

CARRERA DE POSGRADO
ESPECIALIZACIÓN EN EPIDEMIOLOGÍA
UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO
ESCUELA DE GRADUADOS DE LA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
INSTITUTO DE SALUD “JUAN LAZARTE”

TÍTULO:

**“SALUD MENTAL EN POBLACION INFANTO-JUVENIL: ANALISIS DE
CONSULTAS Y SU RELACION CON LA VULNERABILIDAD PSICOSOCIAL EN
UN CENTRO DE SALUD DE LA MUNICIPALIDAD DE ROSARIO, 2022-2024”.**

NOMBRE Y APELLIDO DEL ALUMNA: PSI. ROMINA MÜLLER

NOMBRE Y APELLIDO DE LA DIRECTORA: MG. ANA CECILIA AUGSBURGER

AÑO 2026

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	3
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA EPIDEMIOLÓGICO:	4
2.1. LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA.....	4
2.1.1 <i>La salud mental de la población infanto-juvenil en el área del Centro de Salud.....</i>	<i>4</i>
2.1.2 <i>La organización sociosanitaria: el Centro de salud Casiano Casas y la Atención Primaria.....</i>	<i>6</i>
2.1.3 <i>Información sobre la población consultante a Salud Mental en el Centro de Salud.....</i>	<i>9</i>
2.2. REVISIÓN DE LOS ANTECEDENTES: APORTES DE ESTUDIOS PREVIOS EN AMÉRICA LATINA, ARGENTINA Y ROSARIO.	14
2.3. MARCO DE REFERENCIA CONCEPTUAL DEL PROBLEMA EN ESTUDIO	19
2.3.1 <i>La perspectiva sobre la salud mental a nivel global, regional y nacional.....</i>	<i>19</i>
2.3.2 <i>La Salud mental infanto-juvenil en el mundo, la región y el país</i>	<i>21</i>
2.3.3 <i>Marco legal y de derechos de la Salud Mental infanto-juvenil en Argentina.....</i>	<i>24</i>
2.3.4 <i>Una mirada de salud mental infanto-juvenil con perspectiva epidemiológica en contextos vulnerables.....</i>	<i>27</i>
3. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECIFICOS.....	32
4. DISEÑO Y ESTRATEGIAS METODOLÓGICAS	33
5. PRODUCTO DE UN ANÁLISIS PROSPECTIVO DE LOS EVENTUALES RESULTADOS	42
6. DISCUSIÓN Y REFLEXIONES FINALES	43
7. BIBLIOGRAFÍA.....	45

1. INTRODUCCIÓN

El tema del presente trabajo de investigación epidemiológica se centra en la salud mental de la población infanto-juvenil la cual, en las últimas décadas, se ha convertido en un tema de creciente preocupación en el ámbito de la Atención Primaria de la Salud (APS), tanto en la ciudad de Rosario como en el resto de la Argentina. También la preocupación es compartida en países de Latinoamérica (OMS, 2022). La motivación para abordar esta temática surge de mi experiencia como psicóloga en APS durante casi 20 años, en donde pude observar, de manera directa, como se transformó la mirada social sobre el padecimiento mental de niños, niñas y adolescentes, así como las formas de demanda y respuesta institucional ante el mismo.

En los últimos años, la salud mental ha experimentado un cambio significativo en la sociedad, comenzando a ser reconocida como un componente fundamental del bienestar general. Tras casi dos décadas de trabajo en territorio, he sido testigo del constante avance en la percepción y relevancia de la salud mental a nivel socio-cultural. Esta transformación se refleja en una mayor visibilidad institucional, profesional y comunitaria de los padecimientos en salud mental desde edades tempranas, así como en la ampliación progresiva de la oferta de servicios específicos en el primer nivel de atención por ejemplo: incorporación de profesionales psicólogos, sistematización de registros y dispositivos territoriales, lo que se traduce en un aumento sostenido de las consultas de salud mental infanto-juvenil.

Estudios previos sobre salud mental en población infanto-juvenil y el acceso a información epidemiológica han aportado evidencia sobre la prevalencia de problemas y la necesidad de una atención especializada para este grupo (Augsburger, 2016). Resulta especialmente valioso, para el análisis propuesto, el concepto de «vulnerabilidad psicosocial» en relación con el impacto de las condiciones de vida sobre la salud mental en el desarrollo integral de niños, niñas y adolescentes. En este trabajo, el término «factores de riesgo» se utilizara como categoría descriptiva subordinada a una lectura relacional y contextual de los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado. Esto implica reconocer la necesidad de abordar dichos aspectos para asegurar un crecimiento saludable y pleno en todas sus dimensiones. La perspectiva planteada responde a una necesidad social y de salud pública, subrayando que la identificación y

comprensión de los factores que generan vulnerabilidad psicosocial son claves para intervenir efectivamente.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA EPIDEMIOLÓGICO:

2.1. La situación problemática

2.1.1 La salud mental de la población infanto-juvenil en el área del Centro de Salud

El presente proyecto de estudio epidemiológico se propone comprender los problemas de salud mental de la población infanto-juvenil, en concreto de un grupo social particular constituido por niños, niñas y jóvenes adscritos¹ a un centro de salud de atención primaria de la Municipalidad de Rosario.

A lo largo de los últimos 20 años, la salud mental en la población infanto-juvenil se ha consolidado como un tema de preocupación creciente en el ámbito de la Atención Primaria de la Salud. Datos tanto a nivel global y local revelan una tendencia preocupante y en aumento de desafíos psicológicos y emocionales entre los niños y jóvenes. Tanto en Argentina como en países de Latinoamérica, se evidencia una marcada prevalencia de trastornos mentales en este grupo demográfico que subraya la necesidad de investigar y planificar acciones al respecto (OMS, 2022).

Desde mediados de la década del 90', en la ciudad de Rosario se ha evidenciado una vinculación creciente entre la preocupación por la salud mental infanto-juvenil y el cambio en la dinámica de la Atención Primaria de la Salud. Esta última, tradicionalmente enfocada en patologías orgánicas médico céntricas, ha ampliado su enfoque hacia el abordaje integral de la salud mental de la población infanto-juvenil. Este cambio refleja el reconocimiento de la estrecha relación entre la salud fisiológica y psicológica, destacando la necesidad de ampliar la perspectiva al tratar las problemáticas subjetivas infanto-juveniles.

Investigaciones previas indican que variables como el entorno socioeconómico, la exposición a situaciones adversas y la calidad de las relaciones familiares son factores

¹ Por «adscripción» se entiende el proceso mediante el cual una persona o un grupo familiar queda formalmente vinculado a un centro de salud determinado en función de su lugar de residencia dentro del área de referencia del efector. Campos, G. W. S. (2001).

claves en la salud mental infanto-juvenil (Capriati, 2017; Magalhães, 2021; Lenta & Zaldúa, 2020). Estos datos evidencian la necesidad de profundizar en el estudio de la naturaleza específica de dichos factores y su impacto en el bienestar psicológico de esta población.

Uno de los caminos para avanzar es ampliar la mirada hacia los territorios donde viven niños, niñas y jóvenes, ya que es allí donde se ponen en juego la comprensión de los factores que contribuyen a la vulnerabilidad psicosocial en estas nuevas poblaciones complejizadas. La conexión entre esta preocupación y la incorporación de la salud mental en la Atención Primaria de la Salud evidencia una respuesta adaptativa frente a una realidad en constante evolución.

Este proyecto de investigación epidemiológica se sitúa en un Centro de Salud ubicado en el barrio Parque Casas, de la ciudad de Rosario, Argentina. Este centro de atención primaria es especialmente significativo, con una historia que se remonta a 1964, cuando comenzó como una estación sanitaria para responder a la necesidad de los vecinos de contar con atención médica cercana.

A lo largo de los años, el centro de salud se ha transformado, desde sus modestos inicios hasta convertirse en un recurso vital de servicios para la comunidad. El área de influencia del centro abarca dos barrios con una diversidad socio económica marcada: Barrio Parque Casas y Barrio La Esperanza. La población atendida supera las 28.000 personas, en su mayoría sin cobertura de obra social, lo que evidencia la necesidad urgente de servicios públicos en una comunidad donde el 80% de los trabajadores tienen empleos precarios (Muñoz, 2017). Es importante señalar la coexistencia de dos grupos sociales diferenciados: una clase media empobrecida y sectores con pobreza estructural. Estos últimos habitan en asentamientos populares conocidos coloquialmente como «villas de emergencia», donde las condiciones de existencia se caracterizan por una profunda inequidad estructural la escasez de recursos económicos, hacinamiento, acceso restringido a servicios públicos básicos, a instituciones educativas y de salud, y a la igualdad de derechos. Estas situaciones configuran condiciones de vulnerabilidad psicosocial que limitan las posibilidades efectivas de afrontamiento individual y familiar (Muñoz, 2017).

El vínculo entre el equipo del Centro de Salud y la comunidad atendida se refleja en las más de 7.000 historias clínicas familiares registradas hasta 2021. Estos registros

no solo documentan información médica, sino que también son relatos de vidas, testimonios de luchas y desafíos cotidianos. Cada historia representa a personas y familias que confían en el centro para cuidar su salud en medio de circunstancias económicas y sociales cambiantes (Muñoz, 2017).

De acuerdo a las historias y las experiencias, el Centro de Salud referenciado, como otros centros de salud de la ciudad, se destaca como un pilar fundamental para el abordaje de la salud en un contexto de lazos sociales debilitados y condiciones de vida cada vez más precarias. Este centro de salud no sólo constituye un recurso fundamental de atención médica, sino que es testigo activo de los cambios socioeconómicos que impactan directamente en la salud mental y el bienestar de la comunidad. Las transformaciones sociales, culturales y económicas registradas en las últimas dos décadas, con particular intensidad a partir de las crisis económicas de 2001 y 2018, la pandemia de COVID-19 (2020-2021) y los procesos inflacionarios recientes, han generado la aparición y profundización de padecimientos psicológicos y emocionales en la población infanto-juvenil, tal como se evidencia en la experiencia cotidiana del equipo de salud del centro, con más de cuarenta años de trabajo sostenido en el territorio.

Desde mediados de la década del 2000, la salud mental se ha consolidado como un componente fundamental dentro de la Atención Primaria de la Salud y en los centros de salud de la ciudad de Rosario. Con el tiempo, este centro de salud se transformó también en un refugio para alojar los padecimientos en salud mental de los jóvenes de la comunidad. En conclusión, el Centro de Salud, como parte integral de la atención primaria, funciona como la puerta de entrada a los servicios de salud para la población de esta área de la ciudad. Sus pilares esenciales —la atención integral, la vinculación comunitaria y el enfoque en la salud mental— se entrelazan para afrontar los desafíos de una comunidad en constante transformación.

2.1.2 La organización sociosanitaria: el Centro de salud Casiano Casas y la Atención Primaria

Dado que la presente investigación se desarrollará en la ciudad de Rosario es de vital importancia situar el modelo de salud y la georreferencia en función del territorio a investigar.

Rosario ha sido pionera en organizar un sistema de salud estructurado como una red de atención donde coexisten la administración municipal y provincial. En la historia de la salud pública municipal, destaca que desde la década de los 90 la atención se organiza en tres niveles de complejidad, diseñados en función de la atención médica y el soporte tecnológico de estas prácticas. El primer nivel cuenta con 51 centros de salud distribuidos en los seis distritos municipales: Norte, Noroeste, Oeste, Sudoeste, Sur y Centro. El segundo nivel está formado por hospitales de baja y mediana complejidad, entre ellos el Dr. Roque Sáenz Peña, Intendente Gabriel Carrasco y Juan Bautista Alberdi. Finalmente, el tercer nivel lo constituyen el Hospital de Niños Víctor J. Vilela y el Hospital de Emergencias Dr. Clemente Álvarez (HECA). La red de salud municipal incluye además de centros de salud y hospitales, el Instituto de Rehabilitación (ILAR), el Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias (Cemar), el Sistema Integrado de Emergencias Sanitarias (SIES), la Estación (abordaje integral de consumo de alcohol y sustancias psicoactivas), el Laboratorio de Producción Pública de Medicamentos (LEM), el Instituto de Salud Lazarte, el Instituto del Alimento y el Instituto de Salud Animal (Imusa).² Esta red municipal coexiste y articula prestaciones con la red de efectores de salud pública de administración provincial dentro de la ciudad de Rosario.

El modelo de salud-enfermedad-atención-cuidado se orienta bajo la estrategia de Atención Primaria, que reconoce a la salud como un derecho humano fundamental. A partir de la implementación de esta estrategia, se conformaron equipos interdisciplinarios que trabajan en los territorios, integrados por enfermeros, médicos, odontólogos, trabajadores sociales y psicólogos. En Rosario, la integración de la psicología y la salud mental en la atención primaria de la salud puede situarse a comienzo de la década de 1990, en el contexto de la reforma del sistema público municipal. Este proceso implicó la incorporación progresiva de profesionales de salud mental en los centros de salud y se profundizó durante los años 2000, consolidándose como política sanitaria hacia la década siguiente.³

² www.rosario.gob.ar
<https://datos.rosario.gob.ar/salud/red-de-salud>

³ Augsburg, 2002; Gerlero et al., 2011.

Los Equipos de Referencia están conformados por médicos generalistas, enfermeros y agentes de salud, considerados como el equipo mínimo indispensable para brindar asistencia a los pacientes. Cada persona está adscrita al centro de salud mediante una Historia Clínica Familiar, que incluye a todos los miembros que conviven en el mismo domicilio. Además, cada paciente cuenta con un médico de referencia encargado de su adscripción y seguimiento. El Proyecto Terapéutico es el trazador que ordena las intervenciones para ese usuario y su familia, y a partir de él se articula de manera transversal el apoyo matricial. La matricialidad está a cargo de profesionales de diversas disciplinas —odontólogos, psicólogos, trabajadores sociales y especialistas médicos— que intervienen de manera transversal según la demanda de los equipos responsables, conformados por médicos y enfermeros. Su objetivo es establecer un modelo de atención más singularizado, en el que cada equipo asuma la responsabilidad de un grupo de usuarios adscritos. De este modo, los profesionales acompañan de forma integral y continua el proceso salud-enfermedad-intervención de cada paciente (Campos, 2001).

8

2.1.3 Información sobre la población consultante a Salud Mental en el Centro de Salud.

El período 2019-2021 estuvo marcado por diversos hitos. Destaca especialmente que en 2018 se inició el registro en el Sistema Integrado de Salud Rosario (SISR) de las atenciones ambulatorias en salud mental en los centros de salud. Este registro tuvo como objetivo optimizar la producción de datos y fortalecer la vigilancia epidemiológica, con miras a una planificación integral más eficiente. Se evidenció una vacancia significativa de información sobre estos padecimientos y las respuestas brindadas por los servicios de atención. La falta de registros claros en consultas ambulatorias dificultaba comprender la demanda poblacional y diseñar prácticas adecuadas para su abordaje. Así, el principal propósito del registro fue permitir una lectura adecuada de los padecimientos psíquicos en relación con las problemáticas de salud pública y las condiciones de inequidad. Para ello, se partió de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), ajustando ciertos códigos y creando otros nuevos para adaptarlos a las necesidades locales (Municipalidad de Rosario, 2022).

El registro en salud mental municipal en el primer nivel de atención se organizó en torno a tres ejes de codificación: primero, la caracterización de la demanda y del padecimiento subjetivo; segundo, los problemas de salud pública; y tercero, las condiciones de inequidad. Estos ejes comprenden a todos los grupos poblacionales — niños, adolescentes y adultos— y su análisis proporciona información valiosa sobre la situación poblacional en salud mental.

Otro hito a tener en cuenta es el periodo de la pandemia COVID 19 que inició en marzo del 2020 transformando la vida y las formas de relacionarse con los sistemas de salud. Los registros de consultas a salud mental en el trienio 2019/2020/2021 revelan que en el distrito norte se registraron un total de 3540 atenciones en el primer nivel de atención vinculadas específicamente a salud mental, lo que representa un 7,43% del total de las atenciones en la ciudad de Rosario (Municipalidad de Rosario, 2022).

En cuanto a la población infanto-juvenil, el análisis por grupos etarios muestra que en 2020 hubo un descenso más marcado que en 2019, tanto en el número de

personas atendidas como en la cantidad de consultas, especialmente entre niños, niñas y adolescentes. En el año 2021 aumentó el registro de consultas, aunque no logró recuperarse y ello es más significativo aún en el grupo de niñas, niños y adolescentes. El número de personas se mantiene casi igual al 2020. Entre 2019 y 2020 las consultas en adultos disminuyeron un 36,77 % y las personas atendidas un 23,08%. En niñas, niños y adolescentes, el descenso fue de 62,65% en consultas y de 44,13% en personas atendidas (Municipalidad de Rosario, 2022).

Entre los años 2019 y 2021, hubieron 322 consultas de salud mental en el Centro de Salud presentando variaciones significativas durante ese periodo. Como se puede observar en el gráfico 1, entre 2019 y 2020 hubo un aumento significativo de consultas, posiblemente debido a las implicancias de la pandemia de COVID-19. El aumento entre 2019 y 2020 podría deberse a una mayor necesidad de servicios de salud mental durante la pandemia, mientras que la disminución en 2021 podría estar relacionada con cambios en el acceso a los servicios post pandemia y a los registros de las consultas.

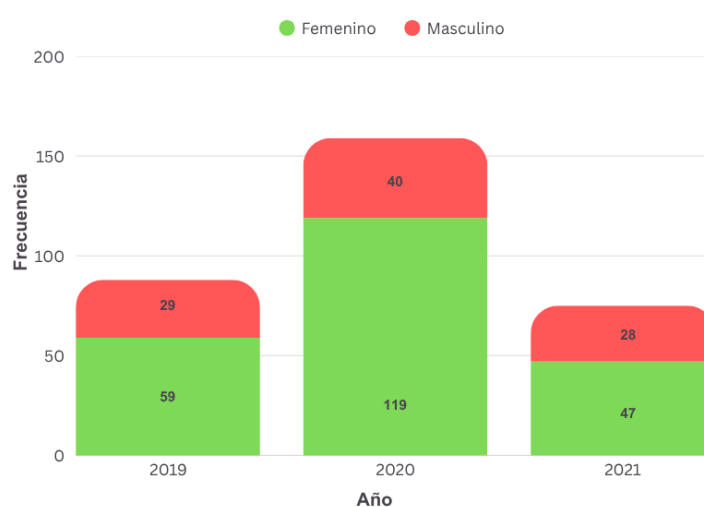
Cabe destacar que durante la pandemia por COVID-19, las atenciones en salud mental en los centros de salud públicos de la ciudad de Rosario se vieron fuertemente atravesadas por la reorganización general del sistema sanitario y las restricciones vinculadas al aislamiento social. En el primer nivel de atención, muchos servicios debieron modificar sus modalidades de funcionamiento, priorizando tareas relacionadas con la emergencia sanitaria. En este contexto, numerosos turnos y espacios de atención en salud mental fueron suspendidos temporalmente, reorganizando y sosteniendo estrategias de seguimiento y acompañamiento comunitario frente al aumento de las demandas subjetivas. Lo cual trajo como consecuencia cambios en las modalidades de atención en salud mental, incorporándose estrategias de seguimiento telefónico, intervenciones remotas y atención de situaciones consideradas urgentes o de mayor gravedad. Estas transformaciones buscaron sostener la continuidad de cuidados en un escenario de restricciones de circulación y distanciamiento social, aunque también generaron dificultades en la accesibilidad y en el acompañamiento sostenido de muchos usuarios.

En Rosario, los registros municipales muestran que durante el período pandémico las atenciones en salud mental disminuyeron inicialmente en comparación con el año 2019, en parte debido a las restricciones de circulación y a la reorganización

de los efectores de salud. Sin embargo, posteriormente se observó un incremento sostenido de las consultas, superando incluso los valores previos a la pandemia. Según informes epidemiológicos municipales, las atenciones de salud mental en los Centros de Salud de Atención Primaria descendieron durante 2020 y 2021, pero en 2022 superaron ampliamente los registros previos.⁴

Gráfico 1

Consultas a Salud Mental registradas en el Centro de salud C. Casas, por año y sexo 2019-2021. N total 322



Fuente: Sistema SIRS. Secretaría de Salud Pública. MR

Como se observa en el gráfico 1, el análisis según sexo de las consultas a salud mental demuestra que en 2019 hubo un 18,4% de consultas femeninas (n=59) y un 9,1% de consultas masculinas (n=29). En el año 2020 se reflejó un aumento considerable del 37% consultas femeninas (n=119) y un 12,5% de consultas masculinas (n=40). En 2021, las consultas disminuyeron considerablemente para ambos sexos.

Entre los años 2019 y 2021, las consultas a salud mental en el centro de salud variaron significativamente según la localización de las direcciones. El concepto que utiliza la Secretaría de Salud Pública municipal es el de «área de referencia» del centro de salud, definida como el espacio geográfico donde reside la población consultante y que concentra el 80 % de las consultas de las especialidades médicas básicas; dicha área se delimita por radios censales completos o fraccionados. En 2019, hubo un registro de

⁴ <https://share.google/amBVKwGOe4Tt1uOHI>

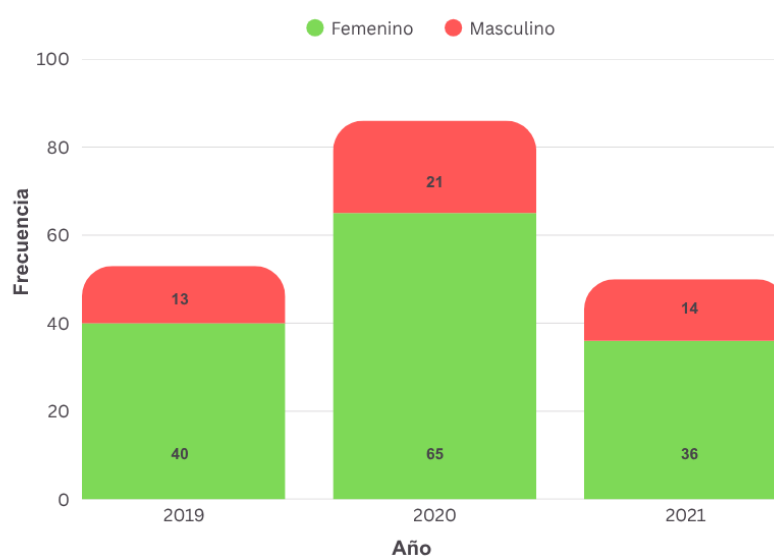
75 consultas dentro de área y 13 fuera del área de referencia. En 2020 se reflejó en un aumento considerable, con 136 consultas dentro del área y 23 fuera del área. Por último, en 2021 las consultas disminuyeron a 54 dentro del área y 21 fuera del área de referencia.

Los datos del centro de salud Casiano Casas que se presentan en este apartado corresponden a una elaboración propia a partir de los registros del SISR y de las Historias Clínicas Familiares (HCF) del propio efector. En tanto que el Informe de la Municipalidad de Rosario (2022) abarca únicamente el período 2019-2021 y opera a nivel de toda la red. Contar con HCF implica que la persona y su grupo familiar se encuentran formalmente adscritos al centro, con seguimiento longitudinal de su trayectoria de atención; su ausencia implica, en general, consultas episódicas o de población fuera del área de referencia.

Los datos obtenidos revelan un aumento constante en el número de pacientes consultantes a salud mental con Historias Clínicas Familiares desde 2019 hasta 2020, con un notable incremento de 45 a 69 pacientes. En 2021 se observó una disminución en la cantidad de pacientes con historias clínicas familiares de 44 pacientes.

Gráfico 2

***Pacientes atendidos por Salud Mental
registrados en el Centro de Salud C. Casas por
año y sexo 2019-2021. N total 189***



Fuente: Sistema SIRS. Secretaría de Salud Pública. MR

Durante el período 2019-2021, el Centro de Salud atendió un total de 189 pacientes en salud mental, distribuidos de la siguiente manera: 53 pacientes en 2019 (28%), 86 en 2020 (45,5%) y 50 en 2021 (26,5%). Fuente: elaboración propia sobre registros SISR del efector. Estos datos evidencian un aumento destacado en la cantidad de pacientes, con un pico significativo en 2020, seguido por una disminución considerable en 2021 en comparación con el año anterior.

En relación a la distribución por sexo de los pacientes atendidos los datos muestran un aumento sostenido en el número de pacientes femeninos desde el año 2019 hasta 2020, alcanzando un pico de 65 pacientes en 2020, seguido de una disminución a 36 en 2021. El número de pacientes masculinos también mostró un incremento general hasta 2020, con un aumento de 13 a 21 y una ligera disminución en 2021 a 14 pacientes. (SISR)

En lo que respecta a los pacientes infanto-juveniles atendidos, los datos arrojan que entre los años 2019 a 2020 hubo un incremento: 13 pacientes en 2019 y de 28 pacientes en 2020; finalmente, en 2021 disminuyeron 16 pacientes. (SISR)

A continuación se presentan datos correspondientes a un nivel de análisis diferente: ya no a las consultas registradas en el centro de salud Casiano Casas sino al conjunto de la red de salud municipal. Se trata del informe de análisis por ejes diagnósticos realizado por la Dirección de Salud Mental de la Municipalidad de Rosario sobre la población infanto-juvenil de toda la ciudad en el período 2019-2021 (Municipalidad de Rosario, 2022). Cabe aclarar que la unidad de análisis son las consultas registradas en el sistema, por lo que los aumentos o disminuciones refieren a la frecuencia de consultas por motivos o diagnósticos registrados, y no necesariamente a personas distintas. En cuanto al Eje 1, entre el 7% y 12% de las consultas no tienen diagnóstico, entre el 24% y 35% no se ajustan a las categorías de registro y cerca del 40% de las consultas no pueden analizarse por falta de claridad en los códigos. Los trastornos neuróticos secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos son las más frecuentes, con aumentos en trastornos por estrés de 4,93% en 2019 a 6,46% en 2021. Los trastornos del desarrollo disminuyeron del 16,78% en 2019 a 5,47% en 2021. En 2020 se incrementó el uso de códigos para síntomas no diagnosticados, volviendo a los niveles de 2019 en 2021 (Municipalidad de Rosario, 2022).

En cuanto al Eje 2, los problemas de salud pública en niñas, niños y adolescentes se concentran principalmente en dos categorías: violencias y desafiliación. La mayoría de las consultas estuvieron relacionadas con violencias, representando entre el 13% y el 17% del total, con un destacado registro de abuso sexual infantil (7,41%-8,55%) y violencia de género (3,60%-5,02%). Por otro lado, el maltrato infantil tuvo una baja incidencia, con un 0,25% registrado en 2021. El segundo capítulo más frecuente fue el de problemas asociados a la desafiliación. También son importantes los registros sobre consumos, discapacidad e intentos de suicidio, siendo la discapacidad el tercer capítulo más común. Se observó una disminución en los casos relacionados con problemas del desarrollo, pasando de 71 en 2019 a 27 en 2020 y 18 en 2021 (Municipalidad de Rosario, 2022).

En cuanto al Eje 3, se plantea que entre el 7% y el 12% del registro de consultas en población de niñas, niños y adolescentes refieren inequidad. El registro de inequidad más utilizado es el referido a accesibilidad educativa, situación legal, jurídica y/o de la seguridad social y exclusión social (Municipalidad de Rosario, 2022).

2.2. Revisión de los antecedentes: aportes de estudios previos en América Latina, Argentina y Rosario.

La revisión bibliográfica evidencia que, en los últimos 20 años, el aumento de la preocupación por la salud mental infanto-juvenil no ha estado necesariamente acompañado de estudios o datos que reflejen de manera completa la situación en distintos contextos y para diversos grupos sociales. Pese a ello, se destacan estudios que, presentando enfoques epidemiológicos, contribuyen a establecer el estado de situación. Campodónico (2022) en su investigación analiza los problemas de salud mental en niñas, niños y adolescentes, y explora distintos enfoques y propuestas de abordaje. La revisión abarca estudios de Colombia, Argentina, México, España y Perú, proporcionando una perspectiva amplia y diversa sobre el tema. Los trabajos abordan temas como la salud mental en jóvenes, el consumo de sustancias, el suicidio y las estrategias para afrontar los problemas de salud mental en el contexto post-pandemia. La investigación destaca la alta prevalencia de trastornos mentales en niñas, niños y

adolescentes y enfatiza la importancia de una intervención temprana, ya que muchos trastornos graves en la adultez comienzan en estas etapas.

Un estudio de la Universidad de Costa Rica (2017) tuvo una relevancia en el descubrimiento de motivos de consulta en relación a variables como edad y sexo realizando una lectura poblacional muy rica dentro de una investigación descriptiva. El estudio sistematiza la información sociodemográfica y los motivos de consulta de personas de 1 a 83 años atendidas en el Centro de Atención Psicológica (CAP) de la Universidad de Costa Rica, analizando 743 expedientes de 2004 a 2013. El análisis revela un aumento del 1700% en los casos atendidos. La mayoría de los expedientes correspondieron a mujeres, en su mayoría adultas jóvenes, niños y adultos de mediana edad, residentes en cantones cercanos al CAP como San José y Montes de Oca. Las ocupaciones eran variadas, predominando los estudiantes. Se identificaron 20 categorías relacionadas con el ámbito de familia o pareja -problemas familiares, problemas de disciplina o crianza, problemas de pareja y separación o divorcio-, y relacionadas con el componente emocional -alteración emocional, tristeza o depresión, y agresividad-. También se realizó un análisis por sexo y edad. Se concluye que este estudio es de alcance descriptivo, centrado en el registro y sistematización de la información. Se espera que la base de datos sirva como referencia para futuras investigaciones cualitativas sobre temas de interés, como el análisis de categorías relevantes a nivel nacional, como el abuso sexual, para identificar particularidades del proceso psicoterapéutico o el perfil de las personas que consultan por esos motivos. Además, se observaron diferencias de género en los motivos de consulta: las mujeres suelen expresar sentimientos de tristeza, depresión y ansiedad, mientras que los hombres refieren más motivos relacionados con la agresividad y la ira. La variable de género se destaca como relevante para futuras investigaciones (Maroto-Vargas, Molina-Fallas, y Prado-Calderón, 2017).

Por su parte, un estudio realizado en México (Gaytán Jiménez, 2015), identifica que, al igual que en otros países de Latinoamérica, los trastornos mentales y cognitivos en la infancia cobran cada vez mayor importancia debido al impacto social y económico tanto a nivel individual, familiar y comunitario. Las limitaciones en los sistemas de salud han provocado que se carezca de estadísticas exactas sobre la prevalencia de este tipo de dificultades en la población infanto-juvenil. El presente estudio tuvo como objetivo

determinar la prevalencia de las dificultades conductuales, emocionales y cognitivas en tres grupos de población infanto-juvenil con diferentes niveles de marginación y residentes en la zona Metropolitana de la Laguna, México. Los resultados indican una prevalencia de 14,7% para el riesgo de TDAH. Además, se observó la presencia de dificultades cognitivas en el 25,4% de los niños participantes. Los niños que habitan en la zona con el mayor grado de marginación tuvieron nueve veces más riesgo de presentar dificultades cognitivas comparado con el grupo de menor marginación; en tanto que el grupo de marginación media tuvo seis veces mayor riesgo. Con ello se demostró la importancia del impacto de las condiciones de vulnerabilidad social en el desarrollo cognitivo.

En Argentina, la investigación realizada por Borthiry y Luzzi (2019) en el conurbano bonaerense basada en género y motivos de consulta revela que las niñas acceden de manera tardía a los servicios de salud mental, presentando cuadros clínicos ya agravados y cronificados. El 78% de las consultas fueron solicitadas por derivación institucional, especialmente por la escuela, mientras que solo el 22% fueron iniciadas por los padres. Los resultados del estudio subrayan la dificultad de los adultos para reconocer y valorar los síntomas de malestar psíquico en las niñas antes de la consulta. La enorme vulnerabilidad y la violencia intrafamiliar dificultan que los adultos responsables, especialmente las madres (78,78% de los consultantes), cuenten con las herramientas para reconocer y evaluar los síntomas de malestar en sus hijas, ya que ellas mismas suelen atravesar situaciones de angustia y una lucha constante por la supervivencia. El conflicto y la agresión intrafamiliar complican la visibilización del sufrimiento de las niñas, afectando su salud mental y contribuyendo al desarrollo de problemas emocionales y psicológicos. El análisis también revela que el 43,6% de las niñas asistieron al servicio por problemas familiares, con un 13,8% expuesto a violencia en el hogar y un 9,6% que sufre violencia física o verbal. La exposición directa o indirecta a la violencia afecta el desarrollo cognitivo, emocional y social de las niñas, incrementando la probabilidad de problemas como conducta antisocial (6,4%), problemas emocionales como ansiedad y depresión (13,8%), dificultades de aprendizaje (7,4%) y trastornos como el estrés postraumático.

En el ámbito local, un estudio aborda las primeras consultas realizadas en Hospital Víctor J. Vilela a fin de contribuir al debate sobre la salud mental infanto-juvenil

y los espacios de atención en el ámbito hospitalario. Como objetivo a mediano plazo, se propuso que los registros aporten a revisar los criterios de clasificación de problemas de salud mental en la infancia en la red pública de salud. En 2010, el Servicio de Salud Mental del Hospital V. J. Vilela atendió a 344 niños y jóvenes por consultas de primera vez, recibiendo a menores de 0 a 16 años tras ampliar progresivamente la edad desde 2004. El motivo principal de consulta fue el impacto subjetivo de la ruptura del lazo (52,5%), seguido por enfermedades orgánicas (24,5%) y dificultades en el lazo (12,2%). Otras razones incluyeron alteraciones corporales (7,3%), pérdidas sociales o afectivas (2%), manifestaciones del afecto (0,9%) y adicciones (0,6%).

El análisis por grupos etarios muestra que la ruptura del lazo fue el motivo más frecuente de consulta, superando el 50% en menores de 6 años. Las enfermedades orgánicas constituyeron el segundo motivo más común, especialmente en menores de 3 años y en mayores de 12, donde representaron más del 30% de las consultas. La relación entre las condiciones de vulnerabilidad y las problemáticas que llevan a la consulta evidencia que la mayoría de los casos de violencia y abuso se asocian con el impacto subjetivo de la ruptura del lazo. Los conflictos relacionados con la tutela de los niños también tienen una alta frecuencia dentro de este motivo, al igual que los conflictos con la ley penal y el consumo de sustancias. Estas características y su combinación parecen describir condiciones de alta vulnerabilidad en ciertos grupos familiares. Se concluye que la elevada frecuencia de consultas por violencia, junto con las situaciones de alto riesgo presentes en púberes y jóvenes, resalta la importancia de este grupo etario para profundizar y diseñar nuevas modalidades de intervención intersectorial en el marco de las políticas públicas (Labartete et al., 2012).

El estudio realizado por la Facultad de Psicología de la UNR (2008) aborda el concepto de vulnerabilidad psicosocial, enfocándose en explorar y describir las características de los entornos sociales y familiares de distintos grupos de niñas y niños en el Municipio de Rosario. Mientras algunos modelos de investigación analizan factores generales como la clase social y la educación parental, otros se centran en las relaciones micro, como la díada madre-hijo/a. Si bien ambos enfoques contribuyen al entendimiento del desarrollo infanto-juvenil, presentan limitaciones cuando se consideran aisladamente. Entre los factores estructurales y las interacciones individuales, existen variables mediadoras que permiten una comprensión más integral

de la salud mental infanto-juvenil. El estudio propone que para analizar los determinantes de la salud mental infanto-juvenil es necesario considerar ambas dimensiones simultáneamente, sin excluir ninguna en detrimento de la otra. Se trata de reconocer múltiples determinantes de diferente orden. Disponiendo de capacidad para integrarlos en una perspectiva que reconozca la complejidad de los procesos (psíquicos) singulares (subjetivos), familiares y sociales que configuran el ámbito de la salud mental.

El objetivo del estudio epidemiológico fue analizar la situación de la Salud Mental de la población infanto-juvenil (de 3 a 13 años) en la ciudad Rosario. La hipótesis plantea que el entorno social y familiar, así como las interacciones en este, influyen en la salud general y mental del niño, favoreciendo un desarrollo óptimo o generando condiciones que deterioran su salud actual o futura. La población infanto-juvenil está marcada por procesos sociales y económicos que afectan de manera desigual a distintos grupos sociales. Las condiciones de vida reflejan estructuras y culturas que impactan en la satisfacción de necesidades básicas y en las estrategias de los grupos familiares para alcanzarlas. Además, la cantidad, frecuencia y calidad de los procesos de interacción social temprana varían según el grupo de crianza, ligados a factores culturales, socioeconómicos y geográficos.

El estudio concluye que, para gran parte de la población infanto-juvenil, las condiciones en las que se desarrollan afectan negativamente su bienestar psicológico. Estas condiciones están marcadas por desigualdades sociales, derivadas de una distribución desigual de la riqueza, que impactan de manera diferenciada a las familias. El entorno en el que crecen los niños —incluyendo el hábitat, el acceso al capital cultural, las experiencias vividas y la calidad de los vínculos interpersonales— desempeña un papel crucial en su desarrollo emocional y psicológico. Estos procesos socio-psicológicos, fundamentales para el bienestar infantil, no ocurren de forma aislada, sino en un contexto histórico y concreto de las familias. El estudio busca revelar cómo estos factores afectan a los niños y sus familias en Rosario. La promoción de la salud mental infanto-juvenil debe alinearse con un modelo de educación social amplio que reconozca a los niños como sujetos de derecho. Además, se destaca la importancia de dos instituciones clave para las familias: las escuelas y los centros sanitarios, reconocidos como referentes y apoyos esenciales en la crianza y educación de los niños (Temporetti, et al., 2008).

2.3. Marco de referencia conceptual del problema en estudio

2.3.1 La perspectiva sobre la salud mental a nivel global, regional y nacional

La OMS define a la Salud Mental como:

“un estado de bienestar mental que permite a las personas hacer frente a los momentos de estrés de la vida, desarrollar todas sus habilidades, poder aprender y trabajar adecuadamente y contribuir a la mejora de su comunidad. Es parte fundamental de la salud y el bienestar que sustenta las capacidades individuales y colectivas para tomar decisiones, establecer relaciones y dar forma al mundo en el que vivimos. La salud mental es, además, un derecho humano fundamental. Y un elemento esencial para el desarrollo personal, comunitario y socioeconómico. La salud mental es más que la mera ausencia de trastornos mentales” (OMS 2022).

Los determinantes que influyen en la salud mental a lo largo de la vida son múltiples e incluyen factores individuales, sociales y estructurales, que al combinarse pueden afectar nuestro bienestar psicológico. La exposición a condiciones sociales, económicas, geopolíticas y ambientales adversas —como la pobreza, la violencia, la desigualdad y la degradación ambiental— incrementa significativamente el riesgo de desarrollar trastornos de salud mental.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2013) identifica que los riesgos y los factores de protección de la salud se encuentran en la sociedad en distintas escalas. Las amenazas locales aumentan el riesgo para las personas, las familias y las comunidades. Las amenazas mundiales incrementan el riesgo para poblaciones enteras, entre ellas se cuentan las recesiones económicas, los brotes de enfermedades, las emergencias humanitarias y los desplazamientos forzados, y la creciente crisis climática.

Por su parte, la OMS (2022) plantea para todos sus estados miembros aplicar un Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2030 cuyo objetivo es mejorar la salud mental por medio de un liderazgo y una gobernanza más eficaces, la prestación de una atención completa, integrada y adaptada a las necesidades en un marco comunitario, la aplicación de estrategias de promoción y prevención, y el fortalecimiento de los sistemas de información, los datos científicos y las investigaciones. Sin embargo, el Atlas

de Salud Mental 2020, elaborado por la misma organización, revela que los países han obtenido resultados insuficientes en relación con los objetivos del plan de acción acordado.

El *Informe mundial sobre la salud mental* (OPS, 2023) plantea que:

“Antes de la pandemia, en el 2019, alrededor de 970 millones de personas en el mundo tenían un trastorno mental, el 82% de ellas en países de ingresos bajos y medianos. Entre el 2000 y el 2019, se estima que un 25% más de personas tenían algún trastorno mental, pero dado que la población mundial ha crecido aproximadamente al mismo ritmo, la prevalencia (puntual) de los trastornos mentales se ha mantenido estable, alrededor del 13%. La prevalencia de los trastornos mentales varía en función del sexo y la edad. Los trastornos de ansiedad y los trastornos depresivos son los más comunes, tanto en hombres como en mujeres. Los trastornos de ansiedad se vuelven prevalentes a una edad más temprana que los trastornos depresivos, que son raros antes de los 10 años. En el 2019, 301 millones de personas en todo el mundo tenían trastornos de ansiedad y 280 millones, trastornos depresivos (incluidos el trastorno depresivo mayor y la distimia). En el 2020, estas cifras aumentaron significativamente como resultado de la pandemia de COVID-19”. (OPS, 2023; p. 45)

Un estudio realizado en Chile sobre la atención primaria enfatiza la necesidad de implementar el plan de acción señalado por la OMS. Destaca que las mayores contribuciones para el desarrollo de las respuestas sanitarias son, principalmente, la formulación de planes nacionales de salud mental. La propuesta subraya el rol central de la APS en salud mental y el desarrollo de un sistema de información de salud mental que permite obtener indicadores para la gestión de servicios y atención clínica, el acceso a la APS y la calidad de la atención. Además, incorpora las prestaciones y diagnóstico de trastornos mentales CIE-10 de las personas atendidas (Minoletti et al., 2018).

Por su parte, Argentina registra datos en consonancia con el resto de los países de Latinoamérica, donde se enfatiza el aumento de los problemas de salud mental en edades más tempranas de vida. El estudio epidemiológico de salud mental en población general de la República Argentina introduce, desde una mirada poblacional, datos epidemiológicos en torno a trastornos mentales clasificados a partir de diagnósticos

(según DSM-IV). Planteando que la prevalencia de vida⁵ de cualquier trastorno mental en los mayores de 18 años fue de 29,1% y el riesgo proyectado de vida⁶ fue de 37,1%. (Stagnaro et al., 2018)

Los trastornos con mayor prevalencia a lo largo de la vida fueron: trastorno depresivo mayor (8,7%), abuso de alcohol (8,1%) y fobia específica (6,8%). Los trastornos de ansiedad representaron el grupo con la prevalencia más alta (16,4%), seguidos por los trastornos del estado de ánimo (12,3%), los trastornos por consumo de sustancias (10,4%) y los trastornos del control de impulsos (2,5%). La prevalencia de cualquier trastorno mental en los últimos 12 meses fue del 14,8%, de los cuales un cuarto se clasificaron como severos. Durante ese mismo período, el 11,6% de las personas recibió tratamiento, cifra que descendió al 30,2% entre quienes padecían un trastorno severo (Stagnaro et al., 2018)

2.3.2. La Salud mental infanto-juvenil en el mundo, la región y el país

En 2021, la OMS brindó los siguientes datos: uno de cada siete jóvenes de 10 a 19 años padecía algún trastorno mental, un tipo de trastorno que supone el 13% de la carga mundial de morbilidad en ese grupo etario. La depresión, la ansiedad y los trastornos del comportamiento se encontraban entre las principales causas de enfermedad y discapacidad entre los adolescentes. El suicidio, describe, es la cuarta causa de muerte entre los jóvenes de 15 a 29 años. El hecho de no ocuparse de los trastornos de salud mental de los adolescentes tiene consecuencias que se extienden a la edad adulta, perjudican la salud física y mental de la persona y restringen sus posibilidades de llevar una vida plena en el futuro (OMS, 2021).

Durante la adolescencia, aproximadamente uno de cada siete adolescentes, que representa alrededor del 14%, experimentaba algún tipo de trastorno mental. Este periodo de la vida está marcado por cambios físicos, emocionales y sociales que pueden hacer a los adolescentes más susceptibles a problemas de salud mental. Factores como la exposición a adversidades, presiones sociales de sus pares y la exploración de su

⁵ La prevalencia de vida es la proporción de encuestados que informaron haber sufrido un trastorno en el transcurso de su vida.

⁶ El riesgo proyectado de vida es el porcentaje de la población que se espera que padezca un trastorno durante el curso de su vida hasta los 75 años.

identidad pueden aumentar el riesgo de trastornos mentales en esta etapa. Estos factores pueden aumentar la vulnerabilidad, aumentando así el estrés y los riesgos asociados a problemas de salud mental. Además, la calidad de la vida familiar y las relaciones con sus compañeros de igual manera influyen en la salud mental de los adolescentes. La violencia, en particular la sexual y el acoso escolar, junto con una crianza excesivamente estricta y problemas socioeconómicos, representan riesgos conocidos para la salud mental. Algunos grupos de adolescentes, como aquellos que viven en entornos inestables o pertenecientes a minorías étnicas o sexuales, enfrentan un mayor riesgo debido a sus condiciones de vida desfavorables. Proteger a los adolescentes de estos factores de riesgo y proporcionarles acceso a servicios de salud mental de calidad son aspectos cruciales para su bienestar durante la adolescencia y en su vida adulta posterior (OMS, 2021).

La salud mental infanto-juvenil en América Latina está estrechamente vinculada con la pobreza y otras desigualdades sociales. Según la OPS (2023) y la OMS (2021), varios factores contribuyen a esta situación, incluidos el acceso limitado a servicios de salud mental y la falta de políticas efectivas para abordar estos problemas a nivel regional.

Algunos datos sobre la salud mental infanto-juvenil indican que la pobreza tiene un impacto especialmente fuerte en la población infanto-juvenil, ya que afecta el acceso a derechos fundamentales como la alimentación, la salud y la educación. Según la CEPAL (2025), las desigualdades que experimentan los niños, niñas y adolescentes durante su crecimiento reducen sus oportunidades de movilidad social y contribuyen a la reproducción de la pobreza entre generaciones. La pobreza⁷ es una condición múltiple que repercute en la calidad de vida e implica carencias en cuanto a las necesidades básicas como la nutrición, el agua potable, la vivienda, los servicios de salud y un menor acceso a la educación. La pobreza influye en el estrés crónico, la violencia, la delincuencia y la vulnerabilidad a la explotación laboral y la trata de niños, por ejemplo: trabajo doméstico, explotación sexual, conscripción militar, matrimonio y mendicidad.

⁷Por este método se clasifica como **pobres indigentes** a aquellos hogares –y a sus integrantes– cuyos ingresos declarados no superan el valor teórico de la Canasta Básica Alimentaria y como **pobres** a los que no superan el valor teórico de la Canasta Básica Total. Fuente: Observatorio económico social de la UNR.

El estrés crónico de los padres de familia o cuidadores principales también influye en la salud mental de los menores, ya que repercute en la efectividad de las habilidades de crianza, la supervisión parental y la consistencia y claridad de los límites y reglas familiares (OPS, 2009).

Con el correr de los años, la situación socioeconómica y cultural en Argentina sigue siendo un factor determinante en la salud mental infanto-juvenil. La crisis económica, la inflación, el desempleo y la inseguridad laboral afectan significativamente a numerosas familias, impactando negativamente el bienestar emocional de niños y adolescentes. Las desigualdades socioeconómicas persisten como una preocupación central, con amplias brechas entre los sectores más privilegiados y los más vulnerables. Asimismo, la diversidad étnica y cultural añade complejidades al abordaje de la salud mental infanto-juvenil, por lo que comprender estas diferencias y mostrar sensibilidad hacia las necesidades específicas de estas comunidades resulta esencial para garantizar una atención equitativa y efectiva (Capriati, 2017).

Ampliando la mirada para abordar los problemas de salud mental infanto-juvenil desde una perspectiva crítica y colectiva, la investigación se basa en una comprensión profunda de los factores sociales y ambientales que influyen en el bienestar emocional de niños y adolescentes. Desde un enfoque epidemiológico crítico, es fundamental reconocer que los contextos sociales, económicos y culturales juegan un papel decisivo en la aparición y evolución de los trastornos mentales en esta población vulnerable. Factores socioeconómicos como la pobreza, el desempleo, la inseguridad alimentaria y la falta de acceso a servicios básicos aumentan el riesgo de desarrollar trastornos mentales. De igual forma, factores ambientales como la exposición a la violencia doméstica, el abuso infantil, la falta de apoyo familiar y la calidad del entorno físico tienen un impacto significativo en la salud mental de niños y jóvenes. En consecuencia, la investigación de estas problemáticas requiere analizar no solo los determinantes individuales, sino también los contextos sociales y ambientales donde los niños crecen y se desarrollan (OMS, 2022).

2.3.3. Marco legal y de derechos de la Salud Mental infanto-juvenil en Argentina

En la investigación sobre salud mental infanto-juvenil, resulta imprescindible considerar la Ley Nacional de Salud Mental, ya que esta ofrece un marco legal sólido que protege y garantiza los derechos de niños y adolescentes.

La Ley N° 26.657 de Salud Mental en Argentina establece un marco jurídico fundamental para resguardar los derechos humanos de las personas con trastornos mentales, incluyendo a niños, niñas y adolescentes. Reconoce el derecho de todos a recibir atención de salud mental de calidad, basada en un enfoque comunitario, que promueve la inclusión social y respeta la autonomía y dignidad de los pacientes.

En específico, el Capítulo II, Artículo 3°, define la salud mental como “un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona” (Congreso de la Nación Argentina, Ley N° 26.657, 2010).

Es importante destacar que el Capítulo V establece la modalidad de abordaje para el trabajo en los territorios, orientado a la recepción de consultas en los procesos de atención en salud mental dentro de las instituciones. Según el Artículo 9°, “el proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, basado en los principios de la atención primaria de la salud. Se orientará al reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales” (Congreso de la Nación Argentina, Ley N° 26.657, 2010).

La Ley Nacional de Salud Mental representa un cambio paradigmático en la forma de abordar la salud mental en Argentina. Hasta su promulgación, el sistema se centraba en instituciones psiquiátricas cerradas, con un enfoque biomédico que privilegiaba la internación y el tratamiento médico. En contraste, la Ley impulsa un modelo comunitario de atención que promueve la desinstitucionalización y la integración social de las personas con problemas de salud mental.

Este enfoque reconoce que la salud mental no puede entenderse ni tratarse de manera aislada, sino en relación con el contexto social, económico y cultural en el que

se desarrolla la vida de cada persona. Por ello, se subraya la relevancia de los determinantes sociales —como la pobreza, la desigualdad, la discriminación y el acceso a servicios básicos— en la promoción, prevención y cuidado de la salud mental.

En 1990, Argentina ratificó mediante Ley el texto de la Convención sobre los Derechos del Niño, aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en noviembre de 1989. En su primer artículo, se define como niña, niño o adolescente a toda persona menor de 18 años, considerándolos sujetos de pleno derecho. Este texto es de vital importancia, en tanto establece que al ser las personas adolescentes sujetos de derecho, es responsabilidad del Estado nacional protegerlos: “A los efectos de la presente Convención, se entiende por niño todo ser humano menor de dieciocho años de edad salvo que, en virtud de la ley que le sea aplicable, haya alcanzado antes la mayoría de edad” (Naciones Unidas, 1990).

La Convención se funda en cuatro principios esenciales: el derecho a la vida y al desarrollo; la primacía del “interés superior del niño”; el derecho a ser escuchado; y el derecho a la no discriminación. Argentina no solo adhiere a estos principios, sino que los ratificó de manera explícita en la Ley Nacional de Protección Integral de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes N° 26.061 (Congreso de la Nación, Argentina, 2022).

Unicef plantea que poco más de la mitad (51,5%) de las personas adolescentes en el país viven en hogares pobres y ello no sólo se refiere a los ingresos familiares. En etapas tempranas de la vida, la pobreza compromete la asistencia escolar, el acceso a dispositivos tecnológicos, como celular o computadora para conectarse con pares o recibir las tareas escolares. También compromete la provisión de servicios esenciales, como el agua potable o la electricidad, implica la seguridad del barrio y de la casa que se habita, así como muchas otras carencias (Unicef, 2024).

La Ley Nacional de Salud Mental (N° 26.657/2010) reconoce el derecho de niños, niñas y adolescentes a recibir una atención especializada y adecuada a sus necesidades, con la participación activa de sus familias y comunidades. Además, prohíbe la discriminación y estigmatización por motivos de salud mental, promoviendo la inclusión social y el respeto a la diversidad.

No obstante, persisten importantes desafíos para su plena implementación. La falta de recursos, la infraestructura sanitaria insuficiente y la escasez de personal

capacitado dificultan el acceso a una atención de calidad, garantizada para la población infantil y adolescente.

En 2023, el Ministerio de Salud de la Nación, junto con la Dirección Nacional de Salud Mental, lanzó el Plan Nacional de Salud Mental 2023-2027. Este plan prioriza la organización de los servicios de salud comunitarios, tanto en el primer nivel como en los hospitales generales, promoviendo el trabajo en red para asegurar una atención continua, específica y adecuada a cada etapa del ciclo de vida, con el objetivo de facilitar el acceso a la salud mental.

El plan establece que las políticas públicas deben respetar, acompañar y fundamentarse en la diversidad cultural del país, valorizando los saberes que sustentan las estrategias que las personas construyen para resolver problemas en sus contextos cotidianos. Para ello, es fundamental incorporar la perspectiva de los actores comunitarios en la identificación de sus problemáticas y en la planificación de intervenciones, garantizando así respuestas situadas y contextualizadas (Ministerio de Salud de la República Argentina, 2023).

En este sentido, la territorialidad es un factor determinante en la ampliación de la accesibilidad a la atención desde el punto de vista geográfico y cultural, en clave de respeto a los derechos vinculados a la identidad, a la preservación de lazos sociales y al acompañamiento afectivo, como parte de todo proceso de inclusión sanitaria y social. Esto implica que la atención en salud mental deba darse en las propias comunidades. La Ley de Salud Mental, en el Artículo 11, insta a la creación de dispositivos de atención ambulatoria, de inclusión social y laboral, servicios para la prevención y promoción de la salud, cooperativas de trabajo, casas de convivencia, hospitales de día, centro de capacitación socio laboral, emprendimientos sociales, hogares y familias sustitutas, atención domiciliaria, apoyos a familiares y la comunidad. Es menester que estos dispositivos formen parte de la red de servicios de salud mental con base en la comunidad, con fuerte articulación al Primer Nivel de Atención (Ministerio de Salud de la República Argentina, 2023).

El Plan Nacional de Salud Mental adopta el concepto de cursos de vida en términos de salud mental, ofreciendo una visión integral y dinámica que va más allá de una perspectiva centrada exclusivamente en la enfermedad. Esta aproximación permite identificar y abordar las necesidades específicas de las personas y sus comunidades a lo

largo de sus trayectorias vitales. De esta forma promueve la capacidad intrínseca para construir y mantener una buena salud mental desde la infancia pasando por la adolescencia hasta la tercera edad. Además, enfatiza la importancia de intervenciones específicas en cada etapa de la vida, reconociendo que las experiencias tempranas, especialmente durante la niñez y la adolescencia, son determinantes para el desarrollo de problemas de salud mental, por ello incluye estrategias de prevención, promoción, asistencia y recuperación que consideran estas etapas críticas. De este modo, pretende proporcionar los recursos necesarios para una crianza saludable y adoptando una perspectiva no adulto-céntrica que evite diagnósticos estigmatizantes y enfoques patologizantes que conduzcan a la medicalización indebida de niños y adolescentes.

Dentro del marco del Plan Nacional de Salud Mental, se refuerza el rol de los centros de salud y educación en el abordaje temprano de los padecimientos mentales y en el acompañamiento a los entornos afectivos y de crianza. Además, se destaca la importancia de entidades comunitarias, como clubes, centros religiosos y espacios comunitarios, en la promoción de la salud mental, así como el apoyo a las familias.

2.3.4. Una mirada de salud mental infanto-juvenil con perspectiva epidemiológica en contextos vulnerables

La relevancia epidemiológica de esta investigación radica en la importancia de entender y abordar los problemas de salud mental en la población infanto-juvenil en contextos vulnerables de desigualdad social y pobreza. Los problemas de salud mental en esta población pueden tener consecuencias graves y de largo alcance para la salud y el bienestar. La investigación epidemiológica puede ayudar a establecer prioridades en la atención de la salud mental en la población infanto-juvenil, ya que permite identificar qué problemáticas son prioritarias y qué grupos poblacionales se encuentran en mayor situación de vulnerabilidad para proponer estrategias de prevención y promoción de la salud mental para la población infanto-juvenil en estudio.

En la actualidad, autores como Haro (2010), sostienen que la epidemiología atraviesa una crisis porque ha estado demasiado centrada en enfoques estadísticos y biologicistas, considerándolos como la vía principal —casi exclusiva— de producción de conocimiento en salud pública. Si bien esto ha permitido importantes avances, también

demostró limitaciones, por eso propone integrar aportes de corrientes como la epidemiología sociocultural y la salud colectiva, que ofrecen marcos más amplios para abordar la complejidad actual de los procesos de salud-enfermedad en las poblaciones.

El debate entre la epidemiología clásica y la epidemiología crítica abarca distintas perspectivas sobre la salud pública. La epidemiología clásica se enfoca en identificar patrones de enfermedades en poblaciones a través de métodos cuantitativos, priorizando factores de riesgo individuales. En contraposición, la epidemiología crítica adopta una visión más amplia al cuestionar las estructuras sociales y políticas que generan desigualdades en la salud, incluyendo el concepto de vulnerabilidad social. Esta última perspectiva se centra en los determinantes sociales, económicos y políticos que influyen en la salud, buscando transformar las condiciones subyacentes que impactan a las poblaciones vulnerables.

Mientras la epidemiología clásica se centra en la prevención y control de enfermedades, la epidemiología crítica aboga por cambios sociales para mejorar la salud pública, enfatizando la equidad y la justicia en el acceso a la atención médica y otros determinantes de la salud. Este debate resalta la importancia de considerar no sólo los factores biológicos, sino también los contextos sociales, económicos y políticos para abordar eficazmente los problemas de salud en las comunidades, especialmente en aquellas que son socialmente vulnerables.

Desde la perspectiva de la vulnerabilidad social en la epidemiología crítica, el foco se coloca en las relaciones sociales como la base de las situaciones de vulnerabilidad. Esto incluye aspectos como las relaciones de género, las relaciones económicas y las relaciones generacionales. A diferencia de la noción de riesgo individual, la noción de vulnerabilidad social se centra en el contexto o entorno en el que se llevan a cabo las acciones de los individuos. Esto significa que no solo se consideran los factores de riesgo a nivel individual, sino que se presta especial atención a cómo las estructuras sociales, como el género, la economía y las dinámicas generacionales, influyen y moldean las condiciones en las que las personas experimentan vulnerabilidad.

Esta visión ampliada destaca la importancia de comprender y abordar los factores contextuales y sociales que contribuyen a la vulnerabilidad de los individuos y las comunidades. Al abordar los problemas de salud mental en la población infanto-

juvenil desde una perspectiva epidemiológica, no solo se piensa en desarrollar un mejor entendimiento de la interacción entre la vulnerabilidad psicosocial y la salud mental, sino que también se brindaría una base sólida para la formulación de políticas y programas de salud pública destinados a mejorar el bienestar psicológico de niñas, niños y adolescentes. Este enfoque integral es esencial para garantizar que esta población crítica reciba la atención y el apoyo que necesita para prosperar y desarrollarse de manera saludable en la sociedad actual.

La psicóloga Cecilia Augsburger plantea que en el abordaje de la investigación sobre la salud mental infantil es prioritario poner en tensión lo estudiado tanto por la epidemiología clásica como por la epidemiología crítica. Escribe:

“Para superar los modelos lineales o mecánicos, la epidemiología social recurre a diferentes niveles de aproximación a la realidad, que permiten abordar determinaciones de orden estructural, que organizan y definen condiciones sociopolíticas de la vida societal, determinaciones particulares, que distinguen condiciones de vida y culturales propias de cada grupo social, y determinaciones singulares que exploran las características propias de los espacios familiares, vinculares y personales, donde transcurre la cotidianidad. Esos múltiples niveles o dimensiones dialectizan la relación que se establece entre la salud y la enfermedad y sus condiciones de generación, contemplando de manera simultánea elementos individuales y colectivos” (Augsburger, 2016; p.6).

La autora historiza sobre la información epidemiológica en relación a la salud mental infantil señalando que las primeras investigaciones epidemiológicas sobre problemas de salud mental en la infancia transcurren a mediados del siglo XX aunque recién a partir de 1970 los estudios epidemiológicos de base poblacional desarrollados por Rutter le proporcionan mayor visibilidad a este campo de problemas (Augsburger, 2016). Y agrega:

“Producir estudios epidemiológicos cuyo objeto sea la salud y no la patología mental, o más pertinente aún, el proceso de salud – enfermedad - sufrimiento psíquico, atendiendo a esta demarcación en la niñez en particular, es reconocer que la infancia se va configurando en el entramado de procesos históricos, sociales, culturales, y subjetivos. Si la epidemiología

en salud mental infantil comprende la salud como un proceso socialmente determinado, donde los hechos individuales síntomas, padecimientos o los malestares puedan ser integrados en un proceso colectivo de producción y recreación de salud, el análisis de los fenómenos patológicos, y determinantes negativos o dañinos, es complementario a la identificación de aspectos protectores que sirven de soporte o defensa a la salud.”
(Augsburger, 2016; p.10).

Al destacar que la salud mental es un derecho, se reconoce que cada grupo social enfrenta condiciones, problemas y necesidades particulares. El enfoque de la vulnerabilidad psicosocial permite analizar estos aspectos, alejándose de una visión centrada únicamente en los comportamientos o factores de riesgo individuales, y enfocándose en las características colectivas y contextuales que definen a un grupo social. Además, este enfoque facilita la atención a las situaciones específicas y cambiantes que viven los niños y los adolescentes en sus distintos entornos.

La vulnerabilidad psicosocial se refiere a la susceptibilidad de una comunidad a desarrollar problemas de salud mental debido a una serie de factores biopsicosociales interrelacionados. Estos factores incluyen la genética, el entorno familiar, la exposición a traumas, el acceso a servicios de salud mental, y la dinámica social y cultural en la que crecen y se desarrollan los jóvenes. Esta vulnerabilidad es una de las principales áreas de enfoque de la epidemiología en el estudio de los problemas de salud mental en la población infanto-juvenil, ya que puede contribuir a comprender por qué algunas niñas, niños y adolescentes pueden ser más propensos a desarrollar problemas de salud mentales que otros.

Estudios como los de Lenta y Zaldúa (2020) y Magalhães (2021), entre otros, se enfocan en niños, niñas y adolescentes, analizando sus experiencias y percepciones respecto a la vulnerabilidad y la exigibilidad de sus derechos. Estos trabajos destacan la importancia de comprender las particularidades de esta población, poniendo el énfasis en la vulneración de derechos, la vulnerabilidad psicosocial y, como eje transversal, la salud mental. En la infancia y adolescencia, la vulnerabilidad se entiende como una condición inherente a todos los seres humanos en proceso de desarrollo hacia la autonomía. Las limitaciones en su participación política reflejan su dependencia del mundo adulto y la necesidad de otros para su protección y crecimiento.

Por su parte, Magalhães (2021) plantea, como hipótesis central, que niños y jóvenes sometidos a situaciones de vulnerabilidad social —como residir en comunidades violentas, enfrentar carencias económicas, atravesar eventos estresantes o sufrir violencia comunitaria o intrafamiliar— tienen una alta probabilidad de desarrollar problemas de salud mental. Las autoras coinciden en que es prioritario y fundamental estudiar a estas poblaciones en sus contextos específicos, proponiendo diversos abordajes desde una perspectiva epidemiológica.

En síntesis, abordar los problemas de salud mental de la población infanto-juvenil desde una perspectiva epidemiológica crítica permite no sólo profundizar el entendimiento de la interacción entre vulnerabilidad psicosocial y salud mental, sino también aportar insumos para la formulación de políticas y programas de salud pública situados, capaces de reconocer la heterogeneidad de las trayectorias y condiciones de vida que atraviesan las infancias y adolescencias en el territorio.

Autores como Ayres, Paiva y Buchalla (2012, como se citó en Capriati, 2017) introducen el concepto de vulnerabilidad como un conjunto de aspectos individuales y colectivos vinculados a una mayor susceptibilidad a sufrir perjuicios y a una menor disponibilidad de recursos para su protección. Al respecto, Paiva (2018, como se citó en Capriati, 2017) sostiene:

No es indistinto crecer en una familia con trabajo estable, con progenitores escolarizados y en espacios urbanos, que una realidad familiar inestable, con baja o ninguna alfabetización o en un ámbito con barreras geográficas. Las realidades se disponen de modos diferentes. Ello se traduce en condiciones de vulnerabilidad psicosocial conforme las circunstancias que moldean sus experiencias y recorridos. (Capriati, 2017 p. 20)

El concepto de vulnerabilidad se relaciona estrechamente con el concepto de desigualdad, según lo plantean Pecheny (2013) y Kessler (2014), como se citó en Capriati (2017), abriendo una multiplicidad de caminos para abordar fenómenos comúnmente definidos como pobreza. El concepto de pobreza hace referencia a un grupo específico privado de ciertos bienes básicos, mientras que el concepto de desigualdad propone una perspectiva relacional en la cual la condición de pobreza se considera como parte de un proceso más amplio y como parte de una dinámica social marcada por diversas inequidades en el acceso a bienes y servicios. Por lo tanto, la desigualdad, al tratarse de

la distribución diferencial de bienes y servicios, no se limita únicamente a ingresos, sino que abarca aspectos de la vida social como la salud, la vivienda, el entorno urbano y otros (Capriati, 2017).

El estudio de las vulnerabilidades en la salud se convierte así en un enfoque para abordar una de las manifestaciones de las desigualdades sociales. El impacto de las desigualdades en la salud no es externo sino constitutivo, estas desigualdades generan vulnerabilidades, las cuales no se originan en actitudes individuales o familiares, conocimientos o prácticas, sino que remiten a procesos estructurales (Capriati, 2017).

El estudio de las desigualdades y las vulnerabilidades en la adolescencia o condición juvenil se pueden abordar desde diversas estrategias metodológicas, ya sea por medio de la descripción de los bienes y servicios disponibles en un territorio, a través del análisis de las trayectorias sociales, por medio de encuestas o registros estadísticos, por una combinación de todas ellas, etc. Más allá de la estrategia escogida, las experiencias de adolescentes y jóvenes son un espacio privilegiado para explorar la transmisión intergeneracional de la desigualdad y su vinculación con distintas problemáticas de salud, especialmente en países en los cuales las desigualdades sociales son altas y persistentes, como en gran parte de América Latina (Capriati, 2017).

3. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS

Objetivo general

Describir la relación entre los problemas de salud mental y las condiciones de vulnerabilidad psicosocial en la población infanto-juvenil consultante de un centro de salud durante el periodo 2022-2024.

Objetivos específicos

- Caracterizar socio-demográficamente la población infanto-juvenil que consulta por problemas de salud mental adscrita al centro de salud.
- Describir los motivos de consultas por problemas de salud mental registrados en el centro de salud de la población infanto-juvenil.

- Relacionar los problemas de salud mental con las condiciones de vulnerabilidad psicosocial de la población infanto-juvenil consultantes al centro de salud.

4. DISEÑO Y ESTRATEGIAS METODOLÓGICAS

Se llevará a cabo un estudio epidemiológico, observacional y descriptivo de corte transversal. Las fuentes de información que serán utilizadas son fuentes secundarias provenientes de los datos suministrados del sistema informático municipal Sistema Integrado de Salud Rosario (SISR) y del trabajo sobre las historias clínicas familiares (HCF) que corresponden al periodo 2022-2024. La población en estudio estará compuesta por niños, niñas y adolescentes de entre 5 y 19 años adscriptos al centro de salud durante dicho período.

Diseño metodológico

El estudio será **observacional** y **descriptivo** permitiendo un acercamiento a los problemas de salud mental. Se escoge ese carácter por su capacidad para sistematizar datos sobre la salud mental sin alterar las condiciones de producción del fenómeno estudiado. No obstante, se reconoce que la recopilación de datos no es estrictamente «objetiva», en tanto la selección y definición operacional de las variables involucran necesariamente decisiones teóricas y de implicación profesional del investigador, lo que constituye un sesgo a considerar en el análisis. Este enfoque permitirá documentar cómo se desarrollan los fenómenos sin introducir variables externas que puedan alterar los resultados. Es una forma de recopilar datos sobre salud mental priorizando la precisión y la sistematización en la observación.

De acuerdo a los aportes de Almeida Filho & Rouquayrol (2023), las investigaciones que producen instantáneas de la situación de salud de una población o comunidad sobre la base de la evaluación individual del estado de salud de cada uno de los miembros del grupo, que a su vez producen indicadores globales de salud para el grupo investigado, son llamadas estudios seccionales o de corte transversal. Tales estudios son de gran utilidad para la realización de diagnósticos comunitarios de la situación local de salud.

En relación a la temporalidad, será un estudio **transversal** ya que se centra en un periodo específico siendo esto útil para describir la salud mental de la población infanto-juvenil en un tiempo particular, evaluar la prevalencia de los motivos de consulta y detectar posibles patrones o relaciones. Servirá como punto de partida para plantear nuevas preguntas e hipótesis que puedan ser investigadas a futuro relativas a las problemáticas subjetivas. Sobre ello, Almeida Filho & Rouquayrol (2023) explican que el término transversal, en el contexto metodológico de la epidemiología, pretende dar una idea de seccionamiento transversal, un corte en el flujo histórico de la enfermedad, de modo que evidencie sus características y correlaciones en determinado momento.

Además del rigor en la creación de la muestra, es recomendable que cualquier investigación de ese tipo defina claramente los límites de su población, ya que precisará disponer de denominadores para el cálculo de prevalencia (indicador de elección para ese tipo de estudio). Por ese motivo, tal modalidad de investigación epidemiológica ha sido también referida como estudio de prevalencia.

Ámbito de estudio

El centro de salud objeto de esta investigación se encuentra en el barrio Parque Casas, ubicado en el distrito Norte de la ciudad de Rosario.

El área de referencia del centro de salud, concepto utilizado por la Secretaría de Salud Pública municipal para denominar al espacio geográfico donde reside la población consultante del efector, está delimitada al norte por la calle Baigorria, al sur por la calle Av. Sorrento, al este de la calle V. Gómez y vías del ferrocarril y al oeste la calle Av. J. Loureiro o Cavia, comprende a los Barrios Parque Casas y La Esperanza. Dicha área no cuenta con muchas instituciones estatales como tampoco se encuentra organizado socialmente en movimientos barriales.

La institución más cercana es la Escuela N.º 825 Leopoldo Herrera la cual consta de ciclo primario en ambos turnos. Las niñas, niños y adolescentes que habitan el barrio Parque Casas, en la ciudad de Rosario, transitan su crecimiento y desarrollo en un territorio que constituye mucho más que un espacio físico, es su centro de vida, su referencia cotidiana y su red de vínculos. Allí se configuran sus experiencias, desafíos y oportunidades, marcados por las condiciones sociales, económicas y culturales del entorno.

El área de referencia se encuentra sectorizada en función de los niveles socioeconómicos relevados por el equipo del centro a partir del trabajo territorial sostenido y de los registros de las HCF. En términos generales, se distinguen sectores con acceso a empleo registrado y servicios básicos, sectores con predominio de trabajo informal como: changas, cuentapropismo, la Asignación Universal por Hijo y otros subsidios y sectores en condiciones de mayor precariedad habitacional. La caracterización de estos sectores es construida por el equipo de referencia del centro y será descrita con mayor detalle en el apartado de análisis. Su presencia cercana y sostenida permite abordar de manera contextualizada las problemáticas de salud, en particular aquellas vinculadas a la salud mental, desde una perspectiva territorial que reconoce la singularidad de cada historia. En este sentido, el centro de salud no solo brinda atención, sino que también construye comunidad y vínculos de confianza con las infancias y juventudes del barrio, cumpliendo un rol clave como puerta de entrada al sistema de salud y como espacio de escucha, acompañamiento y cuidado integral.

Breve reseña histórica del Centro de Salud

Ubicado en el corazón del barrio Parque Casas, el Centro de Salud forma parte fundamental de la vida cotidiana de quienes habitan la zona⁸. Su historia refleja el compromiso de la comunidad y el crecimiento sostenido de la atención primaria en el territorio. El centro de salud lleva su nombre debido al antiguo propietario de los terrenos donde se desarrolló el barrio. Su recorrido comenzó en noviembre de 1964, cuando, a pedido de los vecinos, se inauguró como “Estación Sanitaria” con el objetivo de brindar atención de primeros auxilios. En sus inicios, funcionaba en una construcción reducida compartida por la Municipalidad de Rosario y la Provincia de Santa Fe, hasta que en los años 80 pasó a depender exclusivamente del municipio. Durante la década del 90, se consolidó una etapa de fuerte participación comunitaria e innovación. Los vecinos crearon la “Asociación Cooperadora”, una comisión comprometida que se convirtió en aliada del equipo de salud para identificar problemáticas del barrio y construir estrategias de intervención en conjunto.

⁸ <https://www.google.com/maps/>

Área de referencia Centro de Salud Casiano Casas



Fuente: Google Maps, 2024

Población

La población infanto-juvenil abarca a niños, niñas y adolescentes, comprendiendo ésta desde el nacimiento hasta los 19 años. Esta etapa del desarrollo humano es crucial para el establecimiento de bases sólidas en términos físicos, emocionales y sociales (OMS, 2022).

En este estudio, la población en análisis estará conformada por los consultantes de entre 5 y 19 años, definidos como población infanto-juvenil, que cuentan con Historia Clínica Familiar (HCF) y están adscritos al Centro de Salud. Se analizarán las consultas realizadas a profesionales de salud mental durante el período 2022-2024, considerando específicamente aquellas atenciones brindadas por profesionales psicólogos y psiquiatras.

La unidad de análisis será cada consultante niño, niña, adolescente que cumpla con los criterios de inclusión. Como criterios de inclusión se consideran: ser consultante dentro del rango etario establecido, contar con HCF en el Centro de Salud, residir dentro del radio de cobertura del establecimiento y haber registrado al menos una consulta en salud mental con un profesional especialista en salud mental durante el período estudiado. Se excluirán, los casos que no cuenten con HCF en el centro de salud (dado que la HCF constituye el instrumento que materializa la adscripción formal al efector y

permite el seguimiento longitudinal), las consultas a profesionales de especialidades distintas a salud mental y las consultas a profesionales de salud mental por fuera del equipo del centro (por ejemplo, derivaciones a otros efectores). Asimismo, se contempla como sesgo a considerar en el análisis la calidad y exhaustividad del registro realizado por los distintos agentes intervinientes en el SISR y en las HCF.

Categorías operativas de análisis

Salud Mental

La salud mental infanto-juvenil abordará el análisis de los padecimientos subjetivos, a partir de los principales motivos de consulta, los diagnósticos más frecuentes y el volumen de consultas realizadas. Comprender estas dimensiones permitirá identificar cómo las condiciones estructurales y particulares inciden en la salud mental y el bienestar de la población.

Vulnerabilidad psicosocial

La vulnerabilidad psicosocial en la población infanto-juvenil se define a partir de múltiples factores que tienen implicancias en su desarrollo y bienestar. En este estudio se analizarán las características sociodemográficas de los consultantes, incluyendo variables como ingresos, acceso a servicios básicos, género, edad, escolaridad y situaciones de vulneración de derechos.

La vulnerabilidad psicosocial se abordará desde dos dimensiones fundamentales:

- a) la sociofamiliar, que comprende la composición del núcleo familiar, las condiciones de crianza, los medios de subsistencia del hogar (como la Asignación Universal por Hijo) y el contexto habitacional;
- b) la relacionada con derechos vulnerados, que abarca experiencias de maltrato, desprotección, falta de acceso a redes de apoyo, desvinculación educativa o sanitaria, medidas de excepción (DPNAF) y otras manifestaciones de desigualdad.

Fuentes de Información

Las fuentes de información utilizadas serán fuentes secundarias provenientes de los reportes del sistema informático SISR y de los datos que conforman el material registrado en las HCF. Las fuentes de información secundaria son herramientas que van

a describir el ámbito social, proporcionando indicadores fundamentales para analizar las condiciones de vida de la población infanto-juvenil. Estas condiciones incluyen aspectos como el acceso a vivienda, educación, empleo, servicios de salud, saneamiento, edad, sexo y otros determinantes socioeconómicos y ambientales que impactan directamente en la salud mental de las personas.

El registro de consultas en Salud Mental en la Municipalidad de Rosario se implementó en 2018 a través del sistema SISR, con el objetivo de mejorar la generación de datos y el monitoreo epidemiológico. Su creación permitió visibilizar y buscar subsanar la falta de información adecuada sobre los padecimientos psíquicos y la respuesta de los servicios, dificultando la planificación en salud integral.

Actualmente, este registro se aplica en el primer nivel de atención (APS). El sistema utiliza códigos basados inicialmente en la CIE-10 pero que fueron recreados o adecuados para necesidades locales. Su propósito principal es interpretar los padecimientos mentales en relación con los problemas de salud pública y las inequidades sociales. Se busca mejorar la confiabilidad de los diagnósticos, optimizar la lectura y aplicación de los códigos y contextualizar los padecimientos en función de los determinantes sociales. El registro en SM se estructura en tres ejes de codificación: caracterización de la demanda o padecimiento subjetivo, problemas vinculados a la salud pública y condiciones de inequidad. Estos ejes abarcan a todas las edades y brindan información clave para comprender la situación de salud mental en la población, favoreciendo un abordaje integral y equitativo.

El análisis propuesto plantea la necesidad de realizar una lectura contextualizada de los padecimientos psíquicos, vinculados con las problemáticas de salud pública y las condiciones de inequidad que atraviesan niños y adolescentes. La información permitirá caracterizar en forma socio demográfica y familiar a la población que demanda y accede a la consulta en salud mental, describir la prevalencia de problemas de salud mental en la población estudiada y la distribución etaria y por sexo en la población infanto-juvenil. La observación conforme criterios de vulnerabilidad psicosocial permitirá identificar subgrupos que puedan presentar mayor riesgo o necesidad de atención. Ello posibilitará una mirada más amplia y sensible a las realidades sociales que inciden en los procesos de salud-enfermedad como también el fortalecimiento de la capacidad del sistema de

salud para abordar las complejas realidades de salud mental desde un enfoque integral, equitativo y adaptado a las necesidades poblacionales.

Se presenta la siguiente matriz de operacionalización de variables en relación a los objetivos propuestos:

-Objetivo específico: Caracterizar socio-demográficamente la población infanto-juvenil que consulta por problemas de salud mental adscrita al centro de salud. Para el cumplimiento de este objetivo se considerará la variable “características sociodemográficas”, entendida como el conjunto de atributos biológicos, educativos, familiares y sociales que caracterizan a la población consultante. Se analizará la dimensión edad, definida como la edad cronológica registrada al momento de la consulta, tomando como indicador la distribución por grupos etarios y operacionalizándola en los grupos de 5 a 9 años, 10 a 14 años y 15 a 19 años. Esta variable será medida y su fuente de obtención serán las Historias Clínicas Familiares (HCF) y el Sistema Integrado de Salud Rosario (SISR).

Asimismo, se abordará la dimensión sexo y género, definida como el sexo biológico e identidad de género registrada. Como indicador se utilizará la distribución por sexo/género y se operacionalizará en femenino, masculino y otro. La información se obtendrá de HCF y SISR.

En relación con la dimensión escolaridad, se considerará el nivel educativo alcanzado o cursado al momento de la consulta. El indicador será el nivel educativo registrado y la variable operacional incluirá primario incompleto/completo, secundario incompleto/completo y no escolarizado. Esta variable será medida y tendrá como fuente HCF y SISR.

También se analizará la situación educativa, entendida como la vinculación con el sistema educativo. El indicador será la inserción escolar, operacionalizada en escolarizado o desvinculado/a de la escuela. Las fuentes serán HCF y SISR.

Por otra parte, se incluirá la dimensión condición socioeconómica, definida como la situación económica del grupo familiar. El indicador será la condición laboral de la

persona adulta con ingresos económicos y se operacionalizará en trabajo formal, informal, desocupación y AUH. La información se obtendrá de HCF y SISR.

Finalmente, se analizará el acceso a servicios básicos, entendido como la disponibilidad de servicios esenciales en el hogar. El indicador serán las condiciones básicas de servicios en el hogar y la variable operacional incluirá agua, electricidad y cloaca. Las fuentes de información serán HCF y SISR.

-Objetivo específico: Describir los motivos de consulta por problemas de salud mental registrados en el centro de salud de la población infanto-juvenil. Para este objetivo se considerará la variable conceptual “problemas de salud mental”, entendida como los padecimientos subjetivos que afectan el bienestar emocional, conductual y relacional de niños, niñas y adolescentes.

Se analizará la dimensión motivo de consulta, definida como la demanda principal registrada en la consulta de salud mental. El indicador será el tipo de problema de salud mental registrado y se operacionalizará en ansiedad, depresión, conducta, consumo, violencia, duelo y otros. Las fuentes de información serán SISR y HCF.

Asimismo, se abordará la dimensión diagnóstico principal, entendida como la clasificación diagnóstica según registro clínico. El indicador será el diagnóstico establecido en la planilla de informe de consulta y se operacionalizará mediante la codificación local del SISR. La fuente será el SISR.

También se considerará la dimensión frecuencia de atención, definida como el número total de intervenciones recibidas. El indicador será la cantidad de consultas y la variable operacional corresponderá al número total de consultas registradas. La fuente será el SISR.

Por último, se analizará la dimensión derivación/continuidad, entendida como el seguimiento posterior de la consulta. El indicador será el tipo de continuidad asistencial y se operacionalizará en seguimiento, derivación o ausencia. Las fuentes de información serán HCF y SISR.

-Objetivo específico: Describir las condiciones de vulnerabilidad psicosocial de la población infanto-juvenil consultante. Para el desarrollo de este objetivo se utilizará la variable “vulnerabilidad psicosocial”, entendida como el conjunto de condiciones sociales, familiares, económicas y de derechos que incrementan la susceptibilidad de padecimientos en salud mental.

Se analizará la dimensión sociofamiliar, definida como la estructura y dinámica del grupo familiar. Los indicadores serán el tipo de familia, el hacinamiento y las condiciones habitacionales. La variable operacional incluirá familia nuclear, monoparental, ampliada y hacinamiento sí/no. La fuente de información será la HCF.

Asimismo, se abordará la dimensión derechos vulnerados, entendida como las situaciones de maltrato, negligencia o intervención institucional de organismos de protección. El indicador será la presencia de vulneración de derechos y se operacionalizará en sí/no más tipo de vulneración. La fuente será la HCF y SISR.

También se analizará la dimensión redes de apoyo, definida como la existencia de sostén familiar o institucional. El indicador será la red de apoyo disponible y se operacionalizará en familiar, institucional o ausencia. La fuente será la HCF.

Finalmente, se incluirá la dimensión acceso a salud, entendida como la continuidad del tratamiento. El indicador será el seguimiento terapéutico y se operacionalizará en continuidad o abandono. Las fuentes de información serán HCF y SISR.

Consideraciones éticas: el presente proyecto de investigación procurara cumplir con las normas éticas y legales vigentes en Argentina, garantizando la protección de los derechos, la dignidad y el bienestar de la población estudiada. Se respetaran los principios de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia, así como la confidencialidad y privacidad de la información. Debido a que se utilizarían datos secundarios provenientes de historias clínicas y registros del sistema público de salud, no habría contacto directo con los participantes se resguardará la confidencialidad y la privacidad de la información recolectada mediante el tratamiento anónimo de los datos. En concordancia con la Ley N.º 26.061 de Protección Integral de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, la Ley N.º 26.529 de Derechos del Paciente y la Ley N.º 25.326 de

Protección de Datos Personales, la información sería utilizada exclusivamente con fines de investigación y con acceso restringido. En caso de llevarse a cabo el proyecto sería presentado para su evaluación ante el Comité de Ética en Investigación correspondiente, que determinaría los requisitos éticos aplicables al uso de estos datos.

5. PRODUCTO DE UN ANÁLISIS PROSPECTIVO DE LOS EVENTUALES RESULTADOS

Cabe aclarar, en primer lugar, que este apartado tiene un carácter estrictamente proyectivo: no presenta resultados empíricos del estudio sino un análisis prospectivo de los escenarios analíticos esperables a partir del diseño metodológico propuesto. Desde ese enfoque, se espera que los resultados que efectivamente se obtengan permitan construir un panorama integral sobre la situación de la salud mental infanto-juvenil en el territorio, visibilizando tanto las características sociodemográficas de quienes acceden al servicio como los motivos más frecuentes de consulta. Este conocimiento no sólo tendrá un valor descriptivo, sino que podrá constituirse en un insumo estratégico para la planificación sanitaria, orientando la toma de decisiones en el primer nivel de atención y contribuyendo a una mejor adecuación de las respuestas del sistema de salud a las necesidades reales de la población.

En este sentido, la identificación de perfiles sociodemográficos de mayor riesgo permitirá focalizar intervenciones preventivas y de promoción de la salud mental, favoreciendo la detección temprana de problemáticas y el diseño de estrategias territoriales más oportunas. Esto podría contribuir a reducir la cronificación de los padecimientos subjetivos, mejorar la accesibilidad a los servicios y fortalecer el abordaje integral en salud mental desde una perspectiva comunitaria.

Asimismo, la sistematización de los motivos de consulta posibilitará reconocer patrones prevalentes de malestar subjetivo —como ansiedad, síntomas depresivos, dificultades vinculares o situaciones de violencia— permitiendo orientar la organización de los servicios, optimizar la asignación de recursos y fortalecer dispositivos específicos de atención en el primer nivel. De este modo, los resultados podrían incidir en la mejora de la calidad de atención y en la adecuación de las prácticas profesionales a las demandas emergentes.

En relación con la vulnerabilidad psicosocial, el análisis de la asociación entre las condiciones de vida y los problemas de salud mental aportará evidencia empírica sobre el impacto de las desigualdades sociales en la subjetividad de niños, niñas y adolescentes. Este aporte resulta clave para promover intervenciones intersectoriales que trasciendan el ámbito estrictamente sanitario, articulando con educación, desarrollo social y organismos de protección de derechos.

Por otra parte, el estudio permitirá identificar áreas de vacancia tanto en la producción de conocimiento epidemiológico como en las respuestas sociales organizadas. En términos de conocimiento, se evidencian limitaciones en la disponibilidad de datos sistematizados y contextualizados sobre salud mental infanto-juvenil en el primer nivel de atención, así como en el análisis de su relación con los determinantes sociales. En cuanto a las respuestas institucionales, podrían detectarse debilidades en la articulación intersectorial, en la accesibilidad a dispositivos especializados y en la continuidad de cuidados, especialmente en contextos de alta vulnerabilidad.

6. DISCUSIÓN Y REFLEXIONES FINALES

Las reflexiones que se presentan en este apartado tienen, al igual que el apartado anterior, un carácter proyectivo: anticipan posibles líneas de discusión que podrán desarrollarse plenamente una vez producidos los resultados empíricos. En este marco, se espera que los hallazgos de esta investigación contribuyan a fortalecer las capacidades institucionales, especialmente en lo referido a la detección temprana de problemáticas de salud mental, la derivación oportuna y la articulación con redes intersectoriales de protección y cuidado. Este trabajo se inscribe fundamentalmente en el campo de la epidemiología, en tanto propone una aproximación sistemática al estudio de la salud mental infanto-juvenil desde una perspectiva poblacional y contextual.

En este sentido, el estudio permitirá describir la frecuencia y distribución de los problemas de salud mental en la población infanto-juvenil en un territorio específico, aportando a la comprensión de cómo estos padecimientos se expresan a nivel colectivo. Asimismo, se aspira a que los resultados contribuyan a la construcción de perfiles de salud-enfermedad, considerando no sólo la presencia de determinados problemas, sino

también su relación con las condiciones sociales, económicas y familiares en las que viven niños, niñas y adolescentes.

La comprensión de los factores intervinientes que emergen del análisis epidemiológico permitirá abordar con mayor profundidad las complejidades inherentes a la salud mental infanto-juvenil, brindando fundamentos empíricos que respalden el diseño y la implementación de políticas públicas orientadas a mejorar el bienestar emocional de esta población. Desde la perspectiva epidemiológica, este tipo de estudios resulta clave para generar evidencia sobre los determinantes sociales de la salud, visibilizando desigualdades y contribuyendo a su problematización en el campo de la salud pública.

Por otra parte, los resultados podrán constituir un insumo relevante para la evaluación de los servicios y sistemas de salud, particularmente en el primer nivel de atención, permitiendo analizar aspectos como la accesibilidad, la demanda, la adecuación de las respuestas ofrecidas y la distribución de recursos en salud mental. En este sentido, la información producida no sólo describe una situación, sino que habilita lecturas críticas sobre el funcionamiento del sistema de salud y sus capacidades para dar respuesta a las necesidades de la población infanto-juvenil.

Finalmente, este trabajo se inscribe en un campo de creciente relevancia dentro de la epidemiología contemporánea: el estudio de la salud mental en relación con las desigualdades sociales. Desde esta perspectiva, la investigación contribuye a consolidar una mirada epidemiológica que trasciende lo estrictamente biomédico, incorporando dimensiones sociales, territoriales y subjetivas en el análisis del proceso salud-enfermedad-atención. De este modo, se busca aportar a la construcción de conocimientos que permitan comprender de manera más integral los problemas de salud mental y orientar futuras líneas de investigación en el campo.

En conjunto, los resultados de la investigación podrían contribuir a fortalecer la vigilancia epidemiológica en salud mental, mejorar la planificación de políticas públicas y promover estrategias de intervención más equitativas, integrales y territorialmente situadas, orientadas a transformar las condiciones que inciden en el proceso salud-enfermedad de la población infanto-juvenil.

7. BIBLIOGRAFÍA

- Almeida Filho, N., & Rouquayrol, M. Z. (2023). Introducción a la epidemiología (Ed. revisada, Cap. 8). Editorial Remedios de Escalada; Universidad Nacional de Lanús.
- Augsburger, A. C. (2016). Perspectiva crítica sobre los enfoques epidemiológicos de la salud mental infantil: un debate impostergable. En Letras del afuera. Formación y docencia (pp. 1–17). Secretaría de Relaciones Internacionales, Facultad de Psicología, UNR; Laborde Editor.
- Benjet, C. (2009). La salud mental de la niñez y la adolescencia en América Latina y el Caribe. En J. J. Rodríguez, R. Kohn & S. Aguilar-Gaxiola (Eds.), Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe. Organización Panamericana de la Salud. (Publicación Científica y Técnica N.º 632).
- Borthiry, D., & Luzzi, A. M. (2019). Las niñas y los motivos de consulta en un servicio de salud mental infantil. Anuario de Investigaciones, Facultad de Psicología - UBA, 28, 17–25. Recuperado de https://www.psi.uba.ar/publicaciones/anuario/trabajos_completos/28/borthiry.pdf
- Campodónico, N. (2022). Una revisión sistemática sobre la salud mental y las problemáticas actuales en la infancia y la adolescencia. Perspectivas en Psicología, 19(2), 44–63. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=908649>
- Campos, G. W. S. (2001). Gestión en salud. En defensa de la vida. Lugar Editorial.
- Capriati, A. J. (2017). A cada uno lo que le toca. Vulnerabilidades y soportes en la condición juvenil. Cuadernos FHyCS-UNJu, (52), 119–140. Recuperado en <https://acortar.link/Q11gJk>
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2025). *Panorama Social de América Latina y el Caribe, 2025: Cómo salir de la trampa de alta desigualdad, baja movilidad social y débil cohesión social*. Naciones Unidas.

- Congreso de la República Argentina. (2005). Ley N.º 26.061. Ley de Protección de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes. Recuperado de <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26061-110778>
- Congreso de la República Argentina. (2010). Ley N.º 26.657. Ley Nacional de Salud Mental. Recuperado de <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26657-131045>.
- Gaytán Jiménez, E., Rosales González, M., Reyes Hernández, H., Díaz-Barriga Martínez, F., & Calderón Hernández, J. (2015). Prevalencia de dificultades emocionales, conductuales y cognitivas en niños de escenarios urbanos con diferente grado de marginación. *Revista de Psicología y Ciencias del Comportamiento de la U.A.C.J.S.*, 6(1). Recuperado de <http://revpsicc.wordpress.com/2015/11/02/revista-de-psicologia-y-ciencias-del-comportamiento-de-la-u-a-c-j-s-vol-6-num-1-enero-junio-de-2015/>
- Haro, J. A. (2010). Epidemiología convencional, epidemiología sociocultural y salud colectiva: Requerimientos para un diálogo entre disciplinas. En I Congreso Internacional de Transdisciplinariedad, UABC, México. Disponible en <https://es.slideshare.net/slideshow/epidemiologia-convencional-y-sociocultural/3766893>
- Labartete, A., Faráh, A., Rasetti, B., Bossus, L., Medina, L., Solís, S., Lizzi, C., Alfonso, P., Cejas, S., & Tagliafico, C. (2012). La salud mental de niños/as y jóvenes: Descripción y análisis de la población consultante al Servicio de Salud Mental en el Hospital de Niños "Víctor J. Vilela". Convenio colaborativo entre el Servicio de Salud Mental del Hospital de Niños "Víctor J. Vilela" y el Departamento de Epidemiología del Instituto de la Salud "J. Lazarte".
- Magalhães, J. (2021). Vulnerabilidad social y salud mental en niños y jóvenes: Informe de dos estudios longitudinales brasileños. *Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento*, 21.
- Malena Lenta, M., & Zaldúa, G. (2020). Vulnerabilidad y exigibilidad de derecho: la perspectiva de niños, niñas y adolescentes. *Psykhé*, Universidad de Buenos Aires. <https://www.aacademica.org/maria.malena.lenta/328.pdf>

- Maroto-Vargas, A., Molina-Fallas, L., & Prado-Calderón, J. (2017). Características sociodemográficas y motivos de consulta de las personas atendidas en el Centro de Atención Psicológica de la Universidad de Costa Rica (2004–2013). *Revista Costarricense de Psicología*, 36(1), 23–44. Recuperado de <http://rcps-cr.org/?p=2221>
- Ministerio de Salud de la República Argentina, UNICEF Argentina, & Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Rosario. (2022). Lineamientos para la primera escucha en salud mental y el acompañamiento de adolescentes en el primer nivel de atención. Recuperado de <https://acortar.link/GhUmDI>
- Ministerio de Salud de la República Argentina. (2023). Plan Nacional de Salud Mental 2023–2027. Recuperado de <https://acortar.link/DnOuvi>
- Minoletti, A., Soto-Brandt, G., Sepúlveda, R., Toro, O., & Irrarázaval, M. (2018). Capacidad de respuesta de la atención primaria en salud mental en Chile: Una contribución a Alma-Ata. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 42, e136. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.136>
- Municipalidad de Rosario. (2022). Análisis de los registros de salud mental (período 2019/2021). Mesa de ayuda para la pandemia. Dirección de Salud Mental.
- Muñoz, D., et al. (2017). Trabajo final de Práctica Final Obligatoria (PFO). Universidad Nacional de Rosario.
- Organización Mundial de la Salud. (2021). Salud mental en adolescentes. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
- Organización Mundial de la Salud. (2022). Salud mental: Fortaleciendo nuestra respuesta. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Organización Panamericana de la Salud. (2013). Plan de acción integral sobre salud mental 2013–2020. Recuperado de <https://www.paho.org/es/temas/salud-mental>
- Organización Panamericana de la Salud. (2023). Informe sobre salud mental en América Latina y el Caribe. Recuperado de

https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/57878/9789275327715_spa.pdf?sequence=5

Provincia de Santa Fe & Municipalidad de Rosario. (2019). Registro de atenciones ambulatorias en salud mental. Recuperado de <https://www.santafe.gob.ar/index.php/web/content/download/250873/1317758/>

Stagnaro, J.C., Cía, A., Vázquez, N., Vommaro, H., Nemirovsky, M., Serfaty, E., Sustas, S., Medina Mora, M.E., Benjet, C., Aguilar-Gaxiola, S., & Kessler, R. (2018). “Estudio epidemiológico de salud mental en población general de la República Argentina”. *Revista Argentina de Psiquiatría*, 29, 275–299. <https://revistavertex.com.ar/ojs/index.php/vertex/article/view/256>

Temporetti, F., Bertolano, L., Augsburg, C., & Enría, G. (2008). Salud mental en la infancia: Estudio epidemiológico de la población 3–13 años en la ciudad de Rosario. Convenio de cooperación institucional entre el Ministerio de Salud de la Nación y la Facultad de Psicología de la UNR.

Tuñón, Ianina (2025) (con la colaboración de Matías Maljar y Valentina González Sisto): *Derechos de la Infancia en Argentina (2010-2024): Avances, Desafíos y Desigualdades*. Documento Estadístico. Barómetro de la Deuda Social de la Infancia. Serie Agenda para la Equidad (2017-2025). 1ª ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: EDUCA, 2025.

Unicef Argentina. (2024). Informe sobre la salud mental de adolescentes y jóvenes en Argentina. Recuperado de <https://www.unicef.org/argentina>