos o situaciones críticas** se mencionaron la aparición o agravamiento de un problema de salud (7,5 % - 17), a partir de los cuales las personas decidieron abandonar sus consumos (“*dejé de consumir por enfermedad: bronquitis*”; “*por diabetes dejé todo*”) y otros acontecimientos vitales y biográficos, como los embarazos (4,9 % - 11), propio o de la pareja gestante (“*dejé de fumar por los embarazos*”, “*durante la lactancia*”), o el pedido de alguno de los miembros del grupo familiar (4 % - 9) (“*dejé de fumar porque a mi hija le hacía mal, por ende no podía estar cerca de ella*”; “*con la ayuda de mi mujer e hijos, no era un buen ejemplo para la familia*”). Se trata de situaciones que, en consonancia con otros estudios (Rossi *et al.*, 2003 y Rossi *et al.*, 2007), pueden entenderse como virajes en las experiencias de las trayectorias vitales que funcionan a modo de alarma, despiertan el temor a una pérdida y producen un punto de inflexión, provocando una transformación subjetiva que lleva a las personas a *rescatarse*.

#### 4. Conclusiones

En primer lugar, es importante mencionar que los resultados que aquí se analizan corresponden a un período temporal previo a la irrupción en marzo de 2020 de la pandemia por COVID-19; la cual, por su carácter inédito en términos de sus impactos en los ingresos y posibilidades laborales, restricciones a los vínculos de presencialidad, afectaciones psicoemocionales y organización de los hogares, tuvo severas consecuencias en la salud mental de las personas. Se ha señalado a partir de la pandemia un aumento en la prevalencia mundial de ansiedad y depresión (OMS, 2022), y de consumo de alcohol en la población adulta (Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina [Sedronar] y Jefatura de Gabinete de Ministros Argentina, 2021). No obstante, las investigaciones en salud mental siguen siendo minoritarias (De Battista, 2023; Barrenechea *et al.*, 2022). La vigencia de

los resultados de esta investigación radica en sus aportes a un área de conocimiento que persiste en relativa vacancia y, al mismo tiempo, invitan a seguir profundizando sobre las situaciones de salud mental y a generar marcos adecuados de intervenciones socio-sanitarias.

Los datos analizados muestran que una gran proporción de la población estudiada atiende sus problemas de salud en el sistema público. Sin embargo, se observó diversidad y mixtura de respuestas ante los problemas que los participantes consideraron como de salud mental y de consumos problemáticos. En las formas de atender esos problemas se superponen pragmáticamente diferentes estrategias y prácticas y pueden coexistir formas de atención profesionalizadas, tradicionales-ancestrales y matrices religiosas. Gran parte de estas estrategias consisten en prácticas de autoatención y autorregulación, sin dejar de reconocer el papel de los apoyos afectivos en torno a la redes familiares y comunitarias, por fuera de los circuitos y servicios del sistema de salud formal. Esto plantea el desafío de seguir indagando en los problemas específicos de accesibilidad a los servicios de salud mental y analizar las posibles barreras y facilitadores que encuentran las personas para buscar respuestas a sus padecimientos de salud en el ámbito profesionalizado de las mismas.

Asimismo, se pudo identificar un posible subregistro del sufrimiento psíquico entre esta población en general, lo que podría dar cuenta de la persistencia del estigma asociado a la salud mental, y su consecuente tendencia a ser invisibilizada socialmente, más aún en las situaciones de consumo de sustancias. Sin embargo, al triangular las respuestas efectuadas en torno a los motivos de por qué no se consultaba, la constatación de la presencia de otras personas pertenecientes a las redes afectivas que sí mostraban preocupación por la salud mental de las personas encuestadas, y la generación significativa de una cantidad de respuestas que señalan prácticas que realizan las personas para “*sentirse mejor*”, echan luz a padecimientos de salud mental que son abordados y significados por otras vías alternativas a la atención profesional.

Como es de esperar, las distancias entre los valores culturales de las personas que buscan resolución a sus padecimientos y las que prevalecen entre profesionales, equipos y la organización misma del sistema de salud, se configuran como barreras de accesibilidad. Esto podría explicar, por un lado, los interrogantes que se le presentan a las personas no solo sobre la eficacia puntual de las intervenciones

profesionales, sino también las dudas sobre la efectividad de este proceso, el balance costo-beneficio de dedicar tiempo, sin suficiente convicción de obtener resultados, y la complejidad de los sentidos, motivaciones, regulaciones y “normas sociales” (Rossi *et al.*, 2007) alrededor de cómo dar una respuesta a los problemas vinculados con los consumos de sustancias.

En esta línea, es necesario seguir reflexionando sobre la construcción social de la figura de “especialista” en salud mental. Lo muestran aspectos como la consulta a profesionales sin formación específica en salud mental y a referentes del campo religioso. Asimismo, se destaca la centralidad que las personas dan a las pertenencias grupales, las conversaciones con “otros significativos”, y a actividades lúdicas y artísticas como formas de intervenir sobre el malestar. Sin embargo, es notoria la brecha que existe entre las estrategias de autoatención de la población y la posibilidad de reconocimiento y legitimación de estas por parte de los equipos de salud. La dimensión simbólica y relacional del vínculo entre las personas que asisten a un servicio de salud por algún malestar es nodal para conceptualizar, intervenir y ampliar el derecho al acceso. Los abordajes desde el enfoque de la salud mental comunitaria reconocen estas estrategias como herramientas para el desarrollo de procesos participativos y el fortalecimiento de lazos comunitarios solidarios, que al combinarse con prácticas asistenciales y otras prácticas de atención se traducen en potentes recursos colectivos de cuidado (Bang, 2021).

Es central repensar los modelos de atención en salud mental. Las prácticas de salud mental se caracterizan por seguir el modelo médico hegemónico a partir del cual se reproducen dispositivos múltiples y fragmentados que funcionan como compartimentos estancos, marcados por una división histórica entre dispositivos clínicos y comunitarios (Bang *et al.*, 2020). La transición desde una atención centrada en dispositivos institucionales puertas adentro del hospital o centro de salud, hacia dispositivos comunitarios y en territorio, permite un cambio en la forma de comprender a los/as usuarios/as, ya no como personas meramente enfermas, sino como ciudadanas. Es así que la Salud Mental Comunitaria propone respuestas colectivas frente a los padecimientos a contramano de la lógica individualista, patriarcal, neoliberal y capitalista propia de los tiempos que corren.

**Declaración de conflicto de intereses:** No hubo conflicto de intereses durante la realización del estudio.

**Financiamiento:** Este estudio fue realizado por Intercambios Asociación Civil y el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, con la financiación del Consejo Federal de Inversiones. Para el trabajo de campo se articularon las actividades con la Dirección de Salud Mental y Adicciones del municipio de Lanús.

## 5. Agradecimientos

Al equipo consultor Silvia Faraone, Alejandra Barcala, Julián Antman, Graciela Touzé. Al equipo de Intercambios Asociación Civil que gestionó el proyecto, y a Cecilia Samanes que colaboró con atentas lecturas.

## Referencias

- Argentina, Senado y Cámara de Diputados. (25 de noviembre de 2010). Ley 26.657 de 2010. Derecho a la Protección de la Salud Mental. Disposiciones complementarias. Derógase la Ley n.º 22.914. <https://servicios.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>
- Asociación Médica Mundial. (31 de diciembre de 2024). *Declaración de Helsinki de la AMM-Principios éticos para las investigaciones médicas con participantes humanos*. <https://acortar.link/Omxyu>
- Bang, C. (2021). Abordajes comunitarios en salud mental en el primer nivel de atención: conceptos y prácticas desde una perspectiva integral. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, 12(2), 778-804. <https://doi.org/10.21501/22161201.3616>
- Bang, C., Cafferata, L., Castaño Gómez, V. e Infantino, A. (2020). Entre “lo clínico” y “lo comunitario”: tensiones de las prácticas profesionales de psicólogos/as en salud. *Revista de Psicología*, 19(1), 48-70. <https://doi.org/10.24215/2422572Xe041>
- Barcala A., & Faraone, S. (2023). Mental health reforms in Buenos Aires, Argentina. *The Lancet Psychiatry*, 10(8), 579-580, <https://acortar.link/RTTkFj>
- Cetrángolo, O. (Coord.). (2011). *El sistema de salud argentino y su trayectoria de largo plazo: logros alcanzados y desafíos futuros*. Programa Naciones Unidas para el Desarrollo. <https://acortar.link/nmm8E>
- Comes, Y. (2003). Accesibilidad: Una revisión conceptual. Documento Laboris realizado en el marco del proyecto de Investigación *Equity and Decentralization: Accessibility of for families from Buenos Aires province to health public services of Buenos Aires City*. International Development Research Centre of Canadá. Mimeo, Buenos Aires. <https://www.studocu.com/es-ar/document/universidad-nacional-de-la-matanza/atencion-para-la-salud/accesibilidad-una-revision-conceptual-comes-yamila/101714849>

- Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas y Organización Mundial de la Salud. (2016). *Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos*. Organización Panamericana de la Salud. <https://n9.cl/tsir>
- D'Angelo, L. A., Hubez, G. A. y Pedro, D. (2017). *Primer Estudio nacional sobre violencias contra la mujer: basado en la International Violence Against Women Survey (IVAWS)*. Ediciones SAIJ.
- De Battista, J. L. (2023). Consideraciones éticas para investigaciones cualitativas de bajo riesgo en salud mental que incluyen sujetos con padecimiento psíquico. *Revista Argentina de Salud Pública*, 15, e101. <https://rasp.msal.gov.ar/index.php/rasp/article/view/824>
- Diez, M., Pawlowicz, M. P., Vissicchio, F., Amendolaro, R., Barla, J. C., Muñiz, A., & Arrúa L. (2020). Entre la invisibilidad y el estigma: consumo de sustancias psicoactivas en mujeres embarazadas y púerperas de tres hospitales generales de Argentina. *Revista de Salud Colectiva*, 16. <https://doi.org/10.18294/sc.2020.2509>
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2012). Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010. Censo del Bicentenario: resultados definitivos. Serie B n° 2. [chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/poblacion/censo2010\\_tomo1.pdf](chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/poblacion/censo2010_tomo1.pdf)
- Kaufman, M. (1997). Las experiencias contradictorias del poder entre los hombres. En T. Valdés y J. Olavarría (eds.), *Masculinidad/es. Poder y crisis*. Ediciones de las Mujeres N°24.
- Kohn, R., Ali, A., Puac-Polanco, V., Figueroa, C., López-Soto, V., Morgan, K., Saldivia, S., & Vicente, B. (2018). Mental health in the Americas: An overview of the treatment gap. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 42, 1-10. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.165>
- Kohn, R., Saxena, S., Levav, I., & Saraceno, B. (2004). The treatment gap in mental health care. *Bulletin of the World Health Organization*, 82(11), 858-866. <https://acortar.link/zpIYfF>
- Menéndez, E. L. (2009). *De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*. Lugar Editorial.
- Merhy, E. y Onocko, R. (1997). *Praxis en salud: Un desafío para lo público*. Lugar Editorial.
- Ministerio de Salud de la Nación e Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2015). Tercera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo para Enfermedades No Transmisibles. [https://biblioteca.indec.gob.ar/bases/minde/ENFR\\_2013.pdf](https://biblioteca.indec.gob.ar/bases/minde/ENFR_2013.pdf)
- Organización Mundial de la Salud. (2019). *Global Health Estimates 2019: Disease burden by Cause, Age, Sex, by Country and by Region, 2000-2019*.

- Organización Mundial de la Salud. (2022). *Salud mental y COVID-19: datos iniciales sobre las repercusiones de la pandemia*. [https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Sci\\_Brief-Mental\\_health-2022.1](https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Sci_Brief-Mental_health-2022.1)
- Organización Mundial de la Salud. (2011). *La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST): Manual para uso en la atención primaria*. <https://tinyurl.com/y43rq776>
- Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. (2023). *Política para mejorar la salud mental*. <https://acortar.link/9Z6xex>
- Pawlowicz, M. P. (2017). *Estudio epidemiológico descriptivo de las problemáticas de salud mental y consumos problemáticos de sustancias en un municipio del conurbano bonaerense*. Consejo Federal de Inversiones e Intercambios de Asociación Civil. <https://n9.cl/wycj9>
- Revilla, L., Luna del Castillo, J., Bailón Muñoz, E. y Medina, I. (2005). Validación del cuestionario MOS de apoyo social en Atención Primaria. *Medicina de Familia (Andalucía)*, 6(1), 10-18.
- Rodríguez Espínola, S. y Enrique, H. C. (2007). Validación Argentina del Cuestionario MOS de Apoyo Social Percibido. *Revista Psicodebate*, 7, 155-168. <https://doi.org/10.18682/pd.v7i0.433>
- Rossi, D., Pawlowicz, M. P., Cymerman, P., Goltzman, P. y Touzé, G. (2003). *Evaluación rápida y desarrollo de respuestas en el uso de cocaína inhalable y la conducta de riesgo sexual en Buenos Aires 2002-2003*. (Informe Final), Intercambios Asociación Civil, Mimeo, Buenos Aires.
- Rossi, D., Pawlowicz, M. P. y Zunino Singh, D. (2007). *Accesibilidad de los usuarios de drogas a los servicios públicos de salud en las ciudades de Bs. As. y Rosario. La perspectiva de los trabajadores de la salud*. Intercambios Asociación Civil y Naciones Unidas: Oficina contra la droga y el delito. <https://intercambios.org.ar/assets/files/Accesibilidad-dedelosusuariosdedrogas.pdf>
- Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina y Jefatura de Gabinete de Ministros Argentina. (2021). *Estudio nacional sobre las modificaciones en los consumos de sustancias y las respuestas asistenciales implementadas a partir del Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio por COVID-19: Eje 2 Modificaciones de las prácticas de consumo de sustancias en población general*. <https://n9.cl/a94e6>
- Stagnaro J. C., Cía, A., Vázquez, N., Vommaro, H., Nemirovsky, M., Serfaty, E., Sustas, S. E., Median Mora, M. E., Benjet, C., Aguilar-Gaxiola, S. y Kessler, R. (2019). Estudio epidemiológico de salud mental en población general de la República Argentina. *Vertex*, 29(142), 275-299. <https://revistavertex.com.ar/ojs/index.php/vertex/article/view/256>