

# ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO COMPARATIVO DE SINTOMATOLOGÍA DE SALUD MENTAL EN ADULTOS DEL PARTIDO DE AVELLANEDA Y LA CIUDAD DE LA PLATA, 2011

## COMPARATIVE EPIDEMIOLOGICAL STUDY OF MENTAL HEALTH SYMPTOMATOLOGY IN ADULTS FROM AVELLANEDA AND LA PLATA

Saforcada, Enrique<sup>1</sup>; de Lellis, Martín<sup>2</sup>; Martínez Calle, Sandra<sup>3</sup>

### RESUMEN:

Se llevó a cabo un cuestionario epidemiológico de sintomatología mental (CESIM), en dos muestras representativas (n = 400 cada una de ellas) de las poblaciones de Avellaneda y Ciudad de La Plata. Los valores hallados indican que la sintomatología mental aumenta conforme baja el nivel de instrucción, confirmando la constatación científica de que mayor pobreza se asocia con peores índices de salud mental. En La Plata se hallaron porcentajes superiores a los de Avellaneda en *sintomatología baja y media*, mientras que en *sintomatología muy alta* en Avellaneda se halló un 20% de la muestra y en La Plata involucró al 8,3%. En Avellaneda la *sintomatología mental muy alta* es mayor en mujeres (22,1%) que en hombres (17,6%), por lo cual se puede conjeturar que los procesos de desindustrialización impactan diferencialmente, en términos absolutos y por género.

### Palabras clave:

Epidemiología - Sintomatología mental - Cuestionario

### ABSTRACT

It was conducted an epidemiological questionnaire of mental symptomatology (CESIM) in two representative samples (n = 400 each) of population in Avellaneda and La Plata City. The values found indicate that the mental symptomatology increases as low educational attainment, confirming the scientific finding that greater poverty is associated with worse mental health indices.

In La Plata percentages were found higher than those of Avellaneda in low and medium symptoms, while symptoms are very high in Avellaneda found 20% of the sample while in La Plata involved 8.3%. In Avellaneda high mental symptomatology is higher in women (22.1%) than men (17.6%), so it can be surmised that the processes of differentially deindustrialization impact in absolute terms and by gender.

### Key words:

Epidemiology - Mental symptomatology - Questionnaire

<sup>1</sup>Facultad de Psicología, UBA. Director del Proyecto UBACyT "Estudio Epidemiológico Comparativo de Sintomatología de Salud Mental en Adultos, en el Partido de Avellaneda y la Ciudad de La Plata". E-mail: [sagar@fibertel.com.ar](mailto:sagar@fibertel.com.ar)

<sup>2</sup>Licenciado en Psicología, UBA. Profesor Titular Regular de la Cátedra Salud Pública y Salud Mental, Facultad de Psicología, UBA. Director del Proyecto de Investigación UBACyT "Promoción de la Salud en el nivel secundario de enseñanza: un modelo de investigación-acción para la sistematización de intervenciones", Programación 2010-2012. E-mail: [delellis@fibertel.com.ar](mailto:delellis@fibertel.com.ar)

<sup>3</sup>Facultad de Psicología, UBA. Docente e Investigadora universitaria.

## INTRODUCCIÓN

La investigación que dio origen al presente informe responde a dos cuestiones fundamentales.

La primera surge al constatar los escasos antecedentes de estudios epidemiológicos en salud mental y adicciones en la historia reciente de nuestro país, pues la mayoría de los datos con respecto a la frecuencia y distribución de trastornos se obtienen de las estadísticas hospitalarias y de los registros de salud y seguridad social, sean públicos o privados.

Sin embargo, tales estimaciones brindan información casi nula acerca de la población que no demanda prestaciones en esos servicios, por lo cual resulta difícil conocer y estimar adecuadamente la necesidad de mejora de la salud mental de la población en el ámbito de las comunidades.

Se han llevado asimismo a cabo investigaciones sobre poblaciones clínicas y sobre usuarios de servicios de salud, pero se han desarrollado escasos estudios con cargo a determinar de qué manera el malestar psicológico (junto a modelos que expliquen su aparición, permanencia y persistencia) se distribuye en las poblaciones. No obstante, se brinda atención, lo que implica que se invierten recursos (humanos, económicos, edilicios, etc.) a ciegas y a ciegas se presupuesta y planifica para los años subsiguientes sin saber qué y cuánta es la demanda real y qué pasa con la demanda atendida.

A pesar de lo anteriormente señalado, informes mundiales advierten que una de cada cuatro personas padecen uno o más trastornos mentales o del comportamiento a lo largo de la vida (Organización Mundial de la Salud, 2001). Entre todas las enfermedades y padecimientos, los trastornos psicológicos y psiquiátricos ocupan un lugar destacado, tanto por el sufrimiento y el costo social que representan, junto a la no poco frecuente morbilidad asociada, como por el reto que su prevención y control plantean a los servicios asistenciales. En casi todos los países ocupan el primer lugar en cuanto aporte a la carga total de morbilidad en las poblaciones dentro del tramo etario de 15 a 59 años.

En esta misma línea, a través de estimaciones que se basan en datos producidos en otros países de la región sobre la distribución de las problemáticas de Salud Mental, la Unidad de Vigilancia Epidemiológica que se desempeña en la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (Sola, M; Calvillo, L; Negro, L.; Venesio, S; Di Nella, Y. 2010) advierten, sobre la base de diversos estudios, acerca del crecimiento en la incidencia de trastornos mentales en la Argentina. Según tales estimaciones, aproximadamente el 20% de casos de personas de 18 años y más se hallan afectadas por trastornos mentales, y tasas medianas indican que la depresión mayor (en una proporción mayor para las mujeres) y el consumo de alcohol (en una proporción mayor para los hombres) congregan la mayor frecuencia de casos.

El Área Metropolitana, al igual que en el resto del territorio nacional, presenta una carencia histórica de información sistemática y actualizada sobre la cantidad y gravedad de las dolencias en *Salud Mental* o sobre las

estrategias que se emplean para su mitigación, dado que en los medios políticos, académicos o científicos no se han promovido estudios de corte epidemiológico que abarcaran a importantes muestras poblacionales, y las escasas investigaciones epidemiológicas de trastornos mentales, las cuales han sido discontinuas y esporádicas, hace ya décadas que no se realizan.

Como consecuencia directa de la carencia de un sistema de vigilancia que arroje información fehaciente y continua sobre los trastornos mentales se constata la invisibilidad del problema en su magnitud epidemiológica y, como consecuencia, la escasa jerarquización o priorización de la problemática en el ámbito de las políticas públicas de salud. La segunda cuestión surge de vincular el problema anteriormente planteado con la necesidad de disponer de instrumentos de medición con validez ecológica (construidos en nuestro medio) y así desplazar los instrumentos importados del mundo anglosajón, como es el caso de la tan indebidamente difundida escala PERI (Psychiatric Epidemiological Research Interview), construida en Estados Unidos en 1978 por B. S. Dohrendwend, L. Krasnoff, A. R. Askenasy y B. P. Dohrendwend, y reformulada en 1982 (Dohrendwend, B. S. 1978). Esta escala está íntimamente relacionada con el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) en sus distintas versiones, elaborado en Estados Unidos, que ya debería haber sido suplantado por la International Classification of Diseases (ICD) construida por la Organización Mundial de la Salud en 1967 y aceptada por todos los Estados miembros de esta institución. De no poder concretar esta sustitución, lo más conveniente sería elaborar un sistema taxonómico de los desórdenes mentales a partir de nuestra realidad latinoamericana y del Caribe.

En síntesis, los escasos datos disponibles y la necesidad de contar con instrumentos epidemiológicos confiables nos convocan a una acción que requiere estar ajustada a las crecientes demandas de contención en salud mental de las poblaciones; poniendo de manifiesto la necesidad de que se amplíe el campo de competencia de las acciones en este campo y se enfatice la detección temprana y atención de los problemas psicosociales y trastornos mentales que impactan sobre el primer nivel de atención.

## OBJETIVOS

Los **objetivos** del presente estudio fueron los siguientes: En primer término, emplear un instrumento nacional de medición, el Cuestionario Epidemiológico de Sintomatología Mental (CESIM) (Buriyovich y cols. 1999; Buriyovich y Sandomirsky 1998; Sandomirsky 1996; Buriyovich et al. 1993; Grasso et al. 1993), que habiendo sido construido en la Provincia de Córdoba nunca se lo había usado en otros ámbitos del país, o sea, nacionalizar este excelente instrumento de tamizado en salud mental.

En segundo lugar, comparar los perfiles epidemiológicos de sintomatología mental, relevados por el CESIM, de las localidades Partido de Avellaneda y Ciudad de La Plata. De este modo, poder evaluar el impacto, en el ámbito de lo mental, que podría haber tenido el proceso de desindustrialización acaecido en el país a partir de la implanta-

ción violenta del Consenso de Washington en dos períodos de Gobierno Nacional temporalmente cercanos: la Dictadura Militar (1976-1983) y la Presidencia del Dr. Saúl Menem (1989-1990).

## METODOLOGÍA

Con relación a tales objetivos se decidió realizar el presente estudio epidemiológico comparativo contrastando en población adulta que reside en dos localidades en las que los períodos políticos señalados tuvieron muy diferentes características y consecuencias.

Expresándolo en forma muy sintética:

- a. el Partido de Avellaneda fue, junto a la Provincia de Córdoba, una de las dos regiones del país que alcanzaron el mayor desarrollo industrial hasta la dictadura militar y ambas fueron sometidas a un violento y veloz proceso de des-industrialización que dejó sin trabajo a una enorme cantidad de obreros y empleados.
- b. La ciudad de La Plata era y es una ciudad fundamentalmente administrativa, sede del Gobierno de la Provincia de Buenos Aires, y universitaria, sede la Universidad Nacional de La Plata, una de las más grandes del país.

Ambos conglomerados poblacionales atravesaron por las mismas vicisitudes históricas de Argentina, la diferencia notoria entre ambos es lo referido al desguace industrial y la consiguiente pérdida masiva de puestos de trabajo en el caso del Partido de Avellaneda, con el impacto psicológico que esta situación suele generar en las personas y en los hogares a los que pertenecen los desocupados.

A través del presente estudio se procuró generar información rigurosa de tamizado (screening) que diera cuenta de la prevalencia de trastornos y sufrimiento mental en los conglomerados sociales residentes en las localidades antes mencionadas. La disponibilidad de tales datos permitiría colocar *en agenda* la temática de la salud mental y consiguientemente poner el acento en la necesidad de planificar acciones en terreno, aportar a la orientación del quehacer en el primer nivel de atención y brindar información útil para el diseño de políticas públicas adecuadas para dar tratamiento y contención a la población necesitada en las distintas jurisdicciones gubernamentales (Nación, Provincia, Municipio).

El diseño de la investigación es descriptivo de corte o transversal, caracterizado como un procedimiento observacional aplicado a una muestra representativa que se evalúa en un punto determinado del tiempo. Las ventajas de esta clase de estudios es que ofrecen una visión muy general y representativa del problema en estudio, dado que nos permite conocer con aceptable nivel de precisión y de manera simultánea acerca del/los problemas de salud y las variables que posibilitan caracterizar a poblaciones de gran tamaño. Si bien las características de simultaneidad no permiten establecer con suficiente grado de precisión la dirección en la que se plantea la asociación entre variables es indiscutible la importancia de su empleo para establecer la prevalencia de trastornos o síndromes mórbidos y la posibilidad de generalización de sus resultados, proveyendo un importante insumo para la planificación y gestión sanitaria.

La forma habitual de realizar estimaciones del nivel de salud mental es a través de las escalas de síntomas, las cuales detectan cualquier percepción subjetiva de malestar psicológico y de esta manera, todos los sujetos que exhiban sintomatología tendrían un nivel deficitario de salud mental (Paez 1986; Sandomirsky 1996; Burijovich et al. 1999). En el presente estudio se decidió utilizar el instrumento creado y validado en Córdoba en el año 1993, denominado Cuestionario Epidemiológico de Sintomatología Mental (CESIM), que es una escala de síntomas que se presenta en dos versiones: extensa y breve. Ha sido diseñado para su empleo con fines de tamizado epidemiológico, por lo tanto no apunta a un diagnóstico individual sino a establecer la probabilidad de que un sujeto presente un desorden mental, proveyendo una medida global de malestar psicológico.

En el caso específico de esta investigación, se aplicó el CESIM versión breve (54 ítems), en lugar de la versión extensa (78 ítems). La versión breve descarta aquellos ítems que en el análisis factorial de la versión extensa mostraron: a) solamente saturaciones de 0.30 o menores; b) saturaciones bajas entre 0.30 y 0.40 en dos factores y por tanto no es claramente manifiesto lo que estaría evaluando; c) saturaciones bajas en factores no interpretables; d) finalmente, aquellos que aún con saturaciones de más de 0.40 aparecen como psicológicamente inconsistentes en relación a otros ítems con saturaciones altas en el mismo factor.

Previamente a la aplicación del CESIM a las mencionadas muestras el instrumento fue sometido a un estudio de confiabilidad (Muñiz 2003; Briones 2001), en los contextos en que se realizó la investigación, siguiendo al efecto dos líneas de trabajo:

- a. Estabilidad en el tiempo mediante el método de test-retest: consiste en administrar el instrumento una segunda vez a los mismos sujetos habiendo transcurrido un cierto intervalo de tiempo prudencial el cual, en el caso de adultos está estipulado por la bibliografía especializada en no más de seis meses; y que en el presente estudio fue de 30 días. Ambas administraciones conforman dos conjuntos de puntajes independientes que posteriormente se correlacionan entre sí, es decir, apareados para cada unidad de análisis, esperando que el error que se obtiene al comparar los dos grupos sea mínimo. Esto daría como resultado el conocimiento de la estabilidad en el tiempo
- b. Consistencia interna mediante el método de *half split* o método de las mitades en el cual se procede a dividir la técnica psicométrica en mitades comparables, prestando especial cuidado en la manera de asegurar equidad en los elementos.

En ambas instancias el CESIM mostró ser un instrumento confiable, alcanzando en el test-retest una correlación de  $r = .834$  y en el método de las mitades una  $r = .893$ .

Aunque la media del CESIM es el valor poblacional de referencia para las relaciones entre las variables estudiadas, permitiendo una interpretación normativa de los puntajes; se creó una escala con la puntuación del CESIM con el fin de identificar a los sujetos según el nivel de

sintomatología y poder contrastar también dichos niveles con las demás variables.

Para la construcción de la escala se utilizó el valor promedio del puntaje (18,18) al cual se le restó un valor de la desviación estándar (12,56) para la categoría sintomatología media y se le sumó una desviación para sintomatología alta y dos para muy alta; mientras que, para sintomatología baja, fueron dos desviaciones estándar por debajo de la media (ver Tabla 1).

Los principales indicadores de la sintomatología mental cubierta por el CESIM en su versión breve son: Angustia/ansiedad/temor; b) Euforia; c) Depresión; d) Agresividad; e) Inseguridad/pasividad/dependencia; f) Alucinaciones/delirios; g) Ideas persecutorias; h) Conductas obsesivo/compulsivas; i) Hipocondría/despersonalización; j) Desorientación; k) Irritabilidad; l) Baja autoestima; m) Trastornos del sueño y el apetito; n) Enfermedades psicosomáticas: asma/alergias, sudor/temblor, hipertensión, dolor de cabeza y cansancio.

A los efectos de llevar a cabo el estudio se diseñaron dos muestras poblacionales estadísticamente representativas, de 400 casos cada una, de los correspondientes universos (adultos de ambos sexos, de más de 18 años, residentes en el Partido de Avellaneda y en la ciudad de La Plata) a las cuales se les administró el CESIM con la misma estrategia de relevamiento de datos.

El cuestionario se administró a estas muestras probabilísticas por asignación proporcional de cuotas de edad y sexo, con el apoyo de datos demográficos provistos por el INDEC. En cada vivienda se identificó a todos los hogares que la habitaban y seleccionó un hogar para la realización de la encuesta. En ese hogar se aplicó un cuestionario a través de una entrevista personal para recabar la información.

Las secciones A (Características de la vivienda y el hogar) y B (Datos del jefe de hogar) del cuestionario fueron respondidas por el jefe/a del hogar o, en su defecto, por un miembro del hogar mayor de 18 años. La sección C (Datos del entrevistado), al igual que el resto de los componentes del cuestionario, fue respondida solo por la persona seleccionada en el hogar según la cuota indicada. El número de casos de cada muestra ( $n = 400$ ) permitió trabajar con un error inferior al 5% y con un nivel de confianza del 95.5%.

Para el almacenamiento de la información recolectada se utilizó una base de datos desarrollada en SPSS (Statistical Package For The Social Sciences) versión 15. La revisión de los datos ingresados se efectuó por medio de un análisis exploratorio de datos, más concretamente una prueba de escritorio que permitió examinar el 10% de las encuestas y valorar su calidad al incorporarla en el medio magnético. De igual manera para el análisis estadístico se utilizó el paquete SPSS.

## RESULTADOS

### Caracterización demográfica de la población encuestada

Tomando en conjunto las dos muestras, la edad prome-

dio fue de 45 años (desviación estándar de 18 años); el 50% de los encuestados, al momento de la encuesta, tenía 42 años o menos; la edad menor fue de 18 y la mayor de 90 años.

La proporción mayor corresponde a los adultos jóvenes (de 25 a 34 años) con 21,7% del total, siendo mayor la proporción en los habitantes de La Plata (24,8%) que en los de Avellaneda (18,7%), seguidos de los adultos mayores (con 65 años y más), 20% del total, sin muchas diferencias entre ambas localidades (Avellaneda 18,5% y La Plata 21,5%). Quiénes tenían entre 35 y 44 años al momento de la encuesta implicaron al 16% del total, con mayor proporción en Avellaneda que en La Plata (20,2% y 11,8% respectivamente). Los demás rangos etarios no superan el 16% del total.

Del total de encuestados en las dos localidades el 54,6% son mujeres y el 45,4% varones, siendo un poco mayor la proporción de hombres en Avellaneda (46,9%) que en La Plata (44%). En ambos lugares, del total de mujeres, la mayor parte tenía 65 y más años de edad al momento de la encuesta (21,2% en Avellaneda y el 25% en La Plata). Por su parte, la mayor proporción de hombres, tanto en Avellaneda como en La Plata, estuvo ubicada en el grupo de 25 a 34 años (22,3% y 26,7% respectivamente).

Con relación al estado civil de los encuestados se hallaron condiciones bastante similares en ambas localidades. Tanto en Avellaneda como en La Plata el mayor porcentaje (37,7%) corresponde a las personas casadas (37,2% y 38,3% respectivamente), sin diferencias importantes según sexo; seguidas de los solteros al momento de la encuesta, el 33,6% del total, siendo mayor la proporción en La Plata (37%) que en Avellaneda (30,2%) y a su vez fue mayor la proporción de varones que afirmaron ser solteros (40,9%) que la de las mujeres (27,5%).

Respecto a la educación hubo una diferencia importante entre los encuestados de La Plata y los de Avellaneda, siendo los primeros quienes presentaron mayor nivel de instrucción que los segundos. Mientras que más de la mitad de las personas de La Plata (56%) tiene estudios terciarios (incompletos 3,5%; completos 6,5%) y universitarios (incompletos 25,5%; completos 20,5%); en Avellaneda, la población con estudios terciarios y universitarios no supera el 30%.

En cuanto a la vivienda, la gran mayoría de los encuestados afirmaron vivir en casa (83%), siendo mayor la proporción para Avellaneda (89,2%) que para La Plata (76,8%). Por su parte, el 71,9% del total de encuestados tienen vivienda propia, sin mayores diferencias entre localidades (Avellaneda 73,3% y La Plata 70,5%).

Además, se midió el nivel de hacinamiento en las viviendas de los entrevistados, entendido éste como la consideración relacional entre el número de personas por vivienda y el número de habitaciones para dormir (sin incluir baño y cocina). Se tomaron como valores de referencia los valores del INDEC, con dos categorías: a) Hogares con hacinamiento crítico (más de 3 personas por cuarto); b) Hogares sin hacinamiento crítico (3 o menos personas por cuarto). Al respecto se encontró que del total de personas encuestadas el 97% vivían sin hacinamiento crítico



y el 2,9% en condiciones de hacinamiento crítico. Tomando en cuenta la localidad de residencia se presentó mayor hacinamiento en Avellaneda que en La Plata: 5,2% y 0,5% respectivamente. En promedio hubo 3 personas por hogar (desviación estándar de 1,7); el 50% de la población vivía en un hogar con 3 personas o más. Según la localidad, en Avellaneda el 50% de los hogares tenía 3 personas o más, mientras que el 50% de la muestra de La Plata vivía con 2 personas o más.

### **Cuestionario epidemiológico de sintomatología mental (CESIM)**

A continuación se presenta la distribución de frecuencias de la población según el puntaje obtenido -agrupado este puntaje en intervalos de cinco puntos- y la localidad (ver Gráfico 1). Más de la mitad (61,8%) de la población total (Avellaneda y La Plata) obtuvo 19 puntos o menos (Avellaneda 56,4% y La Plata 67,2%).

Aunque la media del CESIM es el valor poblacional de referencia para las relaciones entre las variables estudiadas, permitiendo una interpretación normativa de los puntajes; se creó una escala con la puntuación del CESIM, con el fin de identificar a los sujetos, según el nivel de sintomatología y poder contrastar también dichos niveles con las demás variables. Para la construcción de la escala se utilizó el valor promedio del puntaje (18,18) al cual se le restó un valor de la desviación estándar (12,56) para la categoría sintomatología media y se le sumó una desviación para sintomatología alta y dos para muy alta; mientras que, para sintomatología baja, fueron dos desviaciones estándar por debajo de la media (ver Tabla 1).

Los 800 encuestados tuvieron un puntaje medio de 18,2 (Desviación estándar 12,6) que se ubica en la categoría de *sintomatología media* (ver Tabla 2), siendo mayor en Avellaneda (20,2 - Desviación estándar 13,6) que en La Plata (16,1 - Desviación estándar 11,1). La mediana hallada en el total de encuestados y encuestadas es 16, o sea, el 50% del total obtuvo un puntaje de 16 o menos (*sintomatología media o baja*); tomando en cuenta las localidades, en Avellaneda la mediana fue 17 y en la Plata 15.

Además, al momento de distribuir a los integrantes de las muestras de cada población según el nivel de sintomatología mental del CESIM se encontró un mayor porcentaje de población con *sintomatología muy alta* en Avellaneda (20%) que en La Plata (8,3%). Quienes evidenciaron en el CESIM una *sintomatología alta* involucraron porcentajes iguales en ambas localidades (26%); por su parte, la mayoría de las personas entrevistadas manifiesta una *sintomatología media* (51,3% en Avellaneda y 44,4% en La Plata), mientras que en ambas localidades la *sintomatología baja* involucró a menos del 15% del total (Avellaneda 8,5% y La Plata 14,5%) (ver Gráfico 2).

En cuanto al nivel de *sintomatología mental alta y muy alta* según grupos de edad y localidad, en Avellaneda fue mayor la proporción en los adultos jóvenes (18-24 y 25-34 años de edad) y en los adultos mayores (75 y más años de edad) (ver Tabla 3). El grupo con mayor frecuencia de *sintomatología alta y muy alta*, sumadas, fue el de 25 a 34 años (64%), seguidos por los de 75 años y más (57,7%) y

en tercer lugar por las personas de 18 a 24 años (53,5%). En la ciudad de La Plata, el mayor porcentaje con sintomatología alta y muy alta, fue para las personas de 75 y más años (47,2%), seguidos por quienes tenían entre 65 y 74 años (44%) y por los de 18 a 24 años (45,2%) (ver Gráfico 2). Llama la atención las elevadas diferencias en los porcentajes de población que manifiesta una *sintomatología mental muy alta* en Avellaneda con respecto a La Plata y que estas diferencias se den en todos los intervalos de edad, sin excepción alguna (ver Tabla 7).

Al procesar los datos en función del sexo se hallaron algunas diferencias; las mujeres en general presentaron valores más altos que los hombres. La media aritmética de las mujeres superó en ambas localidades a la de los varones, en 1,2 puntos en Avellaneda (Hombres 19,6 - Mujeres 20,8) y en 2,8 puntos en La Plata (Hombres 14,6 - Mujeres 17,4). Por su parte, la mediana, en Avellaneda, invirtió esta tendencia y fue de 17,5 puntos para los hombres y 17 la de las mujeres; en La Plata volvió a ser más alta la de las mujeres (16,00) que la de los hombres (14,00).

También al cruzar sexo por nivel de sintomatología mental se halló porcentajes más altos por parte de las mujeres en la *sintomatología muy alta* (Avellaneda: Mujeres 22,1% - Hombres 17,6%  $\approx$  La Plata: Mujeres 10,3% - Hombres 5,7%); en cambio, con respecto a *sintomatología alta*, en Avellaneda la relación se invierte: es más alta en los hombres (29,8%) que en las mujeres (23,0%) pero en La Plata vuelve a invertirse: mujeres 27,7% y hombre 23,9% (ver Gráficos 3 y 4).

A efectos de cruzar el puntaje del CESIM con el máximo nivel de instrucción alcanzado, este último se reagrupó en las siguientes 5 categorías: No escolarizado; Primario (incluye incompleto y completo); Secundario (incluye incompleto y completo); Terciario (incompleto y completo); Universitario (incompleto y completo).

En ambas localidades se encontró que a mayor nivel de estudios menor es la media aritmética del puntaje obtenido en el CESIM, siendo mayores los promedios de Avellaneda (de 23,7 para los No escolarizados, hasta 14,4 para los Universitarios) que los de la Ciudad de La Plata (de 21,5 para los No escolarizados, hasta 13,6 para los Universitarios). Las desviaciones estándar en ambas localidades fueron superiores a 9, pero las medianas también tuvieron un comportamiento similar a las medias: a mayor nivel de estudios menor mediana obtenida (Avellaneda: de 26 para los No escolarizados hasta 11 para los Universitarios - La Plata: de 21,5 para los No escolarizados hasta 11 para los Universitarios) (ver Tabla 5).

### **Autopercepción de enfermedad mental**

A la pregunta ¿Usted ha tenido en el último año, o tiene, alguna enfermedad que sea causada por los nervios?, el 25,4% del total de entrevistados respondieron que sí; con una diferencia de 10,3% entre las localidades, siendo mayor la proporción en Avellaneda (30,6%) que en La Plata (20,3%).

Además, en ambas localidades, se encontró coincidencia entre el criterio utilizado para medir el malestar psicológi-

co y la autopercepción de enfermedad mental de los encuestados. El promedio del puntaje del CESIM fue mayor en las personas que afirmaron haber tenido alguna enfermedad causada por los nervios, siendo mayor la proporción en Avellaneda que en la Plata: 26,4 y 23,7 respectivamente (ver Tabla 6).

Asimismo, hubo coincidencia entre el nivel de sintomatología mental y la autopercepción de enfermedad mental: la mayoría de los que afirmaron haber tenido o tener alguna enfermedad causada por los nervios se ubicó en la categoría de *sintomatología alta o muy alta* (Avellaneda 59,8%; La Plata 58%); mientras que más de la mitad de los que no tuvieron percepción de enfermedad mental, presentaron *sintomatología mental baja o media* (Avellaneda 59,9%; La Plata 71,8%).

## DISCUSION

En primer lugar, a través de este estudio se observa un buen desempeño del Cuestionario Epidemiológico de Sintomatología Mental (CESIM), similar al mostrado en estudios efectuados en la Provincia de Córdoba (Buriyovich y col. 1999), lo que aportaría a su afianzamiento como instrumento nacional útil para llevar a cabo tareas de cernido o tamizado de problemas de salud de manifestación preponderantemente mental.

Es interesante observar que los valores hallados muestran, en forma sostenida tanto en La Plata como en Avellaneda, que la sintomatología mental detectada por el CESIM aumenta a medida que baja el nivel de instrucción alcanzada confirmando, en el ámbito del sufrimiento mental, la observación y constatación científica generalizada en cuanto a que a mayor pobreza peores condiciones de salud.

La gran diferencia entre la situación vivida por la población del Partido de Avellaneda y por la población residente en la localidad de La Plata puede explicarse por la distinta configuración productiva que marcó a ambas localidades desde sus inicios y a las secuelas de los procesos de desindustrialización acontecidos desde el año 1976 hasta la fecha.

El proceso de industrialización de Avellaneda, municipio integrado a la Cuenca del Río Matanza-Riachuelo, se halló fuertemente ligada a la incorporación de Argentina en el mercado mundial y a la instalación de plantas industriales de productos químicos, usinas eléctricas (con la gestación del polo petroquímico), curtiembres, talleres metalúrgicos, textiles, lavaderos de lana, alcanzando su desarrollo máximo hacia mediados de la década del 60. Las políticas librecambistas y de apertura comercial implementadas desde el año 1976, así como el proceso hiperinflacionario posterior condujeron al cierre masivo de industrias y transformó a ciertas zonas del primer cordón bonaerense en "cementerios industriales" (Prévôt Schapira M. 2002). ya que cerraron grandes industrias, los pequeños talleres se transformaron en quioscos y muchos trabajadores despedidos se refugiaron en actividades cuentapropistas (ej: remisería, cadetería) que vestían un mayor grado de incertidumbre y precariedad. Durante dicho período la región perdió aproximadamente

un tercio de sus empleos industriales, que pasan de 650.000 a 490.000, con el consiguiente debilitamiento de los más importantes grupos sindicales emplazados en los suburbios industriales (Borello et al., 2000). La tasa de desempleo trepó de 6,7% en 1991 a 17,2% en 2001 para la aglomeración del Gran Buenos Aires (CEPAL, 2002), y en ese mismo año (2001) en todo el municipio de Avellaneda se registró una tasa de desocupación del 29,6% (INDEC. 2001).

Según Prévôt Schapira, durante la década del '90 la agravación del desempleo se incrementó más velozmente en el área metropolitana que en otras regiones del país porque las transformaciones económicas impactaron principalmente a los municipios industriales emplazados de la primera corona del conurbano bonaerense, tales como Lanús y Avellaneda: Tal como concluye luego de su análisis en torno a las tendencias macroeconómicas y sociales sobre toda la región: "*La violenta reestructuración del mundo salarial, el aumento de la pobreza, del desempleo y de las desigualdades rediseñan la geografía social del Gran Buenos Aires En prácticamente todos los dominios, las instituciones dejan a grupos enteros de población y a vastas zonas en el desorden y la inestabilidad, sea a nivel de los servicios educativos, de la salud, del transporte, de los servicios urbanos o de la vivienda. En algunos barrios de la periferia, nada o casi nada funciona ahora.*" (Prévôt Schapira M. op.cit, pág.34).

También se pueden constatar los procesos de deterioro productivo al contabilizar los establecimientos que han conformado el parque industrial de Avellaneda. En el año 2001, por ejemplo, se registraban un total de aproximadamente 1.500 industrias, con predominio de establecimientos pequeños en rubros tales como la producción de alimentos y bebidas, productos de metal y sustancias químicas (Unión Industrial de Avellaneda, 2012). Esta cifra resulta notoriamente inferior a las aproximadamente 9.938 que se reportaba en del año 1943. (Priano, M. 2007).

De manera concomitante al desempleo masivo se observó un fuerte avance del sector informal, con la multiplicación de contratos precarios y empleos en los cuales se carecía de protección social y se carecía de adecuación a las leyes laborales, así como también la integración de los pobres a programas de tipo *workfare* (Plan Barrios, Plan Trabajar), estrategias de supervivencia tales como *changas* y otras prácticas solidarias, y empleos que acompañaron las nuevas formas de consumo y esparcimiento de las *nuevas elites urbanas* (distribuidores de *pizza*, mensajeros, paseadores de perros) (Lorenzetti, A. C. y Morano, C. 1997), (Prévôt Schapira, op. cit). En el ámbito del conurbano el porcentaje de asalariados sin prestaciones sociales representaban en el año 2001 el 37% de la PEA, incrementándose la precariedad en ramas que conservaban antes el predominio del empleo formal (ej: construcción, comercio y sector gastronómico). Esta precarización laboral se asoció también al aumento de la pobreza y la indigencia, y a una merma en la capacidad adquisitiva de las capas medias, ya que sus miembros no han podido proyectar a través de sus logros económicos un horizonte de integración e inclusión social

de modo similar a la generación precedente.

La distribución del ingreso se hizo asimismo más regresiva durante esta década en la región metropolitana, ya que los estratos sociales de menores ingresos han retrocedido aún más frente al incremento de los dos estratos de mayores ingresos. De acuerdo a datos del INDEC, el 20% más pobre percibía en 1990 el 5.7% del ingreso total, mientras que percibe ahora sólo el 4.2% del mismo en 1998. Al contrario, el 20% más rico pasó en el mismo lapso del 50.7% al 53%, proyectando su efecto de dualización social sobre el escenario territorial del conurbano bonaerense (Ciccolella, P. 1999). En el caso específico de Avellaneda, los hogares con necesidades básicas insatisfechas cubrían el 9,3% en todo el partido, hallándose localidades como Dock Sud o el área de reserva que han alcanzado valores del 28% (Priano, M. 2007).

El fenómeno de la precarización laboral ha generado, en los términos de Robert Castel (2010), un *ascenso de las incertidumbres* en la clase trabajadora y una fragilización de los soportes sociales que, cimentados durante décadas en los países de Occidente, constituyeron los saldos más positivos del proceso de industrialización y desarrollo económico ligado a la consolidación del Welfare State o Estado Providencia (Rosanvallon, P. 1995).

Es lícito conjeturar que esta inseguridad social y laboral (formas de contratación precaria, remuneraciones inciertas, impacto sobre el empleo de las nuevas tecnologías) se ha proyectado sobre el ámbito doméstico, las relaciones intersubjetivas y el plano de la subjetividad, cuestión que ha sido recurrentemente descrita por prestigiosos analistas sociales (Bauman, Z ; 2003 Sennett, R. 2006). Si bien las tendencias de desindustrialización y precarización han tendido a revertirse en el período más reciente, el impacto en Avellaneda de la desocupación, la inseguridad laboral y la merma o inestabilidad de los ingresos económicos afectó muy probablemente a las familias de esta población cuyos jefes quedaron desocupados con las consiguientes alteraciones de imágenes de roles familiares, autoestimas degradadas, disoluciones o profundas disfunciones familiares y un gran conjunto de problemas que es lícito conjeturar afectaron profundamente a los Jefes y Jefas de Familia y a las criaturas de esos hogares, presentes o que nacieron durante el proceso de agudización de esta gran crisis que en realidad duró veintisiete años (1976-2003).

Es lícito conjeturar también que estas situaciones y vivencias familiares y personales han dejado huellas en las personas que hoy tienen entre 35 y 18 años de edad (también en las de menos edad también, pero no entraron en este estudio); también es probable que haya dejado vestigios en la salud de quienes por esa época estaban en edades laboralmente activas (18 a 64 años de edad), que hoy tienen entre 45 y más de 80 años de edad. Este tipo de vestigios están o se manifiestan no solo en sus cosmovisiones, sino también en las manifestaciones psicósomáticas y/o preponderantemente mentales.

Contrariamente a lo que se describe para la localidad de Avellaneda, la ciudad de La Plata no fue nunca un enclave del desarrollo industrial argentino, sí fue una ciudad

administrativa y universitaria, que lógicamente sufrió las crisis generales del país, en eso no se diferencia de cualquier otro lugar; pero Avellaneda era uno de los epicentros de la producción industrial del país y esa capacidad instalada, con su proyección multifacética y positiva en la vida cotidiana de las familias a través del trabajo, se derrumbó en el lapso señalado sin poder reactivarse hasta el día de hoy. Tal vez, esto explique los valores hallados en Avellaneda en contraste con los encontrados en La Plata, tal como se lee en el párrafo siguiente.

En cuanto al nivel de *sintomatología mental alta y muy alta* según grupos de edad y localidad, en Avellaneda fue mayor la proporción en los adultos jóvenes (18-24 y 25-34 años de edad) y en los adultos mayores (75 y más años de edad) (ver Tabla 12). Llama la atención las elevadas diferencias en los porcentajes de población que manifiesta una *sintomatología mental muy alta* en Avellaneda con respecto a La Plata y que estas diferencias se den en todos los intervalos de edad, sin excepción alguna (ver Tabla 7):

A este análisis hay que agregar que en varios ítems de este estudio aparecen más afectadas las mujeres que los hombres y, en el caso de Avellaneda, la *sintomatología mental muy alta* es también mayor en las mujeres (22,1%) que en los hombres (17,6%).

Es razonable suponer que las grandes crisis de desocupación impactan más profundamente en las mujeres que en los hombres, al menos en las manifestaciones del tipo que toma en cuenta el CESIM. Al respecto es interesante revisar los resultados de un estudio llevado a cabo en Barcelona, España, en 2004 en el que se concluye: "*Que el desarrollo psicológico humano tiene particularidades diferenciales según el género, que los abusos sexuales y la violencia recaen mayoritariamente sobre las mujeres, que la vivencia psicológica de la reproducción y de la paternidad/maternidad es distinta en hombres y mujeres y que el perfil psicopatológico y de morbilidad psiquiátrica presenta diferencias tanto cualitativas como cuantitativas entre los sexos son cuestiones ampliamente aceptadas hoy en día*" (Montero et al. 2004, pág. 175).

Por último, cabe señalar que en la presente aplicación del instrumento los puntajes altos obtenidos en el CESIM coinciden con valores altos en la autopercepción de enfermedad mental, lo cual confirma los supuestos de la investigación.

## ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO COMPARATIVO DE SINTOMATOLOGÍA DE SALUD MENTAL EN ADULTOS DEL PARTIDO DE AVELLANEDA Y LA CIUDAD DE LA PLATA, 2011

Tabla 1. Escala de nivel de sintomatología CESIM

Escala	Puntaje
Sintomatología muy alta	30,75 - 108
Sintomatología alta	18,19 - 30,74
Sintomatología media	5,62 - 18,18
Sintomatología baja	0 - 5,61

Gráfico 1. Distribución total de las puntuaciones y según localidad

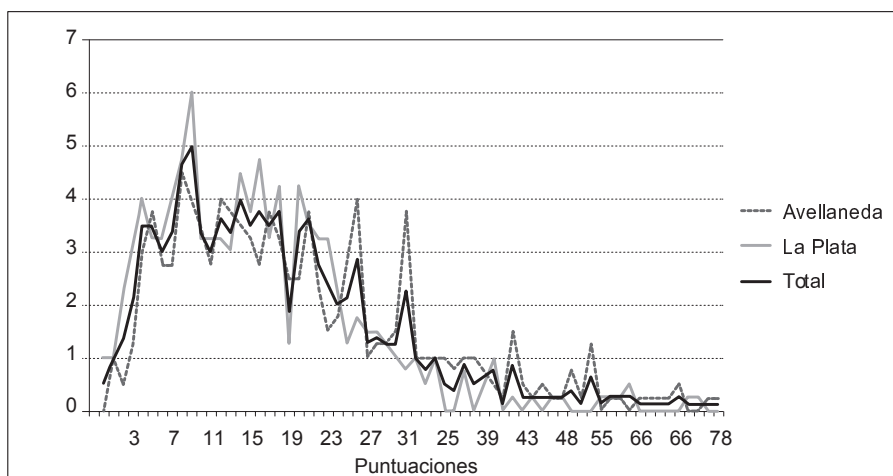


Tabla 2. Medidas de tendencia central de los puntajes del CESIM según localidad.

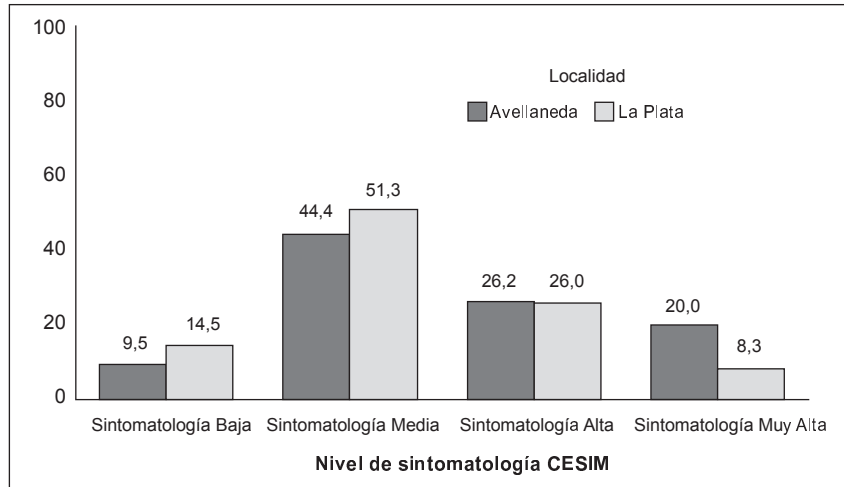
	Avellaneda	La Plata
Media	20,2	16,1
Desv. típ.	13,6	11,1
Mediana	17	15
Moda	8	9
Mínimo	1	0
Máximo	78	74

Tabla 3. Sintomatología mental según grupos de edad

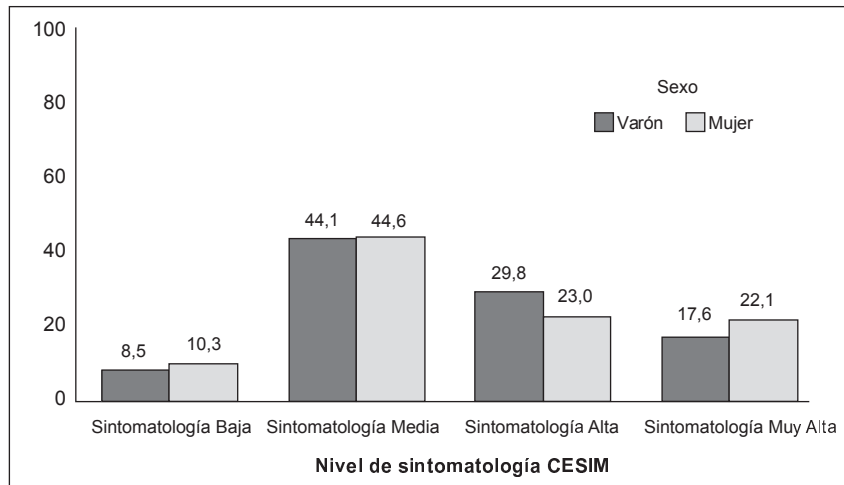
Sintomatología	Avellaneda						
	18-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75 y más
Baja	8,9	6,7	13,6	7,5	14,5	6,3	3,8
Media	37,5	29,3	48,1	50,9	45,2	64,6	38,5
Alta	32,1	32,0	22,2	22,6	25,8	16,7	34,6
Muy Alta	21,4	32,0	16,0	18,9	14,5	12,5	23,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Sintomatología	La Plata						
	18-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75 y más
Baja	6,5	15,2	25,5	20,5	17,7	8,0	8,3
Media	48,4	54,5	53,2	50,0	54,8	48,0	44,4
Alta	33,9	22,2	10,6	22,7	24,2	36,0	36,1
Muy Alta	11,3	8,1	10,6	6,8	3,2	8,0	11,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0



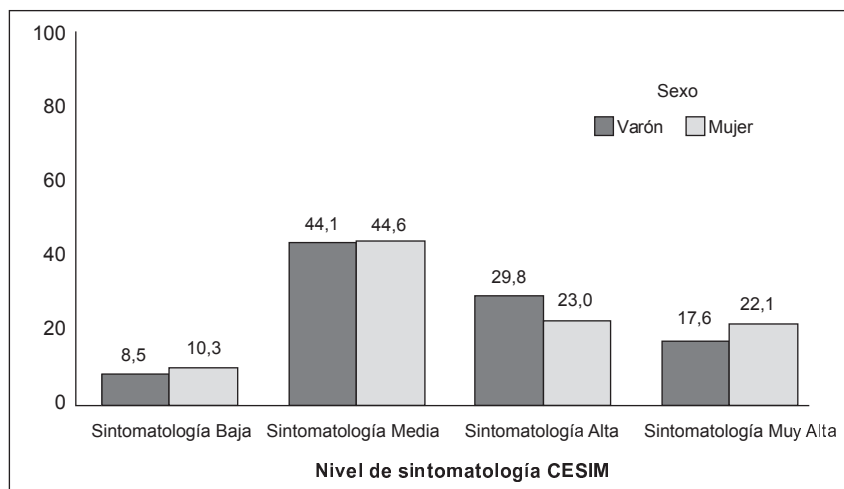
**Gráfico 2. Distribución proporcional del nivel de sintomatología según localidad**



**Gráfico 3. Distribución proporcional del nivel de sintomatología mental según sexo. Avelaneda**



**Gráfico 4. Distribución proporcional del nivel de sintomatología mental según sexo. La Plata**



**Tabla 5. Medidas de tendencia central del puntaje de sintomatología mental, según máximo nivel de instrucción alcanzado y localidad**

Localidad		Avellaneda				
Máximo nivel de instrucción alcanzado	No escolarizado	Primaria (incompleta - completa)	Secundaria (incompleta - completa)	Terciaria (incompleta - completa)	Universitaria (incompleta - completa)	
Media	23,7	23,6	21,1	16,1	14,4	
Desv. típ.	15,6	14,6	13,2	10,5	12,3	
Mediana	26	21,5	18	16	11	
Mínimo	7	3	1	2	3	
Máximo	38	77	66	48	78	
Localidad		La Plata				
Máximo nivel de instrucción alcanzado	No escolarizado	Primaria (incompleta - completa)	Secundaria (incompleta - completa)	Terciaria (incompleta - completa)	Universitaria (incompleta - completa)	
Media	21,5	20,0	18,6	14,4	13,6	
Desv. típ.	13,4	13,1	11,5	9,9	9,5	
Mediana	21,5	17	18	14	11	
Mínimo	12	2	2	0	0	
Máximo	31	74	68	46	59	

**Tabla 6. Medidas de tendencia central del puntaje de sintomatología mental, según autopercepción de enfermedad mental y localidad**

Localidad	Avellaneda		La Plata	
	Sí	No	Sí	No
Autopercepción de enfermedad mental				
Media	26,4	17,5	23,7	14,2
Desv. típ.	16,2	11,3	14,1	9,2
Mediana	22	16	22	13
Mínimo	1	1	4	0
Máximo	78	77	74	57

**Tabla 7. Nivel de sintomatología mental muy alta según grupo etario y localidad**

Sintomatología	Avellaneda						
	18-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75 y más
Muy Alta	21,4%	32,0%	16,0%	18,9%	14,5%	12,5%	23,1%
Sintomatología	La Plata						
	18-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75 y más
Muy Alta	11,3%	8,1%	10,6%	6,8%	3,2%	8,0%	11,1%

**BIBLIOGRAFÍA**

- Bauman, Z. (2003). *Comunidad. Siglo XXI*. Buenos Aires.
- Borello, J. A., M. Vio y F. Fritzsche (2000). "La geografía de la industria en la Región Metropolitana de Buenos Aires. Un análisis de los últimos censos económicos (1985-1994)", Serie Informes de Investigación N° 10, Instituto del Conurbano, UNGS.
- Briones, G. (2001) - Métodos y técnicas de investigación para las ciencias sociales - México, Trillas.
- Burijovich, J. y cols. (1999) - Investigación en Salud Mental. De los cordobeses y sus malestares - Córdoba, Subdirección General de Salud Mental de la Provincia de Córdoba.
- Burijovich, J. y Sandomirsky, M. (1998) - Los Desempleados: malestar psicológico, apoyo social e intervención estatal - Administración Pública y Sociedad, Número 11, Instituto de Investigación y Formación en Administración Pública, Universidad Nacional de Córdoba.
- Burijovich, J. et al. (1993) - Estudio epidemiológico de la sintomatología mental en la ciudad de Córdoba - Córdoba, Dirección General de Salud Mental del Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba.
- Castel, R. (2010). *El ascenso de las incertidumbres*. Fondo de Cultura Económica. Buenos Aires.
- CEPAL (2002). *Serie Medio ambiente y desarrollo*. N° 49.35. Cap. III. *La problemática urbano- ambiental de los sectores pobres*.
- Ciccolella, P. Globalización y dualización en la Región Metropolitana de Buenos Aires. *EURE (Santiago)* v.25 n.76 Santiago dic. 1999.
- Dohrendwend, B.S.; Krasnoff, L.; Askenasy, A.R.; Dohrendwend, B. P. (1978). Exemplification of a method for scaling life events: the PERI life events scale. *Journal of Health and Social Behavior* 19, 205-229.
- Grasso, L.; Burijovich, J.; Brussino, S.; Barretou, M.; Falcone, N.; Sandomirsky, M.; Vaggione, V. y Ferreyra, F.A. (1993) - Cuestionario Epidemiológico de Sintomatología Mental (CESIM) - Córdoba, Dirección General de Salud Mental del Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba.
- INDEC (2001) Encuesta Permanente de Hogares (EPH) Buenos Aires.
- Unión Industrial de Avellaneda. [http // www.uiavellaneda.com.ar](http://www.uiavellaneda.com.ar). Accedido Julio de 2012.
- Montero, I.; Aparicio, D.; Gómez-Beneyto, M.; Moreno-Küstner, B.; Reneses, B.; Usall, J. y Vázquez-Barquero, J.L. (2004) - Género y salud mental en un mundo cambiante - *Gaceta Sanitaria*, vol. 18, supl. 1, mayo.
- Morano, C. & Lorenzetti, A.C. (1997). "El Conurbano Bonaerense y sus espacios sociales: Impacto de los cambios en el mercado de trabajo", Informe de Coyuntura, N°69. Buenos Aires: Centro de Estudios Bonaerenses.
- Muñiz, J. (2003) - *Teoría clásica de los test* - Madrid, Pirámide.
- OMS (2001). Informe sobre la salud mental en el mundo. Ginebra, OMS.
- Páez, D. y cols. (1986) - *Salud Mental y Factores Psicosociales* - Madrid, Editorial Fundamentos.
- Prévoit Schapira, M-F. (2002). Buenos Aires en los años 90: metropolización y desigualdades. *EURE (Santiago)*, Santiago, v. 28, n. 85, dic.
- Priano, M. E. (2007). Análisis ambiental urbano del Partido de Avellaneda. UFLO. Buenos Aires.
- Rosavallón, P. (1995). *La nueva cuestión social*. Editorial Manantial.
- Sandomirsky, M. (1996) - Efectos Psicosociales del Desempleo en Jóvenes, un estudio de caso en la ciudad de Córdoba - Trabajo Final de investigación, Facultad de Ciencias Sociales, UBA.
- Sennett, R. (2000). *La corrosión del carácter*. Anagrama. Barcelona.
- Sola, M.; Calvillo, L.; Negro, L.; Venesio, S.; Di Nella, Y. (2010). Estimación de la población afectada de 15 años y más por trastornos mentales y del comportamiento en Argentina. Mimeo. Buenos Aires.

Fecha de recepción: 28 de marzo de 2012

Fecha de aceptación: 5 de noviembre de 2012