



Prevalencia de trastornos mentales y conductuales de pacientes adultos que concurren a un centro de salud declarado bajo emergencia sanitaria de la ciudad de Córdoba

Ignacio Agustín Savio Simes.

Tesis - Maestría en Salud Pública - Universidad Nacional de Córdoba. Facultad de Ciencias Médicas.
Escuela de Salud Pública, 2019

Aprobada: 8 de agosto de 2019

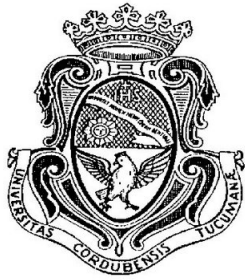
Este documento está disponible para su consulta y descarga en RDU (Repositorio Digital de la Universidad Nacional de Córdoba). El mismo almacena, organiza, preserva, provee acceso libre y da visibilidad a nivel nacional e internacional a la producción científica, académica y cultural en formato digital, generada por los miembros de la Universidad Nacional de Córdoba. Para más información, visite el sitio <https://rdu.unc.edu.ar/>

Esta iniciativa está a cargo de la OCA (Oficina de Conocimiento Abierto), conjuntamente con la colaboración de la Prosecretaría de Informática de la Universidad Nacional de Córdoba y los Nodos OCA. Para más información, visite el sitio <http://oca.unc.edu.ar/>

Esta obra se encuentra protegida por una Licencia Creative Commons 4.0 Internacional



Prevalencia de trastornos mentales y conductuales de pacientes adultos que concurren a un centro de salud declarado bajo emergencia sanitaria de la ciudad de Córdoba por Ignacio Agustín Savio Simes se distribuye bajo una [Licencia Creative Commons Atribución – No Comercial – Sin Obra Derivada 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA

MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

**PREVALENCIA DE TRASTORNOS MENTALES Y CONDUCTUALES DE
PACIENTES ADULTOS QUE CONCURREN A UN CENTRO DE SALUD
DECLARADO BAJO EMERGENCIA SANITARIA DE LA CIUDAD DE
CORDOBA**

Lic. SAVIO SIMES, IGNACIO AGUSTÍN

Tesis para obtener el grado académico de
Magister en Salud Pública

2019

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA

MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

**PREVALENCIA DE TRASTORNOS MENTALES Y CONDUCTUALES DE
PACIENTES ADULTOS QUE CONCURREN A UN CENTRO DE SALUD
DECLARADO BAJO EMERGENCIA SANITARIA DE LA CIUDAD DE
CORDOBA**

Candidato a magister
Lic. SAVIO SIMES, IGNACIO AGUSTÍN.

Directora
Doctora BURRONE, MARIA SOLEDAD.

Córdoba, Argentina
2019

**PREVALENCIA DE TRASTORNOS MENTALES Y CONDUCTUALES DE
PACIENTES ADULTOS QUE CONCURREN A UN CENTRO DE SALUD
DECLARADO BAJO EMERGENCIA SANITARIA DE LA CIUDAD DE
CORDOBA**

Lic. SAVIO SIMES, IGNACIO AGUSTÍN.

Directora: Burrone, María Soledad

Tribunal Examinador de Tesis

.....
.....
.....

Escuela de Salud Pública
Facultad de Ciencias Médicas
Universidad Nacional de Córdoba

AGRADECIMIENTOS

A la doctora María Soledad Burrone por su generosidad, su conocimiento, su tolerancia y paciencia, por su entrega, por todos los fines de semanas donados a mi crecimiento, por su cariño...

A la doctora Ruth Fernández y al doctor Julio Enders por dejarme ser parte de este gran proyecto....

A la Escuela de Salud Pública de la Universidad Nacional de Córdoba por generar ese espacio de aprendizaje y compartir...

Al doctor Diego Almada por permitirme darme el lujo de decir que es mi hermano del alma, por enseñarme con su ejemplo cual es el camino de la dignidad, la autenticidad, el compromiso, la alegría, la honradez, por su cariño y por todo lo que me enseñaste desinteresadamente y con total entrega...

Art. 23 – Ordenanza Rectoral 03/77

**“La Facultad de Ciencias Médicas no se hace solidaria con las
opiniones de esta tesis”**

TABLA DE CONTENIDO

SUMMARY	9
INTRODUCCIÓN	10
Importancia de salud mental en la salud pública.....	11
El cuidado de la salud mental en el Caribe y Latinoamérica.....	13
La salud mental como campo multidimensional.....	14
Vulnerabilidad y percepción de riesgo	19
Salud mental y atención primaria de la salud.....	22
OBJETIVOS	26
OBJETIVO GENERAL	27
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	27
METODOLOGÍA	28
<i>Instrumento y variables de estudio.....</i>	<i>30</i>
<i>Registro de datos</i>	<i>33</i>
<i>Análisis de datos</i>	<i>33</i>
<i>Resguardos éticos</i>	<i>33</i>
<i>Limitaciones del estudio</i>	<i>33</i>
RESULTADOS.....	35
<i>Descripción de las condiciones de contexto</i>	<i>36</i>
<i>Característica sociodemográfica de la muestra estudiada</i>	<i>40</i>
<i>Prevalencias de trastornos mentales en consultantes de un barrio bajo emergencia de la ciudad de Córdoba</i>	<i>42</i>
DISCUSIÓN	51
CONCLUSIÓN	61
RECOMENDACIONES	63
BIBLIOGRAFÍA	64
PRESENTACIONES Y PUBLICACIONES DE RESULTADOS EN EVENTOS CIENTÍFICOS	72
ANEXO	74

RESUMEN

Es conocida la relación entre Trastornos de Salud Mental y los determinantes sociales de la salud. Estudiar esta relación contribuye a la planificación de la atención de los consultantes, es por esto que el objetivo del presente trabajo es identificar la frecuencia y caracterizar la prevalencia de los TSM en una comunidad urbano-marginal de la ciudad de Córdoba con alta participación comunitaria.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal, en consultantes del primer nivel de atención de un centro ubicado en un barrio urbano marginal de la ciudad de Córdoba, Argentina. Los participantes fueron seleccionados mediante muestreo probabilístico (n=100). Se evaluaron características sociodemográficas y la prevalencia año de los TSM; utilizando la entrevista CIDI 3.0. Para el análisis de datos se calculó la proporción (e intervalo de confianza del 95%).

Resultados y conclusión: La población presentó indicadores de vulnerabilidad social. El 12% (IC95% 6,3 - 20,0) de los consultantes del primer nivel de atención sufrió algún trastorno de salud mental en el último año, de estos 7,0% (IC95% 2,9 - 13,9) correspondieron a trastornos del humor (afectivos) y 5,0 (IC95% 1,6 - 11,3) fueron trastornos de la ansiedad. Se propone profundizar este estudio con un diseño que permita evaluar la participación comunitaria como elemento protector frente al desarrollo de Trastornos de Salud Mental.

SUMMARY

The relationship between Mental health disorders and social determinants of health. To study this relationship contributes to the care planning of the consultants, so the aim of this work is to identify the frequency and characterize the prevalence of TSM in a marginal urban community of the city of Cordoba with high community participation.

Methods: An exploratory study, cross-sectional, consultants was conducted in the primary care of a center in an urban slum in the city of Cordoba, Argentina. Participants were selected using probability sampling (n = 100). sociodemographic characteristics were evaluated and the prevalence of TSM year; using the CIDI 3.0. For data analysis the proportion (and confidence interval 95%) was calculated.

Results and Conclusion: The population presented indicators of social vulnerability. 12% (95% CI 6.3 to 20.0) of the consultants of primary care suffered some mental health disorder in the past year, these 7.0% (95% CI 2.9 to 13.9) They were for mood disorders (affective) and 5.0 (95% CI 1.6 to 11.3) were anxiety disorders. It is proposed to deepen this study design to assess community participation as a protective element against the development of Mental Health Disorders.

INTRODUCCIÓN

Importancia de salud mental en la salud pública

La salud físico-mental y el bienestar social son considerados elementos vitales que se conectan necesariamente entre sí. Junto con el desarrollo del conocimiento acerca de esta interrelación, se pone de manifiesto que la salud mental es trascendental para asegurar el bienestar general de los individuos, sociedades y países (1). Pues, se interrelaciona con las creencias, los sentimientos y conductas. La persona que goza de buena salud mental se supone alguien indiscutiblemente idóneo para lidiar con las situaciones y obstáculos que enfrente en la vida diaria, trabajar para alcanzar metas significativas y desempeñarse efectivamente en la sociedad. En cambio, las actividades diarias pueden verse aquejadas por un problema minúsculo de salud mental, entorpeciendo la calidad de vida y el entorno.

De acuerdo a un informe sobre salud mental presentado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2), poco más o menos de cuatrocientos cincuenta millones de individuos alrededor del mundo sufren de una crisis psicológica o conductual, pero sólo una pequeña minoría se hace tratar. Por si fuera poco, el escenario en las naciones en vías de desarrollo se ve mucho más desmejorado. Debido a las circunstancias de vida, gran parte de los individuos que padecen trastornos psiquiátricos agudos, particularmente desvarío, desequilibrio, depresión o adicción a drogas, son estigmatizados, victimizados y depuestos a confrontar por sí mismos sus propias cargas (2).

El promedio de personas imposibilitadas por trastornos psiconeurológicos, según acreditan investigaciones previas de salud mental, es alto en todos los confines de mundo (3). Sin embargo, la media resulta más baja si se la coteja con los países en vías de desarrollo, dado el influjo de otros males físicos, en su mayoría, transmisibles concernientes a la salud. Por lo tanto, si bien por su dimensión, las inconveniencias psíquicas se catalogan como problemas de salud pública, la salud mental está subestimada. Esto se debe tanto a las costas como a las repercusiones que tiene un tormento en las personas, las castas, las entidades y la colectividad misma. Así pues, resulta pertinente la indicación de la OMS acerca de la

imperiosa necesidad de avalar la inmunidad psíquica de las personas y las comunidades (4). De ahí que sea forzoso forjar conciencia a nivel local por medio de escudriñamientos de modo tal que no se peque de ignorante respecto a la influencia de los trastornos mentales.

La Encuesta Mundial de Salud Mental cobra, de esta manera, notabilidad estableciéndose como una moción de la Organización Mundial de la Salud que perfecciona investigaciones comparativas entre naciones acerca de enfermedades mentales que afectan 28 naciones de los distintos continentes (5, 6). Dentro de sus metas principales se cuentan: la tasación del porcentaje de sujetos que padecen trastornos psíquicos afín a la población general (prevalencia) y las invalideces que de ellos se desprenden; la observación del origen genuino de los disturbios mentales; la valoración de la dilación de los trastornos conductuales, como el consumo de sustancias psicoactivas y su interrelación con los padecimientos psíquicos; la estipulación de los elementos tanto profilácticos como conflictivos coligados a los trastornos mentales; y la elucidación de las limitaciones que entorpecen el uso de los servicios de salud, entre tantas.

Diversas investigaciones de carga de la enfermedad y sondeos repetidos se han llevado a cabo por la OMS a nivel global, las cuales suponen que el 7,4% de los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) son causados por enfermedades psíquicas y consumo de sustancias (7). Dentro de las causas principales de incapacidad global y de carga global se encuentra el trastorno depresivo mayor (7).

Visto y considerando la manera en que las enfermedades mentales inciden en la discapacidad, se hace interesante la falta de una ataque apropiado al inconveniente. Conforme a los descubrimientos de la OMS que fueran publicados por The Journal of the American Medical Association (JAMA) (8, 9), más de media población estadounidense y europea con severas distorsiones mentales no se hace tratar, siendo aún más grave la situación en el caso de ciertos países en vías de desarrollo (10).

El cuidado de la salud mental en el Caribe y Latinoamérica

Tanto en el Caribe como en Latinoamérica, la observación en salud mental ha confrontado graves trabas y conflictos por la manera en que los regímenes gubernativos subestiman la misma (11). Debido a su avidez por la difusión de datos técnico-científicos, la Organización panamericana de la Salud (OPS) nos invita a reflexionar acerca de ciertos ítems esenciales a fin de aproximarnos a la fase de la destreza de epidemiología de las enfermedades mentales. En su comunicado asevera que, desde 1990, la reacción al escenario proyectado en la zona impulsó una corriente llamada Iniciativa para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica, a la cual, a su tiempo, se adhirió casi el total de los países.

También en 1990, se llevó a cabo en Latinoamérica la Conferencia sobre la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica, que tuvo lugar en Caracas, Venezuela y convergió en el acogimiento de la “Declaración de Caracas” (12); documento indiviso que hizo historia y que fue utilizado en varios países como puntapié para las medidas que se han puesto en marcha desde ese momento.

Asimismo, se subrayó en la Declaración de Caracas que el cuidado tradicional, centralizado en el hospital psiquiátrico, no conquistaba las metas concurrentes con una atención corporativa, disipada, interactiva, sistemática, duradera y protectora.

Del mismo modo que varias naciones desarrolladas, en el Caribe y Latinoamérica no se pierde de vista el hecho de que el avance cambiario, los cambios a nivel de sociedad y el incremento de la senectud se encuentran constantemente coligados a una acentuación en la contienda psicosocial.

Inmediatamente a continuación de las lecturas, se hace certera la réplica impropia o circunscrita de los servicios de salud ante la dimensión del gravamen impuesto por las enfermedades mentales (11). A saber, la escasa disposición determinativa que se torna incuestionable en las fisuras vigentes de procedimiento frente a distorsiones psíquicas y en las demandas del sistema de servicios de salud mental. Entonces resulta que solamente una parte de los individuos que necesitan cuidado respecto a la salud mental son

tratados. A esto mismo debe anexarse el hecho de que los estratos socioeconómicos más vulnerables son los primeros aquejados por enfermedades mentales, para quienes los servicios de salud son aún más exigüos.

De más está aclarar que la enigmática de las enfermedades mentales es soberanamente significativo y prioritario para la salud pública moderna en el mundo entero. Más aún, se encuentra entre los mayores causales de morbilidad respecto al cuidado de la salud (13). Con todo, es llamativo que, de los 450 millones de individuos que padecen o padecieron en su momento cualquier psicopatología, un mínimo porcentaje a secas es socorrido o tratado debidamente (14). En este sentido, la comprensión de las distintas realidades pandémicas concerniente a las enfermedades mentales y conductuales, la invalidez y la imposición fiduciaria coligada, admite el abordaje exhaustivo y sistémico de la problemática (15-17).

La salud mental como campo multidimensional

Trabajar en el ámbito de la salud mental implica reconocer un campo de actuación irreductible, ya que de manera permanente convergen dimensiones diversas que afectan la subjetividad de los individuos. Esta multidimensionalidad inherentemente presente en los fenómenos de salubridad, exigen un trabajo analítico-práxico sostenido por parte de aquellos que se dedican directa o indirectamente a indagar sobre sus problemáticas.

Esta manera de abordar los fenómenos no refiere a un capricho integracionista sino que constituye una necesidad imperativa. El desafío, aunque difícil y complejo, está justificado y se impone. Los problemas de la salud se ubican en una encrucijada de múltiples disciplinas y enfoques metodológicos y nos demandan integrar todas esas perspectivas en la comprensión de los hechos concretos (18).

De esta forma, sin caer en jerarquizaciones absurdas ni en totalidades vagas, se asume a la salud mental, en tanto que ligada a las demás esferas de la vida humana, como una dimensión que atraviesa a todas las demás

manifestaciones subjetivas y objetivas del ser humano. Es por eso que el posicionamiento del presente trabajo, no dejarán de exigir una mirada particular sobre las condiciones de vida tan diversas y singulares que comportan los sujetos en relación a los sistemas de atención en salud pública, como así también de las diversas dimensiones que condicionan el proceso de salud enfermedad (19). Las dimensiones abordadas en el presente trabajo, son condiciones de vida, el ambiente y el sistema de salud.

Condiciones de vida

Las condiciones vitales concretas en las que los sujetos despliegan de manera cotidiana sus actividades tienen una clara incidencia en los procesos de salud-enfermedad. De manera pertinente se pretende entonces indagar sobre aquellas condiciones que nutren las diferentes posibilidades que tendrán los sujetos de afrontar sus problemáticas y conflictividades emergentes en el campo de la salud.

El bienestar vivenciado por el sujeto le permite ponderar las conflictividades emergentes en el campo de su cotidianidad y en las esferas de sus relaciones con su entorno mediato e inmediato. Por el contrario, el advenimiento o manifestación de un malestar mental, afecta de manera simultánea a sus manifestaciones cognitivas, psicoafectivas y comportamentales, obturando por ende, su desenvolvimiento vital óptimo. Todo imprevisto constituye así una emergencia incapaz de ser abordada por el mismo de manera asertiva y adecuada debido a esta condición.

Un trabajo de investigación situacional, es decir, un proceso indagatorio local acerca de la prevalencia de trastornos mentales y comportamentales, asegura salvar los distanciamientos que muchas veces existen entre la planificación de políticas públicas de salud y su grado de aplicabilidad real en el campo concreto de intervención. Mantener un aire crítico con respecto a dichas implementaciones lleva, en palabras de Saforcada: *“a reflexionar en una primera instancia, sobre las cuestiones relacionadas con la estructura y la dinámica básicas del campo de la salud, como así también sobre las concepciones y prácticas puestas en juego en*

este espacio. En segunda instancia, la atención se dirige, a partir de lo puesto en relieve a través del razonamiento anterior, a analizar ciertos aspectos fundamentales de la actual crisis en el campo de la salud” (20, 21).

Sistema de salud

Dentro de la dimensión del sistema de salud, como determinante de la salud mental de la comunidad se analiza la estrategia de Atención Primaria de la Salud. En ese mismo sentido se direccionan los objetivos expresados por la Organización Mundial de la Salud con respecto a la importancia de la salud mental pensada y desplegada dentro de la salud pública. La exigencia es mayor en tanto que en América Latina y el Caribe se observa una gran serie de limitaciones e inadecuaciones al respecto, siendo los sectores socio-económicos más vulnerables los mayores afectados.

Es por eso que constituye una necesidad imperativa el pensar la mejor manera de accionar medidas efectivas en la concreción de fortalecer el sistema de salud mental con un enfoque integral desde la estrategia de Atención Primaria de Salud. La mejora de la atención primaria de la salud implica, necesariamente, integrar el concepto de que los trastornos de salud mental no suceden en forma aislada, sino que ocurren en relación con otros problemas clínicos o junto con éstos, tales como enfermedades cardíacas, diabetes, cáncer, trastornos neurológicos y como respuesta a muchas situaciones de la vida.

Se observa así como las problemáticas médicas y las condiciones de vida tienen una incidencia global sobre el funcionamiento del sujeto, afectando diferentes aspectos o manifestaciones del mismo, cuya influencia de cada una se expande a todas las esferas de actividad del mismo sujeto.

Entendiendo que bajo la estrategia de atención primaria, la relación a entre una persona y su equipo de salud debe tener continuidad e integralidad, es fundamental que se integre la atención de salud mental dentro de la misma dado que constituye un campo que se incluye en el sistema de atención de salud general. De esta manera, se institucionalizaría en los servicios públicos de salud la actual mirada interdisciplinaria e

integrativa acerca de las problemáticas que se presentan en los procesos de salud-enfermedad de los sujetos. Comprendiéndose así que los trastornos mentales pueden tener un efecto sobre la salud física y muchas dolencias físicas pueden inducir más problemas de salud mental.

Salud ambiental

La salud ambiental, tiene diferentes conceptualizaciones, entre ellas se define como "higiene del medio", "saneamiento básico", "protección y desarrollo del ambiente" y "salud y ambiente" (22). Son numerosos los organismos internacionales y los autores que han definido la salud ambiental; sin embargo para esta investigación se considerará la definida por la Organización Mundial de la Salud en Bulgaria en 1993, que puntualizó como salud ambiental "aquella disciplina que comprende aquellos aspectos de la salud humana, incluida la calidad de vida, que son determinados por factores ambientales físicos, químicos, biológicos, sociales y psicosociales (23). También se refiere a la teoría y práctica de evaluar, corregir, controlar y prevenir aquellos factores en el medio ambiente que pueden potencialmente afectar adversamente la salud de presentes y futuras generaciones" (24, 25). Para este estudio se plantea a la salud ambiental como parte de la salud pública, dada la estrecha relación entre la salud y el ambiente (26, 27).

Se ha estimado que en los países industrializados un 20% de la incidencia total de enfermedades puede atribuirse a factores medioambientales (28, 29). En Europa, una gran proporción de muertes y años de vida ajustados por discapacidad (DALYs) en el grupo en edad infantil es atribuible a la contaminación del aire interior y exterior. Una de cada tres muertes en el grupo de edad de 0-19 años es atribuible a exposiciones ambientales (contaminación del aire interno y externo, agua y saneamiento, sustancias y preparados químicos y lesiones producidas por accidentes (30). La exposición a sustancias y preparados químicos peligrosos, el uso de biocidas y plaguicidas fitosanitarios, las sustancias CMR (carcinógenas, mutágenas y tóxicas para la reproducción), los COV (compuestos orgánicos volátiles), las sustancias PBT (persistentes

bioacumulables y tóxicas), las dioxinas y furanos, los PCB, los retardantes de llama, los alteradores endocrinos representan amenazas que deben ser objeto de medidas de evaluación y de reducción y control del riesgo tal y como se establecen en legislaciones (28, 31).

La relación entre las condiciones sociales, la pobreza, el desempleo y las desigualdades sociales son condicionantes de la salud de la comunidad (32). Esta situación se ve agravada por la creciente aparición de nuevos problemas ambientales que constituyen los determinantes ambientales. Estos Determinantes de la salud ambiental son los factores o hechos de la realidad física ambiental sobre los que se debe actuar a fin de satisfacer necesidades de los seres humanos relacionadas con la salud ambiental (25).

La salud ambiental es un área de conocimiento incluida en el ámbito de la salud pública que permite identificar, caracterizar, controlar y evaluar los efectos sobre la salud de la población de los riesgos físicos, químicos, psicosociales y biológicos presentes en el medio ambiente (29, 33, 34).

Esta investigación se centra en la interacción entre la salud y el ambiente, analizando la participación del ambiente como un posible determinante de la salud mental de la comunidad. Con esto se entiende que cuando las personas se exponen a ambientes inseguros desde el punto de vista medio ambiental, por ejemplo los contaminantes, la salud de estas puede sufrir modificaciones y desarrollan capacidades adaptativas y al mismo tiempo influenciar sobre su ambiente para satisfacer sus necesidades.

La vulnerabilidad de la población está determinada por factores extrínsecos asociados a aspectos sociodemográficos y por la percepción a esos factores extrínsecos, como la inequidad, la pobreza, las prácticas culturales, el nivel de educación, la exposición a contaminantes ambientales, los cambios climáticos, entre otros aspectos (35-37).

Vulnerabilidad y percepción de riesgo

El natural contacto que tienen las poblaciones con su entorno genera intercambios y exposiciones a los determinantes de salud, que en ciertas condiciones son potenciales condicionantes de vulnerabilidad que pueden ser percibido como riesgos y estos son cambiantes a través del tiempo. Es por esto que es importante ahondar en el conocimiento acerca de la percepción individual y colectiva del riesgo e indagar las características culturales, idiosincráticas, de desarrollo y de organización de las comunidades que favorecen o impiden la prevención y la mitigación de la vulnerabilidad (38).

El conductismo clásico de principio de siglo XX con Watson y seguidores consideraban que las consecuencias diversas de los distintos eventos, tenían relación directa con los acontecimientos. De la década del 60 en adelante, la psicología cognitiva comportamental con autores como Aaron Beck y colaboradores comprendieron que las consecuencias de distintos fenómenos eran mediadas por las creencias individuales que tenían las personas acerca del particular. Las creencias individuales construyen la percepción acerca del modelo de mundo que cada persona tiene, como el reflejo en la conciencia del hombre de los objetos y fenómenos con los que interactúan. Las percepciones de riesgos individuales son el reflejo generalizado de las representaciones sociales de las personas, que pueden ser transferidas constituyendo la percepción de riesgo colectiva influenciada por elementos como: cultura, género y experiencia anterior de las personas (39).

El riesgo, entendido desde una perspectiva social o colectiva, es diferente según las culturas, las épocas o las clases sociales esta mirada permite comprender los fenómenos en su realidad social. “Toda percepción del riesgo implica una fuerte connotación afectiva y la retransmisión de un discurso social y cultural, el miedo está menos ligado a la objetividad del riesgo que a los imaginarios inducidos” (40).

Para Torres-Nerio y col., el riesgo no depende sólo del cálculo de probabilidades, sino que también se incluyen dentro del concepto los

contextos sociales y culturales, concibiendo a la percepción de los riesgos para la salud en relación al entorno económico, social y cultural (41), constituyéndose lo ya mencionado riesgo colectivo. Así, interactúan el devenir emocional individual producto de las experiencias pasadas, y de las creencias y percepciones que fueron mediadas por las experiencias de éxito o fracaso del pasado, como así también el nivel y organización de los conocimientos de las personas. Por todo ello, al momento de intervenir sobre la sociedad, se debe prestar atención al contexto que condiciona los modos de actuar de las personas (42), teniendo en cuenta que las creencias de base cultural pueden influir en las percepciones de enfermedades, la filtración de información de riesgo y su tendencia a reaccionar a posibles amenazas para la salud (43).

De acuerdo a lo antedicho, los sentidos que posee el término riesgo son varios. Inicialmente se lo concibe desde la etimología y la semiótica para pensar los discursos sociales; luego, se lo tiene en cuenta desde una perspectiva hermenéutica analizando la construcción del discurso epidemiológico; en los últimos tiempos se estudian los aspectos teóricos, metodológicos y políticos entre el concepto de riesgo y de salud, incluyendo teorías críticas para generar desarrollos en el campo de la epidemiología (44). Ayres (2005) explica que antes del siglo XX existía únicamente el causalismo de base biológica que no daba lugar a cuestionamientos. El autor señala que esta concepción ha sido superada por asociaciones probabilísticas que permitieron que se haga presente el concepto de riesgo, siendo la epidemiología la disciplina que se ocupa de estudiar lo probable a través de inferencias que muchas veces incluyen contradicciones (45). El paradigma de riesgo consigue abrir nuevas oportunidades para el estudio epidemiológico, localizándolo en el ámbito de la población (44) es decir, se lo atribuye a los colectivos humanos.

Los factores de riesgo son una característica o circunstancia determinada de una persona o grupo de personas que puede desarrollar una enfermedad o afectar desfavorablemente a los individuos (42). Los riesgos pueden clasificarse en tangibles o bien en construcciones sociales

imaginarias. Esta última clasificación los entiende como condiciones que podrían llegar a afectar a un individuo, grupo o sociedad. Así, los comportamientos de las personas son elementos que integran un complejo contexto que les da sentido. Le Bretón (2010) (46), explica que el ser humano mantiene una búsqueda permanente de límites que da sentido a su existencia, ya que el hecho de enfrentarse al peligro y sobrevivir permite al sujeto encontrar un sentido a su vida. La disciplina psicológica estudia la relación entre el ambiente y las conductas humanas intentando identificar, dentro del primero, cuáles son los determinantes de los comportamientos no saludables. Algunos ambientes provocan comportamientos no saludables que son inevitables para las personas que lo habitan. Es por esto, que el enfoque de riesgo es incompleto y debe ser estudiado desde un abordaje integral, comprendiendo la vulnerabilidad de la persona y su comunidad. La noción de vulnerabilidad se centra en los determinantes de las situaciones que condicionan a la población, y que se presentan como resultado de un desfase o asincronía entre los requerimientos de acceso de las estructuras de oportunidades que brindan el medio y los activos de cada una de estas personas que permitirían aprovechar tales oportunidades (47).

En relación a esto, Douglas (1996) plantea el concepto de “inmunidad subjetiva”, para referirse a la minimización de los riesgos que los sujetos realizan por considerar que pueden controlar una situación determinada, creyendo que son muy pocas las veces que ocurren acontecimientos de impacto negativo para su salud. En otras palabras, se trata de una estrategia de supervivencia que posee el ser humano ante un peligro cotidiano. Así autores como Vera Calzaretta y col, 2010 identifican que los valores que se comparten dentro de un determinado grupo social influyen el proceso de selección de aquello que es riesgoso de lo que no lo es y el modo de percibirlos (48). Este concepto permite entender que las conductas de los trabajadores son el resultado de la historia personal y colectiva de la persona (49).

Salud mental y atención primaria de la salud

Los trastornos de salud mental constituyen un problema de salud pública que afecta a personas de todas las edades y de todas las culturas y niveles socioeconómicos (50). Sin embargo, muchos países de bajo y mediano nivel de ingresos no cuentan con un sistema de salud adecuado para brindar cobertura a la esta problemática (51). Son muchos los fundamentos que justifican la necesidad de un enfoque integral de la atención de la salud mental y física, enfrentando los obstáculos que impiden su avance. La Organización Mundial de la Salud considera que los gobiernos y sistemas de servicios de atención de la salud prioricen un enfoque integral de la atención de la salud que acentúe el bienestar de las personas que viven con problemas de salud mental y sus consecuencias físicas (2, 52). Dicho de otro modo, el tema de salud mental en la atención primaria es de importancia en la medida que redunde en la mejora del diagnóstico, tratamiento y prevención de enfermedades y problemas de salud mental y, consecuentemente, aumentaría el potencial de recuperación, el bienestar mental y emocional y la productividad de la población mundial en los próximos años (53, 54).

El debate en torno a la mejora de la atención primaria de la salud implica, necesariamente, integrar el concepto de que los trastornos de salud mental no suceden en forma aislada, sino que ocurren en relación con otros problemas clínicos o junto con éstos, tales como enfermedades cardíacas, diabetes, cáncer, trastornos neurológicos y como respuesta a muchas situaciones de la vida. Los problemas médicos y las circunstancias de la vida de una persona no afectan solamente una parte del cuerpo, sino a la totalidad del organismo, y cada una tiene su efecto sobre las otras.

En este contexto, la atención de salud mental debe formar parte de la atención primaria dado que no es un campo aparte o una especialización paralela al sistema de atención de salud general (4). Por el contrario, existe una relación inseparable entre la mente y el cuerpo y una importante comorbilidad de los trastornos mentales y físicos. Los trastornos mentales pueden tener un efecto sobre la salud física y muchas dolencias físicas

pueden inducir más problemas de salud mental. Se ha comprobado que en las personas que sufren de enfermedades mentales profundas y persistentes se duplican las probabilidades de sufrir múltiples problemas físicos de salud. Entonces, para mejorar el diagnóstico, tratamiento y los resultados, los proveedores de atención de salud deben encontrar nuevos métodos para establecer alianzas que creen una práctica más efectiva y cooperativa que se concentre en la atención del paciente y de la totalidad de su organismo.

La Organización Mundial de la Salud destaca las oportunidades y los retos que implican la integración de los servicios de salud mental en la atención primaria de salud para las personas que viven con trastornos mentales, sus familias y cuidadores, así como para los profesionales de atención sanitaria (55). Entre las razones para integrar la salud mental en la atención primaria (56) es la alta prevalencia y que los problemas de salud mental y física están entrelazados. Los servicios integrales de atención primaria se ocupan de que las personas reciban tratamiento en forma integral, por tanto incluir la salud mental bajo la estrategia de atención primaria de salud permite satisfacer las necesidades de salud mental de las personas con dolencias físicas, así como las necesidades de salud física de las personas con trastornos mentales. De esta manera se avanza en la superación de la brecha que existe entre la prevalencia de trastornos mentales y el número de personas que recibe tratamiento y atención (14).

Cuando la salud mental se integra en la atención primaria, las personas pueden tener acceso a servicios más cerca de su hogar, lo que mantiene la red social del paciente en relación a su familia y le permite continuar con sus actividades cotidianas. Los servicios de salud mental proporcionados bajo la estrategia de atención primaria favorecen la reducción de la estigmatización y discriminación, fortaleciendo el enfoque de derechos humanos en personas con trastornos de salud mental. Además, los pacientes y sus familias evitan los costos indirectos de la atención de especialistas en centros alejados. El tratamiento de los trastornos mentales comunes es eficaz en función de los costos, y la inversión de los gobiernos puede redundar en importantes beneficios (57). En este sentido, la detección

de trastornos mentales en la atención primaria de la salud es un eslabón fundamental para la atención completa de los pacientes (58). La detección temprana de los problemas de salud mental, con el tratamiento oportuno y plan de gestión adecuados dirigidos a la recuperación y regreso al trabajo contribuirían a la reducción de la carga mundial que imponen los trastornos mentales en los sistemas de atención de salud y sociales (58), esto se vería favorecido si se integrando la salud mental bajo la estrategia de atención primaria y fundamentalmente la detección en el primer nivel de atención de salud.

En Argentina se identifican antecedentes en la provincia de Neuquén, donde la atención de salud mental está integrada en el primer nivel de atención. Así los médicos de atención primaria dirigen el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de los pacientes con graves trastornos mentales. Psiquiatras y otros especialistas de salud mental están disponibles para examinar y asesorar en casos complejos. Un centro comunitario de rehabilitación, el Austral, proporciona atención clínica complementaria en estrecha coordinación con los centros de atención primaria (59). También sirve como centro de formación para los residentes de medicina general y médicos que ejercen en atención primaria. El modelo de atención de salud mental está basado en cuatro elementos fundamentales, médicos de atención primaria, pacientes ambulatorios, atención integral y apoyo especializado (59). Los sanitarios y curanderos de Neuquén suelen ser el primer punto de contacto para las personas con trastornos mentales. En algunos casos los pacientes pasan del *curandero* a la atención primaria formal. No obstante, en las zonas rurales, suele ser más frecuente el uso de la automedicación y la atención informal, y se considera fundamental el papel de la familia como apoyo del paciente.

Los psicólogos están distribuidos entre los centros de salud de la ciudad y consultan cuando es necesario. No están afiliados a una clínica en particular, sino que están conectados con varios entornos de atención de salud. Los psicólogos lidian con problemas psicosociales además de trastornos mentales graves. Los pacientes con trastornos mentales son

enviados al hospital provincial cuando es necesario. El número limitado de camas psiquiátricas en el sector público de la Provincia (10) suele complicar el tratamiento de los pacientes agudos. Los pacientes gravemente enfermos, violentos o con tendencias suicidas y que requieren atención prolongada son enviados al hospital psiquiátrico de Buenos Aires (60).

Retomando las tres dimensiones abordadas en el presente trabajo, condiciones de vida, el ambiente y el sistema de salud, es importante destacar la relación entre ambiente y salud. La influencia medio ambiente, es uno de los determinantes que condiciona la salud de las personas, ya sea por riesgo físicos, químicos y biológicos, como así también por los cambios relacionados con la conducta en respuesta a dichos determinantes (25, 61). Así los barrios en condiciones ambientales insalubres condicionan el devenir de la salud de las personas y la comunidad, incluyéndose en esto la salud mental.

En este sentido, en los últimos años se identificó un aumento de las comunidades y barrios bajo la denominación de sitios contaminados (62).

Esta información es relevante para describir por primera vez la prevalencia de los distintos Trastornos de Salud Mental en una comunidad vulnerable como Ituzaingó Anexo, y que sienta las bases para estudiar en etapas futuras. El presente proyecto tiene el propósito de abordar la problemática de salud mental en el barrio Ituzaingó anexo de la Ciudad de Córdoba. Este barrio es uno de los posibles nuevos barrios denominados como sitio contaminado y declarado bajo emergencia sanitaria según ordenanza municipal número 10.505 desde mayo de 2002 (63).

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Describir la prevalencia de los trastornos mentales en pacientes adultos que concurren al centro de atención primaria bajo emergencia sanitaria de la ciudad de Córdoba.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir las características sociodemográficas y sanitaria de la comunidad del barrio Ituzaingó anexo.
- Estimar y caracterizar la prevalencia de Trastornos Mentales en consultantes adultos, por problemas de salud general, en un centro de atención primaria de la ciudad de Córdoba bajo emergencia sanitaria
- Caracterizar la prevalencia de los Trastornos Mentales por sexo, edad y situación de pareja de la población en estudio.
- Identificar morbilidad psicopatológica en consultantes del primer nivel de atención de Barrio Ituzaingó Anexo.

METODOLOGÍA

Este estudio de tesis es parte de un proyecto marco de prevalencia de trastornos mentales en consultantes de centros de atención primaria de la ciudad de Córdoba y de otras ciudades de la provincia de Córdoba. A partir de un contexto de cooperación entre la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile y la Escuela de Salud Pública de la Facultad de Ciencias Médicas y la Cátedra de Psicología Clínica de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Córdoba, en coordinación con diversos gobiernos municipales (Córdoba, Villa María, Jesús María), se generaron diversos proyectos que permitieron conocer la situación epidemiológica de los Trastornos de Salud Mental en la provincia y ciudad de Córdoba (64, 65). En este marco surge el presente estudio de prevalencia de trastornos mentales en consultantes al centro de primer nivel de atención de un barrio bajo emergencia sanitaria de la ciudad de Córdoba. Así, el presente trabajo se llevó a cabo en el barrio Ituzaingó Anexo de la ciudad de Córdoba, Provincia de Córdoba - Argentina. Se trabajó en el Centro de Salud de Primer Nivel de Atención, con su respectiva área programática.

Diseño del estudio

Se realizó una combinación de base datos secundarios y un estudio de campo. En una primera fase diagnóstica respecto a la situación sociodemográfica y problemáticas de salud en general se trabajó con fuentes de datos secundarios. En una segunda fase diagnóstica orientada a identificar la prevalencia de los trastornos de salud mental se realizó un estudio de campo, de carácter descriptivo, de corte transversal, en consultantes del primer nivel de atención de un centro ubicado en un barrio urbano marginal de la ciudad de Córdoba, Argentina.

Unidades de análisis

Con la finalidad de cumplir con el primer objetivo propuesto, se utilizaron fuentes de datos secundarios de distintos entes como documentos del INDEC, del Ministerio del Interior de la Presidencia de la Nación, del Municipio de la ciudad de Córdoba, e informes del Equipo de Salud local del Centro de Salud, los cuales contribuyeron a la contextualización el problema a estudiar y al análisis de los datos obtenidos en terreno.

Para el segundo y tercer objetivo específico, vinculado a la situación epidemiológica de salud mental, se utilizaron fuentes de datos primarios. La unidad de análisis respecto a estos objetivos fueron los consultantes del centro de salud por problemas de salud generales. Para esto se diseñó una muestra probabilística, de pacientes consultantes de entre 18 a 69 años. Este rango etario se definió en función de las normas de OMS para la aplicación del CIDI y su posterior contrastación con otros estudios de prevalencia realizados a nivel mundial. Para el cálculo del tamaño muestral, se tuvo en cuenta que el barrio estudiado, cuenta con una población de 6.333 (66). Del total de la población el 42% no cuenta con obra social (66). En todos los casos, se partió de la prevalencia estimada por la OMS, respecto a los trastornos de salud mental en la comunidad. El muestreo se realizó aceptando un riesgo alfa de 0,05. A partir de estas premisas y teniendo en cuenta la estructura sanitaria y el nivel de consultantes anuales

al primer nivel de atención, se estimó una muestra equivalente al 30% de los mismos, 100 pacientes. La muestra fue aleatoria y representó una proporción fija diaria de pacientes. La selección aleatoria de los pacientes se realizó a través de captación oportunista que permite que el número de pacientes seleccionados se ajuste a la cantidad de pacientes que consulte, y el número que es factible entrevistar en un día. Se mantuvo un registro de los pacientes seleccionados que rehusaron o que por alguna razón dejaron los cuestionarios incompletos, los cuales serán sustituidos con el mismo criterio de muestreo.

Criterios de inclusión y exclusión

Se incluyeron, en el estudio de campo, consultantes por problemas de salud general del Centro de Salud de Barrio Ituzaingó anexo, de entre 18 a 69 años de edad.

Se excluyeron pacientes menores de 18 años y mayores de 69, y pacientes consultantes del servicio de salud mental

Instrumento

Se utilizó la versión computarizada del CIDI 3.0, que garantiza validez y calidad de los datos y que proporciona diagnóstico de acuerdo a la DSM IV y la CIE-10. El CIDI 3.0 contiene módulos sobre las características sociodemográficas de los entrevistados, condiciones crónicas, farmacoepidemiología, discapacidad y usos de servicios. La confiabilidad y la validez del instrumento ha sido ampliamente documentada y la traducción de la encuesta al español fue realizada conforme a las recomendaciones de la OMS (67-69). La versión del CIDI 3.0 se implementó a partir de computadoras portátiles del equipo de investigación. Cuenta con dos módulos, el primero (tamizaje) contiene preguntas que indican la posibilidad de algún trastorno, el cual determina el paso al segundo módulo que explora en profundidad el estado del paciente (67, 68). La CIDI-OMS proporciona diagnósticos para prevalencia de vida, durante los últimos doce meses y durante los últimos treinta días, para 17 diagnósticos principales y 6

secundarios, incluyen trastornos depresivos, ansiedad y derivados del consumo de sustancias (67, 68).

Asimismo se incluyó como otro instrumento la versión en español del GHQ-12. Éste es un instrumento auto-administrado de cribado que tiene por objetivo detectar morbilidad psicológica y posibles casos de trastornos psiquiátricos en contextos como la atención primaria o en población general (70, 71). El GHQ-12, elaborado por Goldberg y Williams (1988) (72), está formado por 12 ítems, siendo 6 de ellos sentencias positivas y 6 sentencias negativas. Para calcular la puntuación total del instrumento GHQ-12, la bibliografía describe tres métodos posibles de puntuación del instrumento (73-75). No hay acuerdo sobre qué método de puntuación es el mejor (70, 76-78). En el presente estudio, se utilizó el “método de puntuación Likert” y el “método de puntuación de GHQ”. En el “método de puntuación Likert”, las respuestas se puntúan a través de una escala tipo Likert de cuatro puntos (i.e., 0, 1, 2 o 3), con un puntaje máximo de 36. En el “método de puntuación GHQ”, cada respuesta se valora con un puntaje de 0 o 1, con un puntaje máximo de 12 (73-75, 79, 80).

Puntos de corte

Teniendo en cuenta que para la validez de criterio se utiliza la relación de la puntuación de cada sujeto con un patrón de referencia que tenga garantías de medir lo que deseamos medir, se tuvo en cuenta como indicadores de referencia el estudio realizado por Fullerton R y col (81). Con la escala de puntuación de GHQ, y a partir de la clasificación de Fullerton se consideraron los valores de 0 a 4 del GHQ como indicadores de ausencia de psicopatología, de 5 a 6 como psicopatología subumbral y de 7 a 12 puntos como indicativos de presencia de psicopatología (81, 82). Asimismo, la distribución de los puntajes de este estudio fue aplicada por Von Korff M, Üstün TB, Florenzano R, Acuña J, Fullerton R y Castro R (83, 84) en investigaciones sobre síntomas psicológicos en atención primaria.

Para algunos autores, el “método de puntuación Likert” tiene una puntuación más satisfactoria que el método GHQ con respecto a la sensibilidad y la

especificidad (70, 73). La puntuación total se calcula sumando las puntuaciones obtenidas en todos los enunciados de la escala (a medida que aumentan las puntuaciones disminuye el nivel de salud mental) (73).

Variables de estudio

En relación al estudio de las características sociodemográficas de la población para describir los determinantes sociales se identificaron las variables sexo, edad, Necesidades Básicas Insatisfechas, tipo de constitución del hogar, lugar de nacimiento, nivel de instrucción y tipo de empleo. En todos los casos se consideraron frecuencias absolutas y relativas. En el caso de la variable edad se categorizó en grupos etarios definidos, tal como se describió, en función de las normas de OMS para la aplicación del CIDI y su posterior contrastación con otros estudios de prevalencia realizados a nivel mundial.

Respecto a los determinantes del sistema de salud, la variable considerada fue tipo cobertura en salud.

En cuanto a los determinantes ambientales las variables descriptas fueron tipo de vivienda, eliminación de excretas, provisión de servicios.

Al momento de realizar el estudio descriptivo, el instrumento CIDI 3.0 proporciona las características sociodemográficas de los consultantes, determinando sexo, edad y estado civil de éstos. También se obtienen los diagnósticos dentro del grupo de los Trastornos Mentales. La variable estudiada es prevalencia de Trastornos de Salud Mental de acuerdo con la CIE-10 y se seleccionaron los trastornos más frecuentes en América Latina como variables de interés (85, 86) . Se estudió la prevalencia en el último mes, en el último año y vida de los grupos y subgrupos de trastornos de salud mental. Dentro de estos trastornos se describió prevalencia de Trastornos Afectivos (del humor) y Trastornos de Ansiedad.;

Registro de datos

El cuestionario fue aplicado por el tesista, quien fue entrenado por un profesional de la salud mental registrado oficialmente como entrenador del CIDI 3.0. Se estimó que la duración de la entrevista oscila entre 30 y 120 minutos de acuerdo a las características de cada paciente. El registro de los datos se realizó en el soporte electrónico que brinda el programa CIDI 3.0.

Análisis de datos

Se calcularon las características generales sociodemográficas de la población estudiada utilizando medidas de estadística descriptiva como proporciones para variables dicotómicas y media y desvío estándar para variables continuas. Se calculó la prevalencia de TM en el último mes, en el último año o alguna vez en la vida (prevalencia vida) así como el correspondiente intervalo de confianza (IC) al 95%. El cálculo se realizó en forma global para cualquier TM y para cada tipo de trastorno por separado. Los cálculos se repitieron estratificando por grupos de sexo.

El análisis estadístico del instrumento GHQ, implicó en primer momento realizar una evaluación psicométrica y estudio de fiabilidad del cuestionario general de salud (GHQ-12) en consultantes adultos del primer nivel de atención en Córdoba, Argentina.

Resguardos éticos

Los resguardos éticos cumplieron lo establecido por la normativa internacional y nacional para el trabajo con seres humanos, se cuenta con aprobación del Comité de Ética (ver anexo).

Limitaciones del estudio

Este estudio se limita a consultantes del sub-sector público de salud, mayoritariamente de sexo femenino, por tanto los datos son extrapolables a

dicha. Otra limitación identificada es que el instrumento fue diseñado para evaluar la prevalencia, no la gravedad del trastorno y las entrevistas no incluye preguntas respecto a tratamientos estandarizados; sin embargo ninguna de estas limitaciones propias del instrumento CIDI 3.0 afecta al presente estudio ya que los objetivos del mismo no están vinculados a lo referido.

RESULTADOS

La presentación de los resultados se desarrolla en dos etapas. La primera donde se describe las condiciones de contexto del Barrio Ituzaingo Anexo, en ésta se tiene en cuenta la caracterización sociodemográfica, sanitaria y epidemiológica. Una segunda etapa de caracterización epidemiológica de la salud mental de la comunidad, a partir de datos primarios tal como se presentó en metodología de este trabajo.

Descripción de las condiciones de contexto

La descripción de los factores condicionantes de salud cobra importancia cuando se piensa en ellos como determinantes sociales del estado de salud de la comunidad. Entre los factores involucrados en el ambiente geográfico, la característica del nivel medioambiental condiciona un determinante de riesgo para la presencia de algunas enfermedades, en tanto que alejan la posibilidad de otras. Así, los lugares de residencia de una población no sólo influye por lo físico y biológico sino también lo hace por lo cultural y social. En este marco, y para cumplimentar el primer objetivo específico referido al análisis de las características sociodemográficas y sanitaria de la comunidad del barrio Ituzaingó anexo, se utilizaron datos secundarios de distintas fuentes de información que contribuyeron a la contextualización del problema en estudio. Para esta caracterización se evaluaron determinantes sociales, descripción de los servicios de salud y determinantes ambientales.

Respecto a los ***determinantes sociales***, el barrio en estudio cuenta con 6.333 habitantes, de los cuales 3.254 son mujeres (66). Los menores de 20 años son 2.429 y los mayores de 69 años 275 personas, correspondiendo el 57% al rango etario de 20 a 69 años (66) (ver **figura 1**). El 82% de la población del barrio es nacido en la provincia de Córdoba (**figura 2**).

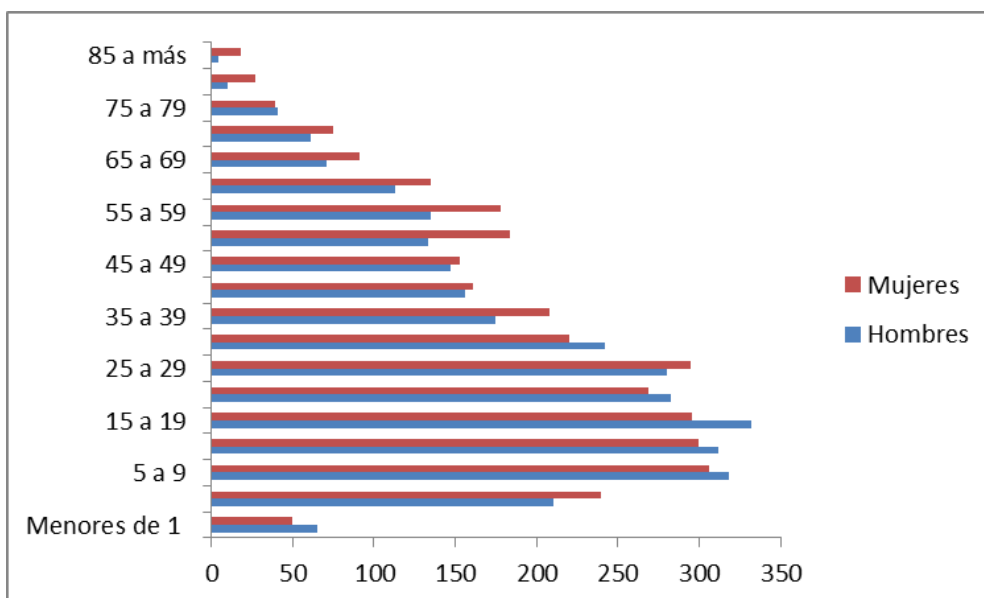


Figura 1: Pirámide poblacional de barrio Itzaingó anexo. Elaboración propia a partir de datos secundarios del Censo Poblacional 2008⁽⁶⁶⁾.

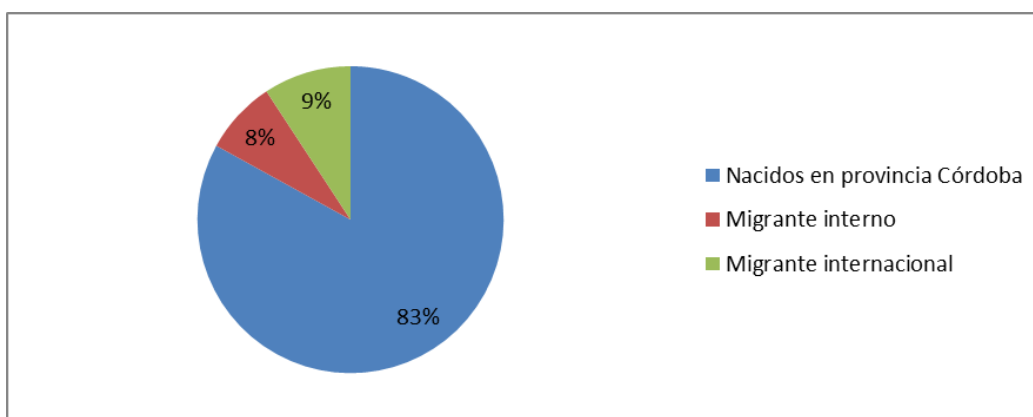


Figura 2: Distribución de población según lugar de nacimiento en Barrio Itzaingó Anexo. Elaboración propia a partir de datos secundarios del Censo Poblacional⁽⁶⁶⁾

Respecto al número de hogares que compone el barrio bajo estudio, son 1.658 de los cuales el 89,57% corresponden a hogares de tipo extendido (66) (ver **tabla 1**) y el 8,75% de los hogares tienen Necesidades Básicas Insatisfechas (66).

Tabla 1: Distribución de tipo hogares de barrio Itzaingó Anexo.

	FA	FR (%)
Hogar Unipersonal	160	9,65
Hogar extendido	1.485	89,57
Hogar compuesto	7	0,42
Hogar multipersonal no familiar	6	0,36
Núcleo completo con hijos, otros familiares y no familiares	0	0,00
	1.658	100

Elaboración propia a partir de datos de fuente Censo 2008⁽⁶⁶⁾.

En cuanto al nivel de instrucción de la población jefes/as de hogar según máximo nivel educativo alcanzado, el 76% no cumple la educación formal obligatoria, de los cuales el 26% cuenta con la escuela primaria incompleta (**figura 3**).

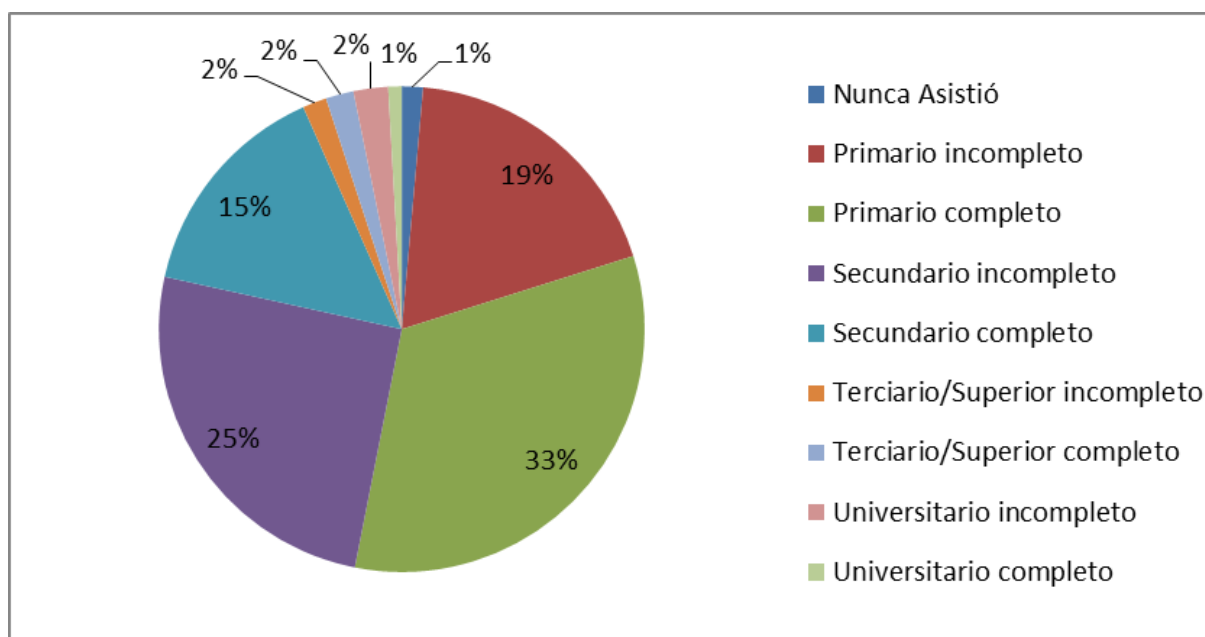


Figura 3: Distribución de máximo nivel educativo alcanzado en jefes/as de hogar del Barrio Itzaingó Anexo.

Elaboración propia a partir de datos secundarios del Censo Poblacional⁽⁶⁶⁾.

Según dato del Censo 2008, la condición de ocupación fue del 44% de la población de 14 años o más (n=4.643) se encuentra desocupada o inactiva (figura 4), siendo significativamente más alta la proporción en mujeres (59%) que en hombres (28%) (p <0,0001). De los 4643 personas que se encuentran en esta condición el 12% son desocupados y el 88%

inactivos (66). Asimismo el 13% de la población de Ituzaingó Anexo tiene necesidad básica insatisfecha, según datos censales del 2008 (66).

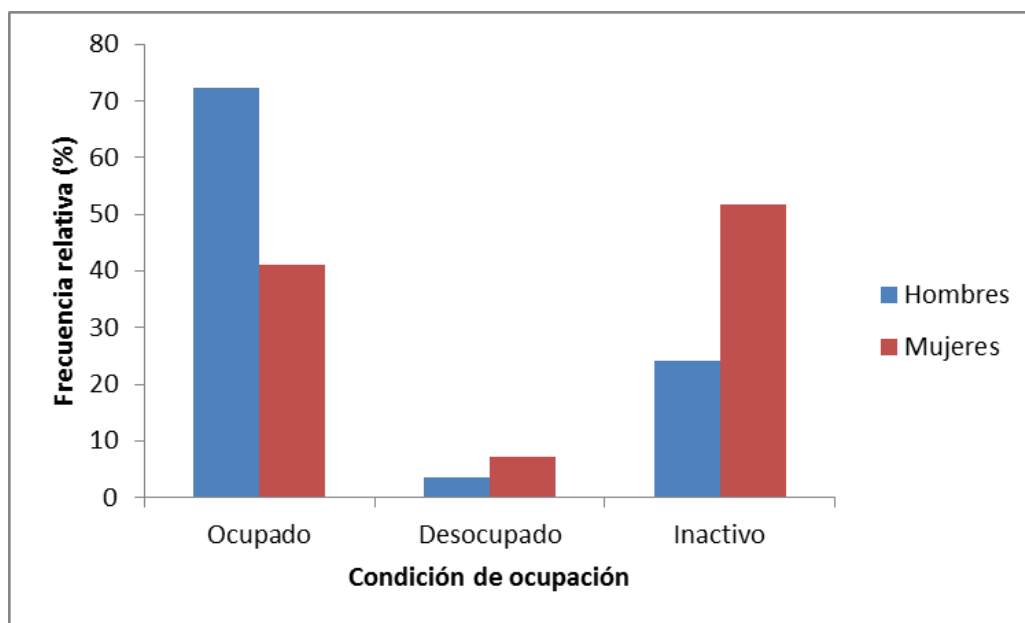


Figura 4: Distribución de condición de ocupación de la población de 14 años o más en Barrio Ituzaingó Anexo.

Elaboración propia a partir de datos secundarios del Censo Poblacional⁽⁶⁶⁾.

En cuanto a los **determinantes del sistema de salud**, uno de las variables consideradas fue la frecuencia de población de barrio Ituzaingó Anexo sin cobertura de salud, obra social o prepaga, la cual fue de 42% (66). A partir de los estudios de relevamiento realizados por el centro de salud, se identifica que el 80% de las personas del barrio dicen tener un centro habitual de asistencia médica, de los cuales la mitad de ellos reconoce al Centro de Salud número 90 como principal centro de atención (87). El centro de salud cuenta y ofrece los servicios de medicina familiar y general, odontología, enfermería, trabajo social y teco ginecología.

Respecto a los **determinantes ambientales** en barrio Ituzaingó Anexo se estudiaron las características de la vivienda, de las cuales el 93,14% son tipo casa. A partir de datos de relevamiento del equipo de salud local del barrio (87), se identificó que el 96% de los hogares posee baño con

inodoro y descarga de agua; el 94% de estos con ubicación dentro de la casa, mientras que el 2,5% tiene letrina o pozo y el 1% no tiene baño. El mismo trabajo refleja que 102 hogares se encuentran en condiciones de hacinamiento, lo que implica un 9,1% de los hogares encuestados (87).

En cuanto a la provisión de servicios, el 68% de los hogares no tiene gas natural, utilizando garrafas para la cocción de alimentos en el 96,8% de los hogares y para la calefacción el 48,4% utiliza energía eléctrica, el 26,5% garrafa, el 15% no utilizar ningún combustible y el 7,3% leña (87). En cuanto al agua potable, el 99,1% de los hogares tiene agua de red, con cañería intradomiciliara (94,6%) (87).

Datos originados por el equipo de salud local del barrio Ituzaingó Anexo, identifican que el 83,2% de los entrevistados reconoce que utiliza plaguicidas en el ámbito doméstico, 36% de los cuales reconoce que los utiliza todos los días (87).

Para cumplimentar el objetivo dos y tres, tal como se mencionó en metodología se realizó este estudio a partir de datos primarios, a través de la aplicación del instrumento CIDI 3.0.

Característica sociodemográfica de la muestra estudiada

Para este estudio se seleccionaron consultantes de primer nivel de atención de un barrio bajo emergencia, solo uno no cumplió con los criterios de inclusión y de los 100 entrevistados finales todos lograron completar el cuestionario. De 100 consultantes, el 85% de ellos fueron de sexo femenino.

La media de edad fue de 36,12 (DE±13,37) (figura 5), respondiendo a distribución simétrica ($p < 0,001$), con un rango de edad de 19 a 65 años, siendo para el sexo femenino de 35,94±3,4 y de 37,13±3,4 para el sexo masculino.

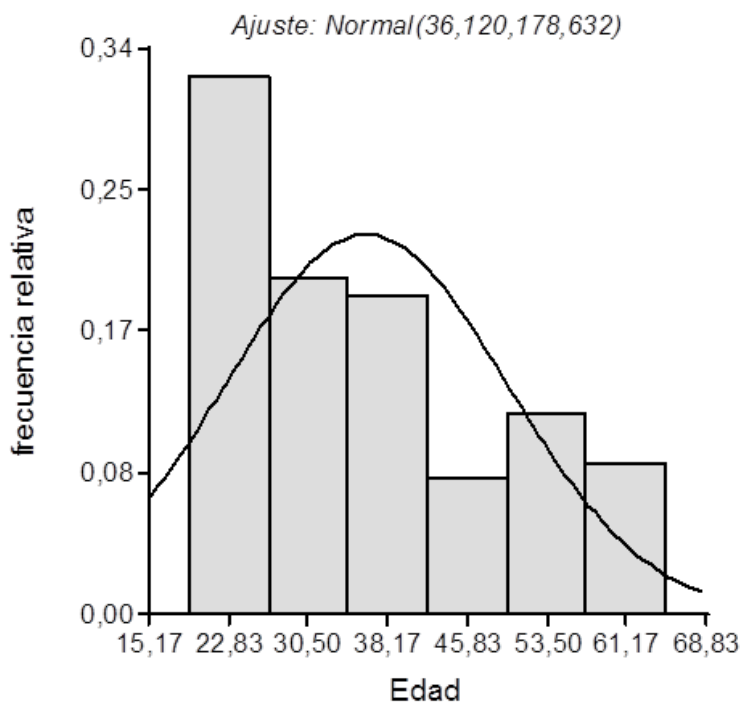


Figura 5: Distribución de la media de edad en la muestra estudiada.

A partir de este resultado, se realizó una categorización del grupo de consultantes adultos, dividiéndolos en adultos jóvenes, adultos medios y adultos maduros, desde los 50 años (88). Así se evidenció que el 63% de los consultantes eran adultos jóvenes, es decir de 19 a 39 años, 16% adultos medios, en un rango de 40 a 49 años y 21% adultos maduros que representan los mayores de 50 años.

En cuanto al estado civil más frecuente de los entrevistados, se identificó que el 46% se define como soltero ante la pregunta de estado civil y el 33% casados (**figura 6**). Del 67% que no está casado, vive actualmente en relación de pareja el 50,75% (**figura 7**). A partir de estas variables, se generó una nueva categoría, identificándose que el 67% de los entrevistados viven en relación de pareja.

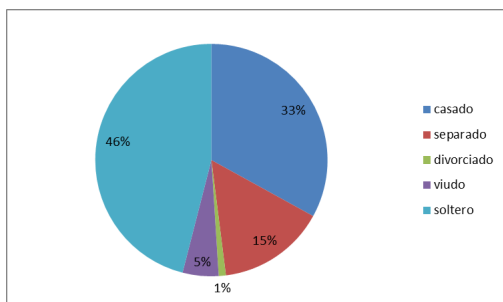


Figura 6: Distribución del estado civil de los entrevistados.

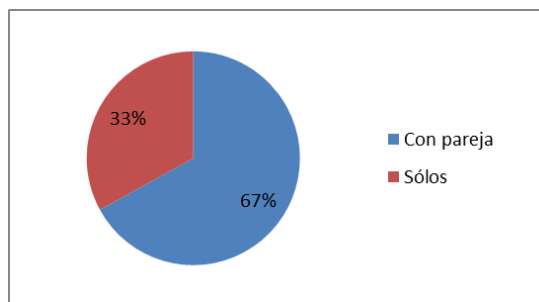


Figura 7: Distribución de las personas no casadas que viven actualmente en relación de pareja

Tabla 2: características sociodemográficas de los consultantes del centro de salud de barrio Ituzaingó Anexo (n=100).

		Frecuencia relativa (%). n=100
Género	Masculino	15%
	Femenino	85%
Edad	Adultos Jóvenes (19 a 39 años)	63%
	Adultos medios (40 a 49 años)	16%
	Adultos maduros (50 a 65)	21%
Pareja o no pareja	Tiene pareja	67%
	No tiene pareja	33 %

Prevalencias de trastornos mentales en consultantes de un barrio bajo emergencia de la ciudad de Córdoba

En cuanto a la prevalencia de los trastornos psiquiátricos estudiados, se estudiaron las frecuencias de los trastornos de salud mental según prevalencia vida (episodio alguna vez en la vida), año (episodio en el último año) y mes (episodio en el último mes).

En la **tabla 3 y 4** se evidencian los resultados de prevalencia vida de trastornos mentales en el grupo de estudio, registrándose 28 episodios de algún tipo de trastorno alguna vez en la vida. Cuando se estudia prevalencia vida, se evidencia que el 28% (n=28) de la población tuvo algún episodio de algún tipo de trastorno salud mental a lo largo de su vida. Lo que se

corresponde a una prevalencia del 12% de trastornos del humor y 22% de trastornos neuróticos. Se evidencia que los ataques de pánico (16%) y los trastornos depresivos fueron los trastornos más frecuentes (10%), ver tabla 3. Asimismo la prevalencia vida según sexo fue de 30,59% en mujeres y de 13,33% en varones.

Tabla 3: Prevalencia vida de trastornos de salud mental en consultantes del primer nivel de atención del barrio Ituzaingó según CIE-10

Prevalencia vida de trastornos de salud mental		
	n	% (IC 95%)
Trastornos mentales (n=100)	28	28 (49,5 - 37,9)
Trastornos del humor (afectivos)	12	12 (6,3 - 20,0)
Manía	4	4 (1,1 -9,9)
Hipomanía	4	4 (1,1 -9,9)
Episodio depresivo mayor	5	5 (1,6 - 11,3)
Episodio depresivo moderado	2	2 (0,2 - 7,0)
Episodio depresivo menor	3	3 (0,6 - 8,5)
Distimia	4	4 (1,1 -9,9)
Trastornos de la ansiedad	22	22 (14,3 -31,4)
Agorafobia sin desorden de pánico	3	3 (0,6 - 8,5)
Fobia social	2	2 (0,2 - 7,0)
Trastorno del pánico	1	1 (0,0 -5,4)
Trastorno de ansiedad generalizada	4	4 (1,1 -9,9)
Trastorno obsesivo-compulsivo	0	0 (0 -3,6)
Trastorno post-traumático del stress	2	2 (0,2 - 7,0)

Tabla 4: Prevalencia vida, según sexo, de trastornos de salud mental en consultantes del primer nivel de atención de un barrio bajo emergencia sanitaria de la ciudad de Córdoba según CIE-10

	Prevalencia vida de trastornos de salud mental (%)		
	Masculino (n=15)	Femenino (n=85)	Total
Trastornos del humor (afectivos)			
Episodio maníaco	4,00	4,70	4,00
Hipomanía	4,00	4,70	4,00
Episodio depresivo mayor	0,00	5,90	5,00
Episodio depresivo leve	6,70	2,40	3,00
Episodio depresivo moderado	0,00	2,40	2,00
Distimia	0,00	4,70	4,00
Trastornos de la ansiedad			
Agorafobia sin desorden de pánico	0,00	3,52	3,00
Fobia Social	0,00	2,40	2,00
Ataque de pánico	6,70	17,60	16,00
Trastorno del Pánico	0,00	1,20	1,00
Trastorno de ansiedad generalizada	0,00	4,70	4,00
Trastorno obsesivo-compulsivo	0,00	0,00	0,00
Trastorno post-traumático del stress	0,00	2,40	2,00

Respecto a la frecuencia de aparición de trastornos de salud mental a lo largo de la vida, el 10% de los entrevistados presentaron algún episodio en la vida de Depresión.

Respecto al 10% de los consultantes con algún estado de Depresión en su vida, correspondió el 5% de los casos a Depresión Mayor, 2% a Depresión Moderada y 3% a Depresión Menor. Al estudiar esta variable según sexo, se evidencia que de todos los consultantes al primer nivel de atención del barrio en estudio, presentaron a lo largo de su vida algún episodio de Depresión, el 90% correspondió a mujeres. Así, de las 85 mujeres entrevistadas el 16,27% presentó algún episodio de Depresión a lo largo de su vida y de los 15 consultantes de sexo masculino el 10% presentó algún episodio de Depresión en su vida. Cuando se relacionaron estas variables según estado civil, se observó que el 80% de todos los consultantes que tuvieron un episodio depresivo a lo largo de la vida estaban en pareja. Asimismo de todas las mujeres con algún episodio depresivo en la vida, el 77,78% estaba en pareja.

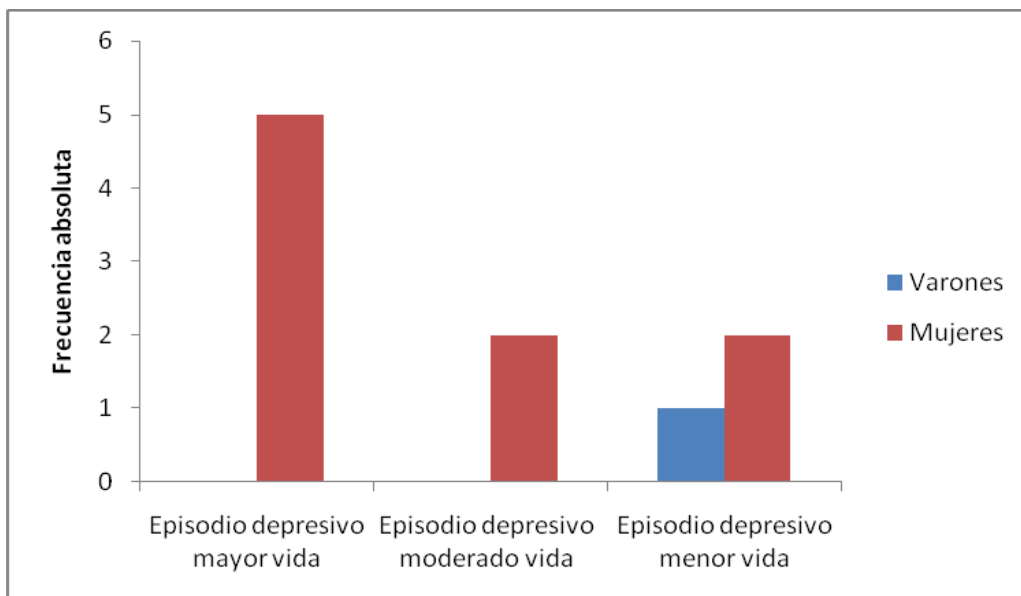


Figura 8: Distribución de prevalencia vida de episodios depresivos en consultantes del Centro de Salud del Barrio Itzaingó Anexo.

La media de edad para cualquiera de los trastornos mentales vida, es de $35,75 \pm 12,33$ años, siendo que 64,29% ocurren en el grupo de adultos jóvenes (ver figura 9). Para los Trastornos Neuróticos vida, la media de edad fue de $33,91 \pm 11,65$ años y para los Trastornos de Humor vida fue de $35,83 \pm 13,27$.

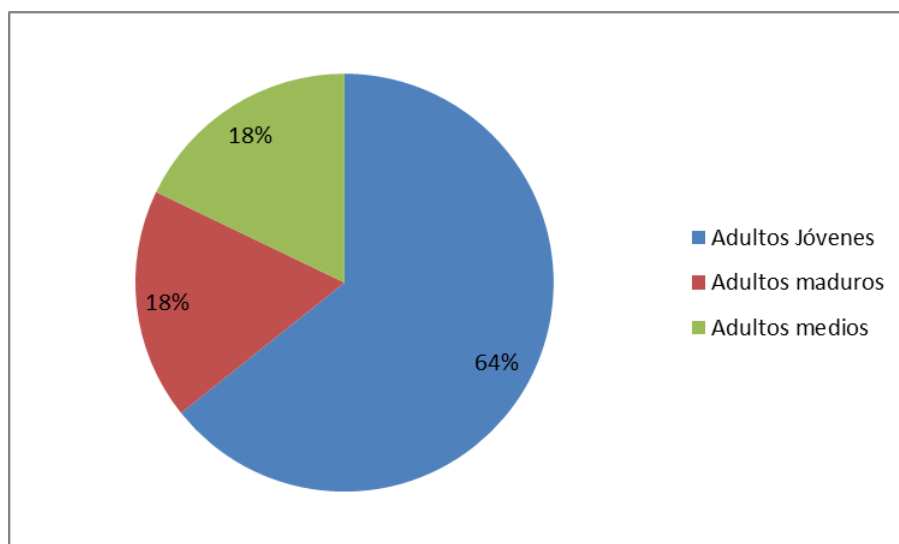


Figura 9: Distribución de trastornos mentales según grupo etario en consultantes del Centro de Salud del Barrio Itzaingó Anexo.

El 6% de la población tuvo comorbilidad de algún trastorno del humor vida con algún trastorno neurótico vida y el 1% de la población estudiada tuvo un trastorno depresivo vida y trastorno de ansiedad generalizado. Asimismo al evaluar las comorbilidades, se identificó que del 100% de los consultantes al primer nivel de atención del barrio Ituzaingó Anexo que tuvieron trastornos hipomaníacos vida y de aquellos que tuvieron trastornos maníacos vida, ninguno presentó un trastorno de ansiedad generalizada. Por otro lado se evaluó los trastornos de ansiedad generalizada vida con ataques de pánico vida, y se evidenció que en ninguno de los casos estas variables se presentan en el mismo caso. El 40% de los consultantes que presentaron trastornos depresivos mayor vida tuvo ataque de pánico.

Al cruzar la variable ataque de pánico vida según sexo (n=16), se evidenció que el 93,75% de los mismos ocurrió en mujeres y el 62,5% en adultos jóvenes.

También se analizaron la presencia de trastorno postraumático con algún tipo de trastorno del humor y neurótico, y se encontró un caso que tuvo un este tipo de trastorno vida y fobia social vida.

La **tabla 5** presenta las frecuencias expresadas en porcentaje de los trastornos estudiados según prevalencia en el último año (12%) y el último mes (4%).

Con respecto a la prevalencia del último año, se identificó que los trastornos del grupo de los Trastornos Neuróticos, los relacionados con el estrés y los somatomorfos fueron del 5%, siendo los ataques de pánico los más frecuentes dentro de este grupo (3%). Los trastornos del humor, prevalencia año, fue de 7%; dentro de este grupo la frecuencia de algún tipo de depresión fue de 6%.

De todos de prevalencia año en depresión identificados el 66,67% fue en adultos jóvenes el 16,67% en adultos medios y 16,67% en adultos maduros.

No se evidenció asociación entre tener trastornos del humor y neurótico año.

Al evaluar la prevalencia de Trastornos Mentales en el último año según grupo etario, se evidenció que el 75% de los casos se presentaron en el grupo de adultos jóvenes, 17% en el grupo de adultos medios y 8% en el grupo de adultos maduros. Siendo que del total de adultos jóvenes estudiados el 14% presentó un episodio de TM en el último año y el 13% de los adultos medios.

Prevalencia mes de algún trastorno de salud mental: se evidencia que el 4% de la población tuvo algún episodio de algún tipo de trastorno de salud mental a lo largo del último mes. Respecto a los Trastornos de Salud Mental en el último mes, se observó que el 2% de los entrevistados presentó algún trastorno del humor y el 2% presentó trastornos de tipo neurótico. De este último grupo, el 2% de los entrevistados presentó un ataque de pánico en el último año.

No se encontraron diferencias en los trastornos mentales vida, año y mes estudiados según la variable pareja o no.

Tabla 5: Prevalencia de trastornos de salud mental en el último año, en consultantes del primer nivel de atención de un barrio bajo emergencia sanitaria de la ciudad de Córdoba según CIE-10

	Prevalencia año de trastornos de salud mental	
	N	% (IC 95%)
Trastornos mentales (n=100)	12	12 (6,3 - 20,0)
Trastornos del humor (afectivos)	7	7,0 (2,9 - 13,9)
Manía	2	2 (0,2 – 7,0)
Hipomanía	2	2 (0,2 – 7,0)
Episodio depresivo mayor	3	3 (0,6 – 8,5)
Episodio depresivo moderado	1	1 (0,0 – 5,4)
Episodio depresivo menor	2	2 (0,2 – 7,0)
Distimia	3	3 (0,6 – 8,5)
Trastornos de la ansiedad	5	5,0 (1,6 - 11,3)
Agorafobia sin desorden de pánico	1	1 (0,0 – 5,4)
Fobia social	2	2 (0,2 – 7,0)
Trastorno del pánico	1	1 (0,0 – 5,4)
Trastorno de ansiedad generalizada	0	0 (0,0 – 3,6)
Trastorno obsesivo-compulsivo	0	0 (0,0 – 3,6)
Trastorno post-traumático del stress	0	0 (0,0 – 3,6)

Tabla 6: Prevalencia de trastornos de salud mental en el último mes, en consultantes del primer nivel de atención de un barrio bajo emergencia sanitaria de la ciudad de Córdoba según CIE-10

	Prevalencia mes de trastornos de salud mental	
	N	% (IC 95%)
Trastornos mentales (n=100)	2	2 (0,2 – 7,0)
Trastornos del humor (afectivos)	2	2 (0,2 – 7,0)
Manía	0	0 (0,0 – 3,6)
Hipomanía	0	0 (0,0 – 3,6)
Episodio depresivo mayor	1	1 (0,0 – 5,4)
Episodio depresivo moderado	0	0 (0,0 – 3,6)
Episodio depresivo menor	1	1 (0,0 – 5,4)
Distimia	2	2 (0,2 – 7,0)
Trastornos de la ansiedad	2	2 (0,2 – 7,0)
Agorafobia sin desorden de pánico	0	0 (0,0 – 3,6)
Fobia social	0	0 (0,0 – 3,6)
Trastorno del pánico	2	2 (0,2 – 7,0)
Trastorno de ansiedad generalizada	1	1 (0,0 – 5,4)
Trastorno obsesivo-compulsivo	0	0 (0,0 – 3,6)
Trastorno post-traumático del stress	0	0 (0,0 – 3,6)

Tabla 7: Prevalencia de trastornos de salud mental en el último año y último mes, según sexo, en consultantes del primer nivel de atención de un barrio bajo emergencia sanitaria de la ciudad de Córdoba según CIE-10

	Prevalencia de Trastornos de Salud Mental, en el último año (%)			Prevalencia de Trastornos de Salud Mental, en el último mes (%)		
	Masculino	Femenino	Total	Masculino	Femenino	Total
Trastornos del humor (afectivos)						
Episodio maníaco	0,00	2,40	2,00	0,00	0,00	0,00
Hipomanía	0,00	2,40	2,00	0,00	0,00	0,00
Episodio depresivo mayor	0,00	3,50	3,00	0,00	1,20	1,00
Episodio depresivo leve	6,70	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00
Episodio depresivo moderado	0,00	2,40	2,00	0,00	1,20	1,00
Distimia	0,00	3,50	3,00	0,00	2,30	2,00
Trastornos de la ansiedad						
Agorafobia sin desorden de pánico	0,00	1,20	1,00	0,00	0,00	0,00
Fobia Social	0,00	2,40	2,00	0,00	0,00	0,00
Ataque de Pánico	0,00	3,50	3,00	0,00	2,40	2,00
Trastorno del Pánico	0,00	1,20	1,00	0,00	1,20	1,00
Trastorno de ansiedad generalizada	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Trastorno obsesivo-compulsivo	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Trastorno post-traumático del stress	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Teniendo en cuenta el análisis del GHQ según la puntuación Likert y la de Goldberg, se evidenció que la media para la primera fue de $15,3 \pm 0,48$ y de $4 \pm 0,31$ para la segunda.

Particularmente al evaluar la variable trastorno por estrés postraumático se evidenciaron 3 casos, prevalencia vida. De los cuales dos fueron en mujeres y un varón. Al evaluar la prevalencia año de este trastorno, no se encontraron casos.

DISCUSIÓN

El análisis de prevalencia de trastornos mentales, realizado en un barrio bajo emergencia sanitaria de la ciudad de Córdoba, se encuentra incluido en el marco de un estudio de prevalencia en la esta ciudad. Este estudio marco, que da origen a la presente tesis, es el más reciente estudio con estas características desde el año 1979 (89, 90), y permitió establecer un diagnóstico epidemiológico de los de trastornos mentales, mediante una entrevista estructurada.

Los trastornos mentales tienen un fuerte impacto sobre la vida de los individuos, la familia y la comunidad, y están condicionados por determinantes sociales, de los servicios de salud y ambientales.

En este contexto, respecto a los determinantes sociales identificados en resultados a partir de los datos del Censo 2010 (91) y 2008 (66), son coincidentes con estudios de fuente primaria realizados por otros autores (87, 92) que caracterizaron vulnerabilidad social en el sector.

Es estrecha y bien definida la relación directa existente entre los determinantes de salud de una comunidad y las características sociodemográficas de la misma. En relación a esta caracterización sociodemográficas, el equipo de salud local manifiesta que la población actual de Ituzaingó Anexo se ha reducido un 20% en relación a la misma población en el año 2001. A su vez, existen cambios en la estructura de la pirámide poblacional, la cual presenta un estrechamiento en el grupo de 40 a 44 años, tanto en varones como en mujeres, lo que podría deberse a una emigración de adultos jóvenes (87).

Los resultados del presente estudio respecto a la condición de ocupación de la población, reflejan que el 44% de la misma se encuentra desocupada o inactiva, y de ese total el 12% son desocupados. Estos resultados son coincidentes con otros autores (92), quienes identifican que la tasa de desempleo es del 11,1%, lo que representa un valor menor a la media provincial y nacional, y que los jubilados o pensionados representan prácticamente la misma proporción, siendo más alto el porcentaje entre las mujeres; lo que probablemente se daba a la jubilación de ama de casa.

El indicador de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) es un método directo para identificar carencias críticas en una población y caracterizar la pobreza (93). Respecto a este indicador el presente estudio identificó que en barrio Ituzaingó Anexo el promedio de hogares con Necesidades Básicas Insatisfechas es del 8,75% a partir de los datos del Censo 2008. Valores por encima del promedio para la ciudad de Córdoba (6,65%) y para la provincia de Córdoba (6,61%) para el mismo año (66) y por debajo del porcentaje de hogares con Necesidades Básicas Insatisfechas país para el año años 2001 (14,3%) (94) y 2010 (9,1%) (91).

Es a partir de ésta caracterización sociodemográfica, que se puede presentar a Ituzaingó Anexo como un barrio donde se pueden identificar componentes compatibles con una situación de vulnerabilidad social, percibiendo conceptualmente a ésta como el “Estado de los hogares que varía en relación inversa a su capacidad para controlar las fuerzas que modelan su propio destino, o para contrarrestar sus efectos sobre el bienestar” (95). La vulnerabilidad social representa una condición, dinámica desde su concepción, en la que se identifican componentes relacionados tanto a los determinantes sociales de la salud como al sistema sanitario en sí mismo. A su vez, habiendo ya planteado la íntima relación entre determinantes ambientales y salud integral de las personas, resulta impostergable ejemplificar los condicionantes ambientales presentes en la comunidad en estudio. Resultados a partir de fuentes secundarias revelan que más del 80% de los entrevistados por el equipo de salud local utiliza plaguicidas de tipo domiciliario. En relación a la utilización de plaguicidas en este barrio, existe una ordenanza municipal, N° 10.505 del año 2002 (63) en la que se declara en estado de emergencia sanitaria a este barrio de la ciudad de Córdoba. Asimismo y a posterior, la ordenanza N° 10.590 del 9 de enero de 2003 y en concordancia con la del año anterior, se prohíbe la aplicación de plaguicidas o biocidas químicos mediante fumigación terrestre o aérea, cualquiera sea su tipo y dosis, a menos de dos mil quinientos (2.500) metros de cualquier vivienda o grupos de viviendas de ese sector poblado, disposiciones que tenían carácter de orden público, y que fueran

difundidas a la población en general (96). Las distintas comunidades tienen una potencial vulnerabilidad a circunstancias adversas en distintos grados, ya sean desastres naturales, crisis financieras, conflictos armados, poblaciones específicas como grupos minoritarios, como así también a los cambios sociales, económicos y medioambientales a mediano o largo plazo. Sin embargo, algunas personas o comunidades pueden ser más vulnerables que otras, dependiendo de diversos factores protectores con los que cuenten. Así, el Informe sobre Desarrollo Humano 2014 (97) “Sostener el Progreso Humano: Reducir vulnerabilidades y construir resiliencia” refiere que la mayoría de los países ha registrado un desarrollo humano significativo pero se están perdiendo vidas y se están socavando medios de subsistencia y desarrollo por motivo de catástrofes y crisis naturales o inducidas por los seres humanos. Así, mientras que gran parte de las comunidades son vulnerables a riesgos ambientales, algunas sobrellevan menos daños y se recuperan más rápidamente que otras; definiéndose la vulnerabilidad y la resiliencia (97).

Una sociedad en situación de vulnerabilidad social por las razones previamente descritas, tiene más probabilidad de aumentar la prevalencia de algunos trastornos mentales (98). Es así que diversos autores relacionan la vulnerabilidad social con aumento de prevalencia de trastornos como por ejemplo el episodio depresivo. Entre ellos, Bello y col en el año 2005, a través de un estudio realizado en un país en vías de desarrollo como México, remarcan la asociación entre vulnerabilidad social y una alta prevalencia de depresión en adultos (98).

Se considera necesario aclarar que la discusión de este estudio se focaliza en prevalencia de otros países ya que en Argentina solo se cuenta con estimaciones matemáticas del año 2010 (99) y los recientes estudios en el que se enmarca el presente estudio (100, 101).

Estudios epidemiológicos actuales a nivel mundial, estiman que al menos el 25% de las personas padecen uno o más trastornos mentales o del comportamiento a lo largo de la vida (102). En 2015, Murray y col. publicaron un estudio de transición epidemiológica en 188 países en el cual

se evidencia que los trastornos de salud mental y uso de sustancias fueron responsables de 157,9 millones de AVAD perdidos en el año 2005, y de 173,2 millones en el año 2013, lo cual representa un aumento del 9,7% (103). Kohn R y col en el 2005 realizaron una recopilación de la mayoría de los estudios epidemiológicos realizados en los últimos 20 años en América latina y el caribe, permitiendo una apreciación de la frecuencia de los trastornos mentales en la región (104).

El instrumento utilizado para el presente trabajo fue aplicado en diversos países con el objetivo de medir la prevalencia comunitaria de trastornos mentales. En un estudio que resulto de la comparación de su aplicación en los países de Canadá, Estados Unidos de América, México, Brasil, Alemania, Países Bajos y Turquía, se encontraron importantes diferencias en las prevalencias de trastornos de ansiedad, trastornos asociados al uso de sustancias y trastornos del estado de ánimo; variando en una prevalencia vida para cualquier trastorno de entre 12,2 para Turquía a 48,6 para Estados Unidos (105). Comparando esos resultados con los obtenidos en este estudio en barrio Ituzaingó Anexo, se revela una prevalencia vida de los trastornos mentales del 28%, mientras que para la ciudad de Córdoba fue de 42,06% (106). Por otro lado respecto a la frecuencia de aparición de algún Trastorno depresivo en la vida representa el 10% de los consultantes del barrio, mientras que en los consultantes de la ciudad de Córdoba en general fue del 16, 44% (106).

Según estimaciones del Ministerio de Salud de la Nación, para el año 2010 a partir de la población total de adultos de 15 años y más en Argentina, el 21% de esta (6.193.979) padece algún tipo de trastorno mental (99). El valor estimado para población general es próximo al identificado en el presente estudio de investigación, donde la prevalencia vida hallada fue del 28%.

Según las previamente citadas estimaciones del Ministerio de Salud de la Nación, para población general, el alcoholismo alcanza un 27,5%, lo que equivale a 1.438.785 de hombres afectados y 219.536 de mujeres; seguido por la depresión mayor con 26,5%, y en tercer y cuarto lugar los

trastornos post traumático y la ansiedad generalizada con 7,4% y 6,4% respectivamente. Cuando se evaluó el tipo de trastornos mentales en los consultantes del primer nivel de atención en Barrio Ituzaingó, en primer lugar se identificó los ataques de pánico, seguido de episodios depresivos.

En cuanto al sexo, y tal como se presentó en el capítulo de resultados la prevalencia vida y año según sexo revela que todos los trastornos evaluados reflejaron una mayor prevalencia en mujeres, salvo el “episodio depresivo leve” que fue más prevalente en hombres, con un total del 3%. Esto se asimila a lo expresado por el Ministerio de Salud de la Nación, en sus estimaciones de Trastornos Mentales para la población general, donde refiere que las mujeres aparecen mayoritariamente afectadas en todas las patologías mentales investigadas, excepto en las correspondientes a alcohol y drogas.

A pesar de que los resultados de ambos estudios no sean perfectamente comparables, por tratarse de un instrumento de screening estructurado contra una estimación matemática, resulta de gran interés contrastarlos, para tener una aproximación de cuánto se ajustan dichas estimaciones a las prevalencias reales.

En el presente estudio, la media de edad para cualquiera de los trastornos mentales vida, es de $35,75 \pm 12,33$ años, siendo que 64,29% ocurren en el grupo de adultos jóvenes. Este porcentaje correspondiente al mencionado grupo etario es similar al relevado por Fiestas y Piazza en Perú (86), donde el grupo de adultos jóvenes se lleva el 62,1% de los trastornos de salud mental considerados en su totalidad.

Además, es interesante en el estudio recién mencionado, el dato del riesgo proyectado de haber tenido cualquier trastorno de salud mental en algún momento de la vida de la persona al llegar a los 65 años, momento en que se estimó que el 39,2% habría sufrido cualquier trastorno a lo largo de su vida. Mientras tanto, en este estudio realizado en un barrio vulnerable de la ciudad, cerca del 36% de las personas de entre 40 y 65 años ha sufrido efectivamente de algún trastorno mental a lo largo de su vida.

Según los datos extraídos, respecto de la prevalencia vida de trastornos mentales, el 28% de la población tuvo algún episodio de trastorno mental alguna vez en su vida. De estos, el 12% de los entrevistados presentaron algún trastorno del humor, y el 22% presentó algún trastorno de ansiedad, en toda su vida. Diversos estudios epidemiológicos han estimado que el 32,7% de las personas podrían sufrir algún trastorno mental a lo largo de su vida (107).

Con respecto a la prevalencia del último año, se identificó que el 12% de los encuestados presentó algún trastorno de salud mental en el último año. Siendo que los trastornos del grupo de los trastornos de la ansiedad fueron del 5% y la prevalencia año de los trastornos del humor, fue de 7%; y dentro de este grupo la frecuencia de algún tipo de depresión fue de 6%. Así se evidencia que la prevalencia encontrada en los consultantes de este barrio bajo emergencia sanitaria de la ciudad de Córdoba, fue similar a la encontrada en San Pablo (7%) (108) y menor a la de Colombia (10%) (109).

En cuanto a la prevalencia de episodios depresivos en el último año relacionados con la edad los resultados encontrados demuestran que la mayoría de los casos se identifican en adultos jóvenes, al contrario de lo que presentan en el estudio de Gómez Restrepo en 2004, donde los síntomas de depresión tienen aumentar con la edad.

Al evaluar la prevalencia de trastornos mentales en el último año según grupo etario, se evidenció que el 75% de los casos se presentaron en el grupo de adultos jóvenes, 17% en el grupo de adultos medios y 8% en el grupo de adultos maduros.

Analizando la prevalencia mes de algún trastorno mental, se evidencia que el 2% de la población tuvo algún episodio de algún tipo de trastorno de salud mental a lo largo del último mes. También se observó en relación a la prevalencia mes, que el 2% de los entrevistados presentó algún trastorno del humor y el 2% presentó trastornos de tipo ansiedad. De este último grupo, el 2% de los entrevistados presentó un ataque de pánico en el último año.

No se encontraron diferencias en los trastornos mentales vida, año y mes estudiados según la variable pareja o no.

Asimismo, los síntomas de Trastornos de Salud Mental se evaluaron a través de la versión del CIDI 3.0 (110, 111), que incluyeron la versión en español del GHQ-12. Éste es un instrumento de cribado para detectar morbilidad psicológica y posibles casos de trastornos psiquiátricos en el primer nivel de atención, que tiene por objetivo evaluar síntomas psicopatológicos en población general (72). Teniendo en cuenta el análisis del GHQ según la puntuación Likert y la de Golberg, se evidenció que la media para la primera fue de $15,3\pm 0,48$ y de $4\pm 0,31$ para la segunda.

Particularmente al evaluar la variable trastorno por estrés postraumático se evidenciaron 3 casos, prevalencia vida. De los cuales dos fueron en mujeres y un varón.

Esa coyuntura traumática desarrollada en barrio Ituzaingo Anexo, al que ya se caracterizó como un área en situación de vulnerabilidad social, puede presuponer un gran impacto en el estado de Salud Mental de la comunidad. Sin embargo, los datos de prevalencia de TMyC detectados en los resultados de este trabajo, no reflejan el impacto esperable en el contexto descrito. De esta manera, surge la necesidad de introducir el concepto de resiliencia como posible elemento protector ante la situación desfavorable presentada.

Barrio Ituzaingó Anexo ha sufrido a partir de 2001 un trauma agudo, fruto de su problemática ambiental. La conclusión de que este barrio es una comunidad traumatizada se cimienta en ciertas características que lo diferencian respecto de otros, las cuales resulta interesante dimensionar.

Estudios previos revelan que aproximadamente 1 persona sobre 4 acude menos de una vez al año al centro de salud, mientras el 24% necesita atención más de 6 veces al año. En este último grupo figuran los niños menores de 1 año por sus controles periódicos, y las mujeres sobre todo a partir de los 50 años (87). Esto explica parcialmente la marcada diferencia a favor del sexo femenino entre los usuarios del instrumento seleccionado para confeccionar el presente estudio.

El estudio realizado por el equipo de salud local, evidenció resultados que identifican que dos personas sobre tres en el Barrio Ituzaingó Anexo reconocen que hay problemas ambientales en el sector, mientras que un 31% cree que no existen, y el 2% restante no se pronuncia. Del 67% de las personas que respondió afirmativamente respecto a la problemática ambiental, según el relevamiento realizado por el municipio, el 36% identificó los plaguicidas como el principal factor, seguido de la contaminación en general (18%); olores (16%) y problemas de salud (7%). Un 23% nombró problemas varios, entre los que podemos mencionar: las fábricas (6%), la basura (6%) y los transformadores (4%). Todos los entrevistados señalaron los impactos en la salud; sin embargo, un 35% habló de problemas de salud en general, un 34% nombró el cáncer y la leucemia, y un 18% señaló los problemas respiratorios. Entre el 13% que dijo otras consecuencias, se destacaron las enfermedades de piel y las alergias (87). Asimismo, entre la fuente de información acerca de las problemáticas ambientales, se identificó al equipo de salud local como la fuente de información más buscada (19%), el 17% lo hace en los medios, el 16% en el centro vecinal, el 15% en las escuelas, el 12% en la iglesia y el 6% en el grupo de madres.

En ese contexto, la diferencia en los resultados de prevalencia año de trastornos mentales en este barrio signado por acontecimientos traumáticos, al ser comparados con los de la ciudad de Córdoba, fue significativa. Esa diferencia conduce al desglose de la variedad de respuestas del ser humano ante la experiencia traumática.

Múltiples estudios epidemiológicos indican que los problemas de salud mental son una de las principales causas de morbilidad en las sociedades actuales, con las subsecuentes limitaciones, y por lo tanto es necesario priorizar la salud mental como un asunto a resolver con una perspectiva de salud pública en función de la importancia social y económica de esta problemática (104, 112). Dada la magnitud de esta problemática, su

etiología multifactorial, la estigmatización y la discriminación generalizada que conlleva, la respuesta más adecuada para la comunidad es una estrategia integral de la problemática y sus condicionantes de la salud, desde la perspectiva de la Salud Pública (113). Estudios realizados en diversos países revelan que es indispensable considerar el efecto que tiene ciertos condicionantes sobre la salud (114), entre ellos los contextos del barrio sobre las personas (115). Esto se ha reflejado en la necesidad de tomar en cuenta no sólo las características individuales, sino también características de los grupos o contextos a los que los individuos pertenecen para comprender la distribución de la salud y la enfermedad (116, 117). El interés en los barrios y la salud, ha sido impulsado por varias tendencias interrelacionadas dentro la salud pública y la epidemiología, ya que los barrios son potenciales contextos pertinentes, ya que poseen características físicas y sociales que podrían plausiblemente afectar a la salud de las personas (114).

En América Latina se han llevado a cabo varias investigaciones en la última década sobre salud mental y contextos barriales, que aportaron importante información epidemiológica (118, 119). Sin embargo, en Argentina, es limitada la información epidemiológica en salud mental (120) y de estudios que aborden esta temática teniendo en cuenta los condicionantes barriales de la misma. Es fundamental para el avance hacia la implementación de políticas públicas en salud mental adecuadas, conocer la prevalencia de trastornos mentales y los factores condicionantes de los mismos, y ni en Argentina, ni en Córdoba se cuentan con estudios desde esta perspectiva.

CONCLUSIÓN

- El 28% de la población estudiada tuvo algún trastorno mental alguna vez en su vida.
- El 12% (IC95% 6,3 - 20,0) de los consultantes del primer nivel de atención sufrió algún trastorno de salud mental y del comportamiento en el último año, de estos 7,0% (IC95% 2,9 - 13,9) correspondieron a trastornos del humor (afectivos) y 5,0 (IC95% 1,6 - 11,3) fueron trastornos de la ansiedad.
- En cuanto al análisis de situación socio-sanitaria el barrio Ituzaingó Anexo, se evidencia que este barrio presenta ciertas características de vulnerabilidad social.
- Se observó una menor prevalencia de trastornos mentales en el barrio estudiado respecto de los valores identificados en la Ciudad de Córdoba.

RECOMENDACIONES

La presente investigación es parte de un estudio marco, el cual se evidencia heterogeneidad en las prevalencias según el barrio estudiado. Siendo el barrio de Ituzaingó Anexo, uno de los barrios con menor prevalencia. ¿En este barrio con alta vulnerabilidad y conflictividad es la participación comunitaria un elemento que desarrolla crecimiento postraumático? ¿Es la participación comunitaria, un determinante social que puede condicionar a prevalencias más bajas?

Se propone profundizar este estudio con un diseño que permita evaluar la participación comunitaria como elemento protector, profundizando el estudio desde la perspectiva de capital social.

Por todo lo expuesto anteriormente y en concordancia con la perspectiva planteada en la Ley Nacional 26.657 de Salud Mental, el presente estudio aporta información fundamental para el desarrollo posterior de estrategias que busquen mejorar la detección y el tratamiento de estos problemas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organization WH. Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options: summary report/a report of the World Health Organization Dept. of Mental Health and Substance Abuse; in collaboration with the Prevention Research Centre of the Universities of Nijmegen and Maastricht. 2004.
2. World Health Organization. The World Health Report: 2001; Mental Health: New Understanding, New Hope. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2001.
3. Organization WH. Mental health atlas: 2005. 2005.
4. Organization WH. Mental health policy, plans and programmes. 2005.
5. Kessler RC, Üstün TB. The world mental health (WMH) survey initiative version of the world health organization (WHO) composite international diagnostic interview (CIDI). *International journal of methods in psychiatric research*. 2004;13(2):93-121.
6. Kessler RC, Ustun T. The WHO world mental health surveys. *Global Perspectives on the Epidemiology of Mental Disorders*. 2008.
7. Whiteford HA, Degenhardt L, Rehm J, Baxter AJ, Ferrari AJ, Erskine HE, et al. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*. 2013;382(9904):1575-86.
8. Patel V, Prince M. Global mental health: a new global health field comes of age. *JAMA : the journal of the American Medical Association*. 2010;303(19):1976-7. Epub 2010/05/21.
9. Demyttenaere K, Bruffaerts R, Posada-Villa J, Gasquet I, Kovess V, Lepine JP, et al. Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA : the journal of the American Medical Association*. 2004;291(21):2581-90. Epub 2004/06/03.
10. Eaton J, McCay L, Semrau M, Chatterjee S, Baingana F, Araya R, et al. Scale up of services for mental health in low-income and middle-income countries. *Lancet*. 2011;378(9802):1592-603. Epub 2011/10/20.
11. Kohn R, Levav I, Rodríguez J, Kohn R, Aguilar-Gaxiola S. La utilización de los servicios de salud mental y la brecha de tratamiento en América Latina y el Caribe. *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe*. 2009:300.
12. Organización Panamericana de la Salud. Declaración de Caracas. Conferencia Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina. Caracas, Venezuela: Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud, (OMS/OPS); 1990.
13. Campo-Arias A, Cassiani Miranda CA. Trastornos mentales más frecuentes: prevalencia y algunos factores sociodemográficos asociados. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 2008;37(4):598-613.
14. Kohn R, Saxena S, Levav I, Saraceno B. The treatment gap in mental health care. *Bulletin of the World Health Organization*. 2004;82(11):858-66.
15. Ortiz-Hernández L, López-Moreno S, Borges G. Desigualdad socioeconómica y salud mental: revisión de la literatura latinoamericana *Socioeconomic inequality and mental health: a Latin American literature review*. *Cad saúde pública*. 2007;23(6):1255-72.
16. Dewa CS, Lin E. Chronic physical illness, psychiatric disorder and disability in the workplace. *Social science & medicine*. 2000;51(1):41-50.
17. López de Neira M, Bella M, Acosta L, Burrone M, Lucchese M, Mansilla J, et al. Atención Primaria y Trastornos Mentales y del Comportamiento: una mirada exploratoria. *Revista de Salud Pública*. 2010;14(1):6-14.
18. Samaja J. Epistemología de la saúde: Reproducción social, subjetividade y transdisciplina. Buenos Aires: Lugar Social. 2004.

19. Álvarez Pérez A, Luis Gonzalez IP, Rodríguez Salvia AJ, Bonet Gorbea MH, Alegret Rodríguez M, Romero Placeres M, et al. Actualización conceptual sobre los determinantes de la salud desde la perspectiva cubana. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*. 2010;48(2):0-.
20. Saforcada E. Psicología sanitaria. Historia, fundamentos y perspectivas. *PSIENCIA Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*. 2013;4(2).
21. Saforcada E. *Psicología sanitaria: análisis crítico de los sistemas de atención de la salud*: Paidós; 1999.
22. Pérez Jiménez D, Diago Garrido Y, Corona Miranda B, Espinosa Díaz R, González Pérez JE. Enfoque actual de la salud ambiental. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*. 2011;49(1):84-092.
23. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. *Nuestro planeta, nuestra salud. Informe de la Comisión de Salud y Medio Ambiente de la OMS*. Washington, DC: OPS/OMS 1993.
24. Yassi A, Kjellstrom T, DeKok T, Guidotti T. *Salud básica ambiental*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas. 2008.
25. Ordóñez GA. Salud ambiental: conceptos y actividades. *Rev Panam Salud Publica*. 2000;7(3):137-47.
26. Frenk J. La salud de la población: hacia una nueva salud pública: Sep; 2003.
27. Cedillo JA. *La salud en el contexto de la nueva salud pública: El manual moderno*; 2000.
28. Vargas Marcos F. La contaminación ambiental como factor determinante de la salud. *Revista española de salud pública*. 2005;79(2):117-27.
29. Smith KR, Corvalán CF, Kjellstrom T. How much global ill health is attributable to environmental factors? *Epidemiology-Baltimore*. 1999;10(5):573-84.
30. Valent F, Bertollini R, Nemer LE, Barbone F, Tamburlini G. Burden of disease attributable to selected environmental factors and injury among children and adolescents in Europe. *The Lancet*. 2004;363(9426):2032-9.
31. Porta M, Ballester F, Ribas-Fitó N, Puigdomènech E, Selva J, Llop S. Concentraciones de compuestos tóxicos persistentes en la población general española. Criterios para un diagnóstico de la situación actual. *Gaceta sanitaria*. 2006;20(3):233-8.
32. Santos Padrón H. Los determinantes sociales, las desigualdades en salud y las políticas, como temas de investigación. *Revista Cubana de Salud Pública*. 2011;37(2):0-.
33. Burton I. Report on Reports: Our Common Future: The World Commission on Environment and Development. *Environment: Science and Policy for Sustainable Development*. 1987;29(5):25-9.
34. Chatterjee DK. World Commission on Environment and Development. *Encyclopedia of Global Justice*: Springer; 2011. p. 1163-.
35. Torres-Nerio R, Domínguez-Cortinas G, van't Hooft A, Díaz-Barriga Martínez F, Cubillas-Tejeda AC. Análisis de la percepción de la exposición a riesgos ambientales para la salud, en dos poblaciones infantiles, mediante la elaboración de dibujos. *Salud colectiva*. 2010;6(1):65-81.
36. Organización Panamericana de la Salud. *Metodologías de evaluación de riesgo y de impacto a la salud en México*. México: OPS; 2005. Available from: <http://www.mex.opsoms.org/contenido/metodologia.htm>.
37. Organización Panamericana de la Salud. *Salud infantil, tóxicos y medio ambiente: riesgos existentes y emergentes*. Washington: OPS; 2006. Available from: <http://www.cepis.opsoms.org/bvsana/matedu/vulnera.pdf>.

38. Maskrey A. Navegando entre brumas: la aplicación de los sistemas de información geográfica al análisis de riesgos en América Latina: Soluciones Practicas; 1998.
39. Cardona OD, editor. La necesidad de repensar de manera holística los conceptos de vulnerabilidad y riesgo: una crítica y una revisión necesaria para la gestión. Ponencia presentada en la Internacional Work-Conference on Vulnerability in Disaster and Practice; 2001.
40. Le Breton D. Conductas de riesgo. De los juegos de la muerte a los juegos de vivir. Buenos Aires: Editorial Topía; 2011.
41. Torres-Nerio R, Domínguez-Cortinas G, van't Hooft A, Díaz-Barriga Martínez F, Cubillas-Tejeda AC. Analysis of the exposure perception to environmental health risks, in two children populations, by means of the elaboration of drawings. *Salud colectiva*. 2010;6(1):65-81.
42. Morales Calatayud F. El estrés psicológico en el riesgo de enfermar: su atención en el nivel primario. *Rev cuba med gen integr*. 1991;7(1):27-47.
43. Peres F, Peres F, MOREIRA JC, RODRIGUES KM, CLAUDIO L. Percepción de riesgo de los agricultores con respecto al uso de pesticidas en un área agrícola del estado de Rio de Janeiro, Brasil. 2007.
44. Almeida Filho N, David L, Ayres JR. Riesgo: concepto básico de la epidemiología. *Salud colectiva*. 2009;5(3):323-44.
45. Ayres JR. Acerca del riesgo. Buenos Aires: Lugar Editorial. 2005.
46. Le Breton D. Rostros: ensayo antropológico: Letra Viva; 2010.
47. Kaztman R. Notas sobre la medición de la vulnerabilidad social. BID-Banco Mundial-CEPAL-IDEA. 2000;5:275-301.
48. Juárez-García A, Vera-Calzaretta A, Blanco-Gomez G, Gómez-Ortiz V, Hernández-Mendoza E, Jacinto-Ubillus J, et al. Validity of the effort/reward imbalance questionnaire in health professionals from six Latin-American countries. *American journal of industrial medicine*. 2015;58(6):636-49.
49. Benencia R, Quaranta G, Casadinho JSS. Cinturón hortícola de la ciudad de Buenos Aires: Cambios sociales y productivos: Fundación Centro Integral Comunicación, Cultura y Sociedad, CICCUS; 2009.
50. Roses Periago M. La salud mental: una prioridad de salud pública en las Américas. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2005;18(4/5):78-80.
51. Saraceno B, van Ommeren M, Batniji R, Cohen A, Gureje O, Mahoney J, et al. Barriers to improvement of mental health services in low-income and middle-income countries. *Lancet*. 2007;370(9593):1164-74. Epub 2007/09/07.
52. Borrell C, Artazcoz L. Las políticas para disminuir las desigualdades en salud. *Gaceta sanitaria*. 2008;22(5):465-73.
53. Saraceno B. The WHO world health report 2001 on mental health. *Epidemiologia e psichiatria sociale*. 2002;11(02):83-7.
54. Rodríguez AP. Salud mental: situación y tendencias. *Revista salud pública*. 2002:74-88.
55. Alonso MF, Ramírez FB, Misol RC, Bentata LC, Campayo JG, Franco CM, et al. Programa de prevención en salud mental en atención primaria. *Aten Primaria*. 2007;39(Supl 3):88-108.
56. Álvarez MP, Hermida JRF. Más allá de la salud mental: la psicología en atención primaria. *Papeles del Psicólogo*. 2008;29(3):251-70.
57. World Health Report. Informe sobre la salud en el mundo 2008: La atención primaria de salud, más necesaria que nunca. Ginebra, Suiza 2008.

58. Sharma VK, Copeland JR. Detecting mental disorders in primary care. *Mental health in family medicine*. 2009;6(1):11.
59. Lumerman J, Conover S. Development of a sustainable community mental health program in a remote region: the Austral Institute for Mental Health. *Cad Saude Colet*. 2013;21(1):80-4.
60. Organization WH, Academies WOoNC, Physicians AAoGPF. Integrating mental health into primary care: a global perspective: World Health Organization; 2008.
61. Board E. Health and environment. 1992.
62. Ariel D. Informe de avance plan de acción de barrio Ituzaingo Anexo. . In: 28 SdSU, editor. 2012.
63. Municipalidad de Córdoba. Ordenanza 10.505, (2002).
64. Fernández AR. El análisis de prevalencia de trastornos mentales en consultantes de centros de atención primaria en municipios de la provincia de Córdoba: un primer andamiaje para las políticas públicas en salud mental.: Proyecto Orientado SECyT-UNC 2012/03/01 - 2014/12/31.
65. Fernández AR. Prevalencia de Trastornos Mentales en consultantes de Centros de Atención Primaria de la Ciudad de Córdoba, Argentina. PID; 2013.
66. Censo Provincial Poblacional de Córdoba [database on the Internet]. Dirección General de Estadística de la Provincia de Córdoba. 2008 [cited 12/17/2014]. Available from: <http://estadistica.cba.gov.ar/Poblaci%C3%B3n/Censo2008/tabid/462/language/es-AR/Default.aspx>.
67. Kessler R, Abelson J, Demler O, Escobar J, Gibbon M, Guyer M, et al. Clinical calibration of DSM-IV diagnoses in the World Mental Health (WMH) version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (WMH-CIDI). *Int J Methods Psychiatr Res*. 2004;13(2):122-39.
68. Kessler R, Ustun T. The World Mental Health (WMH) Survey Initiative Version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *Int J Methods Psychiatr Res*. 2004;13(2):93-121.
69. Demyttenaere K, Bruffaerts R, Posada-Villa J, Gasquet I, Kovess V, Lepine J, et al. Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. 2013.
70. Goldberg D, Williams P. GHQ (General Health Questionnaire): cuestionario de salud general. Guía para el usuario de las distintas versiones: Masson; 1996.
71. González M, Ibáñez I. Cuestionario de Salud General (GHQ-12): comparación de dos modelos factoriales. 2001.
72. Goldberg D, Williams P. General health questionnaire (GHQ). Swindon, Wiltshire, UK: nferNelson. 1988.
73. Brabete AC. El Cuestionario de Salud General de 12 items (GHQ-12): estudio de traducción y adaptación de la versión rumana.
74. Rocha KB, Pérez K, Rodríguez-Sanz M, Borrell C, Obiols JE. Propiedades psicométricas y valores normativos del General Health Questionnaire (GHQ-12) en población general española. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 2011;11(1):125-39.
75. Hankins M. The factor structure of the twelve item General Health Questionnaire (GHQ-12): the result of negative phrasing? *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*. 2008;4(1):10.
76. Goldberg DP, Gater R, Sartorius N, Ustun TB, Piccinelli M, Gureje O, et al. The validity of two versions of the GHQ in the WHO study of mental illness in general health care. *Psychological medicine*. 1997;27(1):191-7. Epub 1997/01/01.

77. Araya R, Wynn R, Lewis G. Comparison of two self administered psychiatric questionnaires (GHQ-12 and SRQ-20) in primary care in Chile. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 1992;27(4):168-73. Epub 1992/08/01.
78. Huppert FA, Whittington JE. Evidence for the independence of positive and negative well-being: implications for quality of life assessment. *British journal of health psychology.* 2003;8(Pt 1):107-22. Epub 2003/03/20.
79. Makowska Z, Merecz D, Moscicka A, Kolasa W. The validity of general health questionnaires, GHQ-12 and GHQ-28, in mental health studies of working people. *International journal of occupational medicine and environmental health.* 2002;15(4):353-62. Epub 2003/03/01.
80. Goldberg DWP. A user's guide to the general health questionnaire. London: nferNelson; 2005.
81. Fullerton C, Acuña J, Florenzano R, Cruz C, Weil K. Psicopatología en pacientes hospitalizados en un hospital general. *Revista chilena de neuro-psiquiatría.* 2003;41(2):103-9.
82. Lewis G, Araya RI. Is the General Health Questionnaire (12 item) a culturally biased measure of psychiatric disorder? *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 1995;30(1):20-5. Epub 1995/01/01.
83. Florenzano R, Acuna J, Fullerton C, Castro C. [Comparative study of the frequency and features of emotional disturbances in patients in primary care clinics]. *Revista medica de Chile.* 1998;126(4):397-405. Epub 1998/08/12. Estudio comparativo de frecuencia y características de los trastornos emocionales en pacientes que consultan en el nivel primario de atención en Santiago de Chile.
84. Üstün TB, Sartorius N. *Mental illness in general health care: an international study*; John Wiley & Sons; 1995.
85. Markkula N, Zitko P, Pena S, Margozzini P, Retamal CP. Prevalence, trends, correlates and treatment of depression in Chile in 2003 to 2010. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2017. Epub 2017/02/16.
86. Fiestas F, Piazza M. [Lifetime prevalence and age of onset of mental disorders in Peru: results of the World Mental Health Study, 2005]. *Rev Peru Med Exp Salud Publica.* 2014;31(1):39-47. Epub 2014/04/11. Prevalencia de vida y edad de inicio de trastornos mentales en el Peru urbano: resultados del estudio mundial de salud mental, 2005.
87. Equipo UPAS. El caso de Barrio Ituzaingó Anexo. Córdoba, Argentina. *Cuestiones de Población y Sociedad.* 2014;3(3).
88. Ruiz JFM. Los factores definitorios de los grandes grupos de edad de la población: tipos, subgrupos y umbrales. *Scripta Nova: revista electrónica de geografía y ciencias sociales.* 2005(9):190.
89. Aszkenazi M, Casullo M. Factores socioculturales y presencia de psicopatologías en poblaciones de distintas localidades argentinas. *Acta psiquiátr psicol Am Lat.* 1984;30(1):11-20.
90. Di Marco G. Prevalencia de desordenes mentales en el area metropolitana de la Republica Argentina. *Acta psiquiátr psicol Am Lat.* 1982;28(2):93-102.
91. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC); 2010 [Noviembre, 2013]; Available from: http://www.censo2010.indec.gov.ar/index_cuadros.asp.
92. Depetris J. El Fortalecimiento Comunitario en un caso de contaminación ambiental: Barrio Ituzaingó Anexo. . *Revista de Ciencia y Técnica de la Universidad Empresarial Siglo 21.* 2010;3(2).

93. Feres JC, Mancero X. El método de las necesidades básicas insatisfechas (NBI) y sus aplicaciones en América Latina: Cepal; 2001.
94. Censo 2001. Resultados Nacionales. Buenos Aires: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC); 2001 [March 25, 2013]; Available from: <http://www.indec.gov.ar/censo2001s2/ampliada>.
95. Kaztman R. Notas sobre la medición de la vulnerabilidad social. BID-Banco Mundial-CEPALIDEC. 2000;5:275-301.
96. Municipalidad de Córdoba. Ordenanza 10590 (2003).
97. Desarrollo PdINUpe. Informe sobre Desarrollo Humano 20142014.
98. Belló M, Puentes-Rosas E, Medina-Mora ME, Lozano R. Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. Salud Pública de México. 2005;47(1):4-11.
99. Ministerio de Salud de la Nación. Estimación de la población afectada de 15 años y mas por Trastornos Mentales y del Comportamiento en Argentina. In: Adicciones SdVEeSMY, editor. Capital Federal, Argentina: Dirección de Salud Mental y Adicciones; 2010. p. 36.
100. Burrone M, Martínez Allende G, Borsotti M, Abeldaño A, Palacios Juncos M, Enders J, et al. Frecuencia de Trastornos Mentales en adultos que concurren a un centro de salud de un barrio de la ciudad de Córdoba. Revista de Salud Pública (Córdoba). 2014;18(3):42-6.
101. Burrone MS, Fernandez AR, Alvarado R, Valencia E, Lucchese M, Acevedo G, et al. Study of mental health disorders in primary health care centers in Cordoba, Argentina. Revista de la Facultad de Ciencias Medicas (Cordoba, Argentina). 2015;72(4):209-10. Epub 2015/01/01.
102. Rodríguez JJ. Salud mental en la comunidad: OPS; 2009.
103. Murray CJ, Barber RM, Foreman KJ, Abbasoglu Ozgoren A, Abd-Allah F, Abera SF, et al. Global, regional, and national disability-adjusted life years (DALYs) for 306 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 188 countries, 1990-2013: quantifying the epidemiological transition. Lancet. 2015;386(10009):2145-91. Epub 2015/09/01.
104. Kohn R, Levav I, de Almeida J, Vicente B, Andrade L, Caraveo-Anduaga J, et al. Los trastornos mentales en America Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. Rev Panam Salud Publica. 2005;18(4-5):229-40.
105. Aguilar-Gaxiola S, Debb-Sossa N. La investigación en epidemiología psiquiátrica y la Encuesta Mundial de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud en América Latina y el Caribe. En: Rodríguez J, Kohn R, Aguilar-Gaxiola SA, editors Epidemiología de la salud mental en Latinoamérica y el Caribe Washington, DC: PAHO (Organización Panamericana de la Salud). 2009:35-53.
106. Burrone MS. Análisis epidemiológico en centros de atención de salud: un estudio de prevalencia en salud mental [Tesis Doctoral en curso]. Córdoba, Argentina: Universidad Nacional de Córdoba; 2015.
107. Robins LN, Regier DA. Psychiatric disorders in America: the Epidemiologic Catchment Area Study. New York, NY: The Free Press; 1991.
108. Andrade L, Walters EE, Gentil V, Laurenti R. Prevalence of ICD-10 mental disorders in a catchment area in the city of São Paulo, Brazil. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2002;37(7):316-25.
109. Gomez-Restrepo C, Bohorquez A, Pinto Masis D, Gil Laverde J, Rondon Sepulveda M, Diaz-Granados N. Prevalencia de depresión y factores asociados con ella en la población colombiana. Rev Panam Salud Pública. 2004;16(6):378-86.
110. Posada-Villa JA, Aguilar-Gaxiola SA, Magaña CG, Gómez LC. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados preliminares del Estudio Nacional de Salud Mental, Colombia, 2003. Revista Colombiana de Psiquiatría. 2004;33(3):241-62.

111. World Health Organization. World Mental Health: Composite International Diagnostic Interview. 2004; Available from: <http://www.hcp.med.harvard.edu/wmhcdi/index.php>.
112. Eaton W, Martins S, Nestadt G, Bienvenu O, Clarke D, Alexandre P. The burden of mental disorders. *Epidemiologic reviews*. 2008;30:1-14.
113. Sweetland A, Cohen A. Diagnóstico comunitario por medio de la investigación cualitativa. Serie PALTEX para ejecutores de programas de salud: OPS; 2009. p. 71-85.
114. Diez Roux AV, Mair C. Neighborhoods and health. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 2010;1186:125-45. Epub 2010/03/06.
115. O'Campo P. Invited commentary: Advancing theory and methods for multilevel models of residential neighborhoods and health. *American journal of epidemiology*. 2003;157(1):9-13. Epub 2002/12/31.
116. Subramanian SV, Lochner KA, Kawachi I. Neighborhood differences in social capital: a compositional artifact or a contextual construct? *Health & place*. 2003;9(1):33-44. Epub 2003/03/01.
117. Susser M. The logic in ecological: II. The logic of design. *American journal of public health*. 1994;84(5):830-5. Epub 1994/05/01.
118. Cerda M, Morenoff JD, Hansen BB, Tessari Hicks KJ, Duque LF, Restrepo A, et al. Reducing violence by transforming neighborhoods: a natural experiment in Medellin, Colombia. *American journal of epidemiology*. 2012;175(10):1045-53. Epub 2012/04/05.
119. Galea S, Rudenstine S, Vlahov D. Drug use, misuse, and the urban environment. *Drug and alcohol review*. 2005;24(2):127-36. Epub 2005/08/04.
120. Collins PY, Insel TR, Chockalingam A, Daar A, Maddox YT. Grand challenges in global mental health: integration in research, policy, and practice. *PLoS medicine*. 2013;10(4):e1001434. Epub 2013/05/03.

**PRESENTACIONES Y PUBLICACIONES DE RESULTADOS EN
EVENTOS CIENTÍFICOS**

- Savio Simes I, Burrone MS, Abeldaño A, Villacé MB, Alvarado R, Fernández AR, editors. Prevalencia de Trastornos Mentales de pacientes adultos que concurren a un centro de salud declarado bajo emergencia sanitaria de la ciudad de Córdoba. II Congreso Internacional de Clínica Médica y Medicina Interna; 2013:
http://congreso.sam.org.ar/pdfs/Libro_SAM_2013.pdf.
- Sávio Simes I, Burrone M, Abeldaño A, Alvarado R, Enders J, Fernández A. Prevalencia de Trastornos Neuróticos en consultantes del primer nivel de atención de un barrio de Córdoba. In: Escuela de Salud Pública de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba, editor. IX Jornadas Internacionales de Salud Pública; Córdoba. Córdoba: Escuela de Salud Pública - FCM - UNC; 2014. p. 23.
- Sávio Simes I, Burrone M, Abeldaño A, Alvarado R, Enders J, Fernández A. Trastornos Mentales según variables sociodemográficas en un centro de salud de un barrio en emergencia sanitaria. In: Escuela de Salud Pública de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba, editor. IX Jornadas Internacionales de Salud Pública; Córdoba. Córdoba: Escuela de Salud Pública - FCM - UNC; 2014. p. 24.

ANEXO

COMITÉ DE ÉTICA HOSPITAL NACIONAL DE CLÍNICAS
CONSTANCIA DE RECEPCIÓN PARA EVALUACIÓN DE PROTOCOLO EN SALUD
 (A llenar por el investigador, por favor llenar con letra legible)

Título completo del proyecto	Estudio de Prevalencia de Trastornos Mentales en Consultantes de Centros de Atención Primaria de las Ciudades de Córdoba y Villa María, Provincia de Córdoba, Arg.
Nombre del investigador principal y título de grado	FERNANDEZ, ALICIA RUTH DOCTORA EN MEDICINA Y CIRUGÍA.
Lugar donde se realizará el proyecto	Escuela de Salud Pública - FCH - UNC.
Tipo de proyecto	Tesis Doctoral
	Investigación clínica
	Experimentación farmacológica
	Otros (aclarar) Epidemiológica.
Datos de contacto	Lugar de trabajo: Escuela de Salud Pública. FCH - UNC.
	Teléfono celular: 155161263
	E-mail de contacto: aruthfernandez@gmail.com.

FECHA DE ENTREGA DEL PROYECTO 9 / 06 / 2011

Este Comité dispone de 30 (treinta) días para expedirse sobre el proyecto. Si la documentación entregada fuera incompleta o se realizaran observaciones que impidieren la aprobación, este plazo será suspendido hasta que se complete la documentación o se enmienden las observaciones.

La presente es solamente una constancia de recepción y no significa de manera alguna la aprobación del proyecto por este comité.



Srta. Silvana Tamburini
 Srta. Silvana Tamburini
 Secretaria CIEIS - HNC

RECIBIDO 9/06/11
 COMITE DE ETICA HOSPITAL NACIONAL DE CLINICAS