

# Salud mental en sectores urbanos de la Argentina.

Salvia, Agustín y Brenlla, María Elena.

Cita:

Salvia, Agustín y Brenlla, María Elena (Diciembre, 2005). *Salud mental en sectores urbanos de la Argentina. VI Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población. Área de Salud / Instituto de Investigaciones Gino Germani / UBA.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/agustin.salvia/224>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/pnKz/vka>

## SALUD MENTAL EN SECTORES URBANOS DE LA ARGENTINA

Agustín Salvia<sup>1</sup>  
María Elena Brenlla<sup>2</sup>

### A) INTRODUCCION

En el marco de los estudios que se llevan a cabo en el Programa de Investigación del Observatorio de la Deuda Social Argentina (ODSA), el Barómetro del ODSA se propone estudiar y monitorear la situación de las personas que habitan espacios socioeconómicos de pobreza comparadas con un grupo control de habitantes de zonas de no-pobreza. Para ello, desde el año 2004 se lleva a cabo la Encuesta de la Deuda Social Argentina (EDSA), que conceptualmente abreva en el paradigma del desarrollo humano. En concordancia con este enfoque, en la EDSA se evalúan las dimensiones de la subsistencia, la integración social y los aspectos psicosociales, lo que representa un abordaje interdisciplinar del objeto de estudio.

En la línea de pensamiento del desarrollo humano, se ubican autores que han buscado ampliar el concepto de desarrollo económico, refiriéndolo a las dimensiones constitutivas del bienestar y la dignidad de las personas (Sen, 1985, 1992; Alkire, 2002; Max-Neef, 1993; Nussbaum y Glover, 1995; Doyal y Gough, 1994). Desde esta perspectiva se viene insistiendo cada vez con más fuerza en la importancia de las necesidades psicosociales –y no sólo las económicas– como aspectos centrales del bienestar humano. No es de extrañar, entonces, que los modelos que operacionalizan ese enfoque incluyan a variables como la salud mental y la vida emocional, entre otras, como aspectos subjetivos relevantes para un adecuado desarrollo humano (Max-Neef, 1993; Doyal y Gough, 1994; Nussbaum y Glover, 1995; Alkire, 2002).

En particular, la *Teoría de las Necesidades Humanas* de Doyal y Gough (1994) postula a la salud física y a la salud mental, como las dos necesidades fundamentales de todos los seres humanos en cualquier lugar y en cualquier tiempo. Si bien existe controversia respecto de cómo caracterizar la salud mental, Doyal & Gough (1991) concuerdan con el modelo de Warr (1987) que incluye a los factores interaccionales con el ambiente como determinantes para ella. Según esta perspectiva, la salud mental resulta del intercambio entre las características del entorno, los procesos que las originan y los atributos y rasgos internos de las personas.

Por otra parte, y en acuerdo con una visión de la vida de las personas en las que se privilegia su desarrollo humano, la definición de salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que “es un estado completo de bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de enfermedad y dolencia” (WHO, 2001).

Los antecedentes de investigación indican que los factores sociales se asocian a los niveles de salud de las personas. Así, se ha visto que quienes pertenecen a sectores sociales pobres tienen mayor riesgo de sufrir trastornos mentales (McLoyd et al., 1993), aunque no ha sido dilucidado si son las condiciones sociales las que favorecen los desórdenes mentales o si, en realidad, quienes los padecen son proclives a descender en la escala social a causa de ellos.

---

<sup>1</sup> Prof. titular, UBA. Investigador independiente CONICET. Director FONCYT. Director del programa de investigación “Observatorio de la Deuda Social Argentina”, UCA.

También, que los individuos que están desempleados o trabajan bajo condiciones laborales inadecuadas tienen mayor probabilidad de presentar psicopatología (Elder et al., 1984; Flanagan, 1990). Se ha constatado que las dolencias más frecuentes son el síndrome depresivo y los trastornos por ansiedad, sobre todo en su asociación con bajos niveles de educación (Patel y Kleinman, 2003). Este tipo de alteraciones son denominadas como “trastornos mentales comunes” en comparación con otros de distinta cualidad como los trastornos psicóticos o los neurológicos.

En atención a lo señalado, en particular la evidencia creciente de riesgo para la salud mental y condiciones sociales de vida, cabe preguntarse ¿en nuestro medio, la pertenencia a distintos espacios socioeconómicos de hábitat se asocia significativamente a la propensión a padecer trastornos mentales comunes?. Esto remite, entonces, a plantear como objetivo general de esta presentación el estudio de la relación entre el riesgo a presentar trastornos mentales comunes y el espacio socioeconómico residencial.

Este propósito general entraña otro más específico consistente en cómo evaluar, de forma válida, el riesgo de presentar trastornos mentales comunes. De las medidas diseñadas para hacerlo, destaca la *Kessler Psychological Distress Scale (K-10)* (Kessler et al., 1994). Esta escala es una medida global de malestar psicológico basada en diez ítems que evalúan la presencia de síntomas de depresión y ansiedad en el último mes. En términos globales, los resultados obtenidos con este instrumento proveen una base *normativa* para realizar rastreos o *screening* de la presencia de malestar psicológico, permitiendo discriminar entre sujetos con alto y bajo riesgo de desórdenes de ese tipo. Estas cualidades la tornan en un instrumento muy apropiado para su uso en encuestas ya que funciona como un “termómetro” del estado de salud mental de las poblaciones. Además, es breve, fácil de administrar y ha sido comprobada su validez mediante la comparación con otras medidas de funcionamiento físico y mental (NOCC, 2002). Por estas razones, en la EDSA se incluyó una versión castellana de los ítems de la K-10.

El Programa del Barómetro de la Deuda Social Argentina ha incluido entre sus objetivos a los siguientes:

- 1) Analizar la asociación entre alto riesgo de malestar psicológico y sexo, edad, estado civil y nivel de educación en función del espacio socio-territorial de residencia.
- 2) Analizar las propiedades psicométricas de la versión argentina de la *Kessler Psychological Distress Scale (K-10)*

## B) METODO

### Muestra

La Encuesta de la Deuda Social Argentina (EDSA), incluyó una muestra de 1100 casos de personas que vivían en ciudades de más de 200.000 habitantes de nuestro país,

---

<sup>2</sup> Prof. titular, UCA. Investigadora ppal., Programa de la Deuda Social Argentina, UCA.

pertenecientes a sectores con alta probabilidad de sufrir privaciones o riesgos socioeconómicos, a la vez que incluye un grupo de comparación formado por espacios de no-pobreza, característicos de clases medias de muy bajo riesgo social.

Para estudiar la población en riesgo social, se consideró la asociación de dos factores estructurantes en cuanto a conformación de condiciones y oportunidades desiguales: (a) uno de tipo territorial (medido por la desigualdad regional) y (b) otro de tipo social (medido por la desigualdad en materia de capital socio-educativo) (Tami, Salvia, 2004).

(a) la desigualdad regional se consideró a partir de la diferencia de dos grandes sistemas socio-económicos urbanos: por una parte, el Área Metropolitana del Gran Buenos Aires (incluyendo en la misma a la Ciudad de Buenos Aires y a 24 partidos del conurbano bonaerense) y, por otro, las principales ciudades del interior del país, aquellas con más de 200.000 habitantes (Gran Córdoba, Gran Mendoza, Gran Salta, Gran Resistencia, Bahía Blanca y Neuquén-Plottier)

(b) la desigualdad social se definió según las características socio-educativas de las unidades muestrales (radios censales) como medida de proximidad a una estratificación socioeconómica de los hogares. De esta manera se diferenciaron, por una parte, tres espacios socio-económicamente vulnerables (muy bajo, bajo y medio bajo) y, por otra, un espacio de comparación formado por sectores de clase media.

Se entrevistaron a 556 hombres y 544 mujeres, con edades de entre 18 años y mayores ( $M=42,7$  ;  $DE=16,9$  ) y niveles de educación de primario incompleto, 13%; hasta secundario incompleto, 49% y secundaria completa o más, un 35%. El estado civil, se distribuyó en un 24% de solteros, un 59% de casados o unidos de hecho, un 8% de separados o divorciados y un 7% de viudos.

#### Instrumentos

1) Encuesta de la Deuda Social Argentina: Se trata de una encuesta multipropósito tipo panel, formada por 269 ítems que valoran las dimensiones de *subsistencia* (protección y resguardo, salud y alimentación, seguridad e integridad corporales), de *integración social* (relación con otros, vida ciudadana, trabajo e ingresos), de *tiempo libre y competencias psicosociales* (riesgo de problemas de salud mental, comprensión verbal, capacidad autocrítica, proyectos y juicio moral). Dadas las características del estudio, de tipo panel, en diciembre de 2004 se entrevistaron a las personas de la muestra sobre la base de la EDSA y estas mismas personas volvieron a ser entrevistadas en junio de 2005. Los resultados que aquí se presentan corresponden a la primera onda.

En la sección de competencias psicosociales es donde se incluyeron los ítems de la versión argentina de la *Kessler Psychological Distress Scale*, que se describe a continuación:

1.1. Escala de Malestar Psicológico de Ronald Kessler (K-10) (adaptación castellana por M. E. Brenlla, 2005): Se trata de una escala de despistaje (*screening*) para evaluar el riesgo de presentar síntomas de ansiedad o depresión, considerados trastornos mentales comunes. Sus diez ítems aluden a síntomas de niveles mínimos y máximos de malestar psicológico. Así, la escala contiene algunos con umbrales mínimos de malestar y que son indicados por muchas

personas (por ej., “En el último mes, ¿usted se ha sentido nervioso?”) y otros ítems con umbrales altos de malestar y que son reconocidos por pocas personas (por ej., “En el último mes, ¿usted se ha sentido tan nervioso que nada podía calmarlo?”). Además, cada ítem se contesta en función de una escala que va desde “Todo el tiempo” hasta “Nunca”. Si cinco de los diez ítems son respondidos con la máxima puntuación se considera que se trata de sujetos con alto riesgo de malestar psicológico.

#### Procedimiento

Las personas accedieron voluntariamente a responder a la encuesta y la escala K-10 (incluida entre los ítems de la EDSA) se aplicó en forma individual por entrevistadores entrenados a tal fin. Posteriormente, los datos obtenidos fueron analizados con el paquete estadístico SPSS-13 (Módulo de Muestras Complejas).

### C) RESULTADOS Y DISCUSION

#### **1) Propiedades psicométricas de la escala K-10**

**Fiabilidad:** Se estimó la consistencia interna de la escala K-10 mediante el cálculo del coeficiente alfa de Cronbach, basado en la correlaciones inter-ítem y puntaje total. Los resultados obtenidos ( $\alpha = 0.90$ ) indican una significativa coherencia de contenido entre los ítems de la escala.

**Validez:** Se realizó un Análisis Factorial de Componentes Principales para estudiar la estructura subyacente de la escala K-10 ( $KMO = 0,916$ ; Bartlett's Test of Sphericity sig.  $< 0,000$ ) y se obtuvo un factor que explica el 53,4% de la varianza total, lo que señala la unidimensionalidad del constructo medido, esto es el riesgo de malestar psicológico.

Además, con el objetivo de estudiar la validez convergente de la K-10, se analizó la correlación con otros ítems incluidos en la EDSA cuyo contenido coincidiese con los evaluados por esta escala. En particular, se hallaron correlaciones significativas con “Pensamientos suicidas” ( $r = 0.081$  sign. $< 0,01$ ) y “Falta de proyectos” ( $r = 0.087$  sign.  $< 0,01$ ).

#### **2) Asociación entre el “riesgo de malestar psicológico” y “espacio socioeconómico residencial”**

En primer lugar, se analizarán las puntuaciones de la K-10 controlando la pertenencia a uno u otro de los espacios socioeconómicos estipulados. Esto tiene como fin caracterizar a las personas que contestaron a la escala independientemente de cuál es la situación social en la que se hallan inmersas.

Como puede observarse en cuadro 1, quienes informaron estar divorciados o separados presentaron mayor propensión al riesgo de malestar psicológico, en especial en relación a quienes estaban casados o unidos. Las mujeres reconocieron mayor cantidad de síntomas psicológicos que los varones así como también las personas de nivel educativo más bajo respecto de las de nivel de instrucción más alto. En cuanto a la posición en el hogar, se observa que los Jefes de hogar mostraron mayor propensión a los trastornos mentales comunes que los No jefes de hogar.

**Tabla 1 : Alto Riesgo de Malestar Psicológico por sexo, rangos de edad, nivel de educación, posición en el hogar, estado civil y región geográfica según espacios socioterritoriales (porcentajes y sign. Chi cuadrado)**

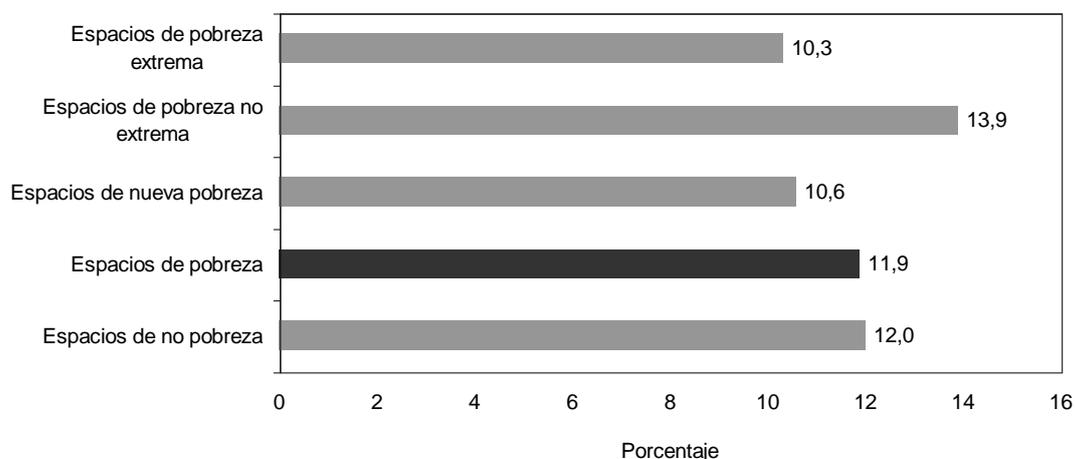
**Diciembre 2004**

	Grupo 1 <sup>1</sup> N = 300	Grupo 2 <sup>2</sup> N = 300	Grupo 3 <sup>3</sup> N = 300	Total Grupos 1, 2, 3	Grupo Control <sup>4</sup> N = 200	Total General
<b>Total</b>	<b>10,3</b>	<b>13,9</b>	<b>10,6</b>	<b>11,9</b>	<b>12,0</b>	
<b>Sexo</b>						
Hombres	7,9	9,8	9,2	9,1	9,2	9,2
Mujeres	12,7	18,2	11,9	14,7	14,9	14,7
<i>Probabilidad Chi cuadrado</i>	0,207	0,051	0,448		0,419	<b>0,010</b>
<b>Rangos de edades</b>						
18 a 29 años	7,9	12,0	8,9	9,9	12,1	10,3
30 a 55 años	11,5	16,1	12,2	13,6	12,8	13,6
56 años o más	11,3	11,5	9,0	10,6	11,0	10,5
<i>Probabilidad Chi cuadrado</i>	0,650	0,792	0,354		0,982	0,381
<b>Nivel de Educación</b>						
Menos de 12 años de educación	10,9	16,2	17,6	14,5	1,6	14,1
Más de 12 años of educación	7,9	7,6	4,4	6,1	13,5	8,4
<i>Probabilidad Chi cuadrado</i>	0,441	0,115	<b>0,000</b>		<b>0,000</b>	<b>0,005</b>
<b>Posición en el hogar</b>						
Jefe	13,7	18,1	8,6	14,2	10,4	13,7
No Jefe	7,1	8,9	13,0	9,3	14,4	9,9
<i>Probabilidad Chi cuadrado</i>	0,074	<b>0,023</b>	0,670		0,400	<b>0,040</b>
<b>Estado Civil</b>						
Soltero	11,1	17,7	10,1	13,8	15,0	14,1
Casado/ Unido	6,8	10,5	8,6	8,8	9,9	8,9
Divorciado o Separado	28,0	19,8	25,6	23,6	14,4	22,9
Viudo	15,3	24,5	8,2	17,6	16,0	17,1
<i>Probabilidad Chi cuadrado</i>	0,135	0,192	<b>0,007</b>		0,755	<b>0,001</b>
<b>Región Geográfica</b>						
AMBA <sup>5</sup>	10,0	15,3	11,3	12,5	14,0	12,7
Otras ciudades <sup>6</sup>	12,3	9,2	9,3	9,8	4,6	9,4
<i>Probabilidad Chi cuadrado</i>	0,657	0,203	0,540		<b>0,046</b>	0,131

Fuente: EDSA, Observatorio de la Deuda Social. UCA. (Argentinean Social Debt Survey)

Respecto al objetivo general planteado antes, el análisis preliminar indica que no existe asociación significativa entre el espacio socioeconómico residencial y el riesgo de padecer malestar psicológico (Véase Gráfico 1).

### Gráfico 1: Alto riesgo de Malestar Psicológico según espacios socioeconómicos de residencia. Diciembre de 2004



Fuente: EDSA, Observatorio de la Deuda Social. UCA.

No obstante, si se incluye en el análisis la educación recibida, se observa que las personas que pertenecen a espacios de pobreza y que tienen bajo nivel de instrucción formal difieren significativamente de los sujetos del grupo control con ese mismo nivel de educación. En cambio, si la educación fue mayor, son las personas del grupo control quienes tienen mayor probabilidad de padecer trastornos mentales comparados con quienes habitan espacios de pobreza (Ver Tabla 2).

Tabla 1: Alto Riesgo de Malestar Psicológico por características seleccionadas según espacios socioeconómicos 8en %). Diciembre de 2004

	Espacios de pobreza extrema (1)	Espacios de pobreza no extrema (2)	Espacios de nueva pobreza (3)	Total de espacios de pobreza (4)	Espacios de no pobreza (control) (5)	Coef. de Desigualdad Relativa †
<b>Total</b>	<b>10,3<sup>b</sup></b>	<b>13,9<sup>b</sup></b>	<b>10,6<sup>b</sup></b>	<b>11,9<sup>a</sup></b>	<b>12,0<sup>b</sup></b>	<b>0,988</b>
<b>Nivel de educación</b>						
Hasta secundaria incompleta	10,9	16,2	17,6	<b>14,5<sup>a</sup></b>	1,6	10,631 *
Secundaria completa y más	7,9	7,6	4,4	<b>6,1<sup>b</sup></b>	13,5	0,415 *
<b>Nivel de ingresos</b>						r K-10 e ingresos = - 0,04 / no sign.

† El coeficiente de desigualdad relativa se calcula entre el Total de espacios de pobreza (4) y el Espacio de no pobreza (5), de la siguiente manera:  $[(4)/100-(4)]/[(5)/100-(5)]$

‡ Niveles relativos construidos respecto de la mediana de los valores de clima educativo calculados en cada espacio socio-territorial.

\* Dato estadísticamente significativo al 95% de confianza.

<sup>a</sup> Estimaciones sujetas a coeficientes de variación inferiores al 15%.

<sup>d</sup> Estimaciones sujetas a coeficientes de variación entre el 15% y el 29%.

<sup>c</sup> Estimaciones sujetas a coeficientes de variación superiores al 29%.

Fuente: EDSA, Observatorio de la Deuda Social. UCA.

En este sentido, puede pensarse que la educación recibida se configura como un factor protector para la salud mental de las personas vulneradas por la pobreza pero que esta cualidad de la educación se diluye en los sectores sociales más altos. Un análisis más detallado de las personas que obtuvieron puntuaciones de alto riesgo de malestar psicológico

en los espacios de pobreza, indica que menos del 10% de las personas con escolaridad alta presentaron riesgo de malestar psicológico en tanto que en quienes sí lo presentaban, el nivel de instrucción era bajo ( 90%). Por el contrario, ninguno de los entrevistados de espacios de no-pobreza que tenían un nivel educativo bajo presentaron indicios de malestar psicológico mientras que todos los que reconocieron síntomas psicológicos habían completado estudios de segundo ciclo. No obstante, es importante señalar que el números de casos en este grupo fue bajo.

Esta cualidad diferencial de la educación tiene un antecedente inmediato en las investigaciones sobre creatividad e imaginación. Los estudios indican que la educación recibida favorece el desarrollo de estos atributos hasta cierto límite, después del cual depende de otros factores tanto biológicos como psicosociales. En estudios futuros debería investigarse la potencia de la educación como factor protector y porqué parece serlo en los espacios de pobreza pero no en los de no-pobreza.

Además, un análisis adicional indica que no se han encontrado relaciones significativas entre el riesgo de padecer malestar psicológico y el nivel de ingresos de las personas encuestadas según espacios socioeconómicos residenciales ( $r$  entre  $-0,014$  y  $-0,067$ , no sig.).

Estos resultados resultan, en parte, coincidentes con hallazgos de la investigación previa. En un artículo de revisión de los estudios llevados a cabo en países en desarrollo (Brasil, Chile, Pakistán, entre otros) acerca de la relación entre pobreza y trastornos mentales comunes, Patel y Kleinman (2003) indican una relación entre los indicadores de pobreza y el riesgo de trastornos mentales. En particular, destacan la asociación con los bajos niveles de instrucción a la vez que señalan que la relación entre nivel de ingresos y presencia de trastornos mentales es débil. Los autores concluyen que factores tales como la experiencia crónica de inseguridad y de desesperanza y el riesgo de violencia pueden explicar, en parte, la mayor vulnerabilidad de los pobres a los trastornos mentales comunes (Patel y Kleinman, 2003).

En nuestro estudio, dicha presunción es válida si se considera combinada con bajos niveles de educación, en tanto que esos mismos factores tendrían un impacto menor en las personas vulneradas por la pobreza con mejores niveles educativos. Es probable que los costos directos e indirectos de la asociación entre la tendencia al malestar psicológico y la presencia de baja educación, agraven la situación económica y que pongan en marcha un círculo vicioso de pobreza con baja educación y malestar psicológico. Según estudios previos (Cohen, 2000) programas como la inversión en educación pueden tener efectos imprevistos, y positivos, en la reducción del riesgo de trastornos mentales. La prevención secundaria debería centrarse, entonces, en el fortalecimiento de la capacidad de los servicios de atención primaria para tratar eficazmente esos casos.

## Resumen:

- 1) No se observa asociación significativa entre el espacio socioeconómico residencial y la probabilidad de presentar alto riesgo de suicidio
- 2) Aún así, se observa que los habitantes de espacios socioeconómicos de pobreza con bajo nivel de instrucción son más proclives a padecer malestar psicológico comparados con las personas con el mismo nivel educativo pero que habitan espacios de no-pobreza. En cambio, si el nivel educacional es alto, los que residen en zonas de pobreza tienen mucho menos riesgo de sufrir trastornos mentales comunes que sus pares del grupo control

En términos globales y descriptivos,

- 3) Las personas divorciadas/separadas y viudas presentaron una mayor propensión al malestar psicológico que quienes estaban casados/unidos y solteros
- 4) Las mujeres presentaron mayor riesgo de malestar psicológico que los varones
- 5) La condición de “Jefe de hogar” parece asociarse a una probabilidad mayor de riesgo de malestar psicológico comparado con ser “No jefe de hogar”

## Referencias bibliográficas

- Alkire, S.(2002): Dimensions of Human Development. *World Development* 30 (2), 181-205.
- Cohen, A. (2000): Our lives in darkness. The work of the National Literary Mission in Northern India. En Cohen A., Kleinman, A., Saraceno, B., (editors). *World Mental Health casebook: social and mental health programs in low-income countries*. New York, London, Dordrecht: Kluwer Academic/Plenum Publishers, págs. 153-190.
- Doyal, L. & Gough, I. (1994): *Teoría de las necesidades humanas*. Barcelona: Icaria / FUHEM,
- Elder, G.H., Jr.; Liker, J. & Cross, C. (1984): Parent – child behavior in the Great Depression: Life course and intergenerational influences. En Baltes, P. y Brim, O. (eds.): *Life span development and behavior* (Vol. 6). Academic Press, Orlando, FL.
- Flanagan, C.A. (1990): “Families and schools in hard times”. En McLoyd, V.C. y Flanagan, C.A. (eds.): *New directions for child development* (Nº 46), Jossey-Bass, San Francisco.
- Kessler, R. & Mroczek, D. (1994): Final Versions of our Non-Specific Psychological Distress Scale; *Survey Research Center of the Institute for Social Research*, University of Michigan.
- Max-Neef, M. (1993): *Desarrollo a escala humana*. Nordan, Montevideo.
- McLoyd, V.C., Ceballo, R. & Mangelsdorf, S. (1993): “The effects of poverty on children’s socioemotional development”. En Noshpitz, J. et al. (eds.): *Handbook of child and adolescent psychiatry*, Basic Books, New York.
- National Outcomes and Casemix Collection (2002): *Overview of clinical measures and data items*. Commonwealth Department of Health and Ageing, Canberra
- Nussbaum, M. C. & Glover, J. (eds.) (1995): *Women, Culture and Development: a study of human capabilities*. Clarendon, Oxford.
- Patel, V. & Kleinman, A. (2003): Poverty and common mental disorders in developing countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 81 (8), 609-615.
- Sen, A. (1985): *Commodities and capabilities*. North-Holland, Amsterdam.

- Tami, F. & Salvia, A. (2004): "Introducción: Desarrollo Humano y Deuda Social". En Departamento de Investigación Institucional, UCA: Observatorio de la deuda Social Argentina. *Las Grandes Desigualdades*, 1: 19 - 42
- World Health Organization (2001): *The world health report 2001 – Mental Health: new understanding, new hope*. Geneve: World Health Organization
- Thornson, J. A., & Powell, F. C. (1992). Rural and urban elderly construe health differently. *Journal of Psychology*, 126, 251-260
- Warr, P. (1987): *Work, Unemployment and Mental Health* (Oxford, Clarendon Press).