

Indagaciones epidemiológicas en salud mental: usos de servicios de salud y percepción del apoyo social

Epidemiological study in mental health: health services use and perception of social support

Mariela Muñoz-Rodríguez y María E. Basco

Universidad Nacional de San Luis. Universidad de Mendoza. Mendoza, Argentina. mariela.munoz@um.edu.ar; mariaeugeniabasco@gmail.com

Recibido 23 Marzo 2014/Enviado para Modificación 7 Enero 2015/Aceptado 14 Noviembre 2015

RESUMEN

Objetivo El presente estudio epidemiológico no probabilístico tiene como objetivo detectar los niveles de sintomatología en salud mental y de apoyo social de los miembros de dos barrios del distrito General Belgrano de Guaymallén, Provincia de Mendoza, Argentina.

Métodos Se seleccionó una muestra al azar de 62 adultos, en la que se mantuvo la proporcionalidad de edad y sexo en cada cuota. Se encuestó en cada domicilio utilizando el Cuestionario Epidemiológico de Sintomatología Mental (CESIM) y el Cuestionario de Apoyo Social Comunitario Percibido. Además se indagó sobre factores sociodemográficos, autopercepción de sintomatología en salud mental y consultas a servicios de la especialidad.

Resultados Los resultados identificaron que el desempleo, el bajo nivel educativo y estado civil de separación o divorcio se relacionan con alta sintomatología en el área mental. En los grupos con alta sintomatología, se observaron escasas consultas a servicios sanitarios.

Conclusión No se encontró relación entre los indicadores de apoyo social y el nivel de sintomatología.

Palabras Clave: Epidemiología, salud mental, apoyo social (*fuentes: DeCS, BIREME*).

ABSTRACT

Objective The general aim of this non-probabilistic epidemiologic study is to detect the levels of mental health symptoms and social support for the residents of two neighborhoods in the General Belgrano district in Guaymallén, Mendoza Province, Argentina.

Methods A random sample of 62 adults was selected, in which the proportionality of age and sex were conserved in each quota. Each person was interviewed in his/her house using the Cuestionario Epidemiológico de Sintomatología Mental [Epidemiolo-

gical Questionnaire on Mental Health Symptoms] (CESIM) and the Cuestionario de Apoyo Social Comunitario Percibido [Questionnaire on Perceived Community Social Support]. In addition, participants were asked about sociodemographic factors, self-rated mental health symptoms and visits to services specializing in this area.

Results The results show that unemployment, a low educational level and a marital status of separation or divorce were related to high symptoms in the mental health area. In groups with high symptoms, few visits to health services were identified.

Conclusions No relationship was found between the social support indicators and the level of symptoms.

Key Words: Epidemiology, mental health, social support (*source: MeSH, NLM*).

La epidemiología está circunscripta a una definición de salud, según la mirada que se tenga de ella, son los abordajes y posibilidades de respuesta. Si bien la OMS en 1946 fue pionera en una conceptualización de salud más allá del término de enfermedad (“estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”) (1), ésta ha recibido observaciones y se han propuesto definiciones superadoras. Una de ellas es la de San Martín quien toma a la salud como una “... noción relativa que reposa sobre criterios objetivos y subjetivos (adaptación biológica, mental y social) y que aparece como un estado de tolerancia y compensación físico, psicológico, mental y social, fuera del cual todo otro estado es percibido por el individuo y por su grupo como una manifestación de un estado mórbido” (2).

La salud es un derecho básico de cualquier ser humano en tanto que es un requisito para que los sujetos puedan alcanzar las metas que consideran válidas así como para tener una participación exitosa en la vida social (3).

Saforcada, De Lellis y Mozobancyk (4) consideran necesario integrar la denominada salud mental con otros componentes de la salud a fin de brindar un enfoque integral. Por esta razón ya no sería correcto hablar sólo de salud mental, sino de lo mental en salud. Pero si bien se comprende, a partir de los avances en la definición realizados desde 1946, que hablar de salud mental es sólo un reduccionismo, los conceptos internacionales en relación a los aspectos investigados en el presente estudio responden a este concepto.

El contexto argentino actual en materia de Salud Mental presenta la sanción de la Ley de Salud Mental N° 26657 (5), su reglamentación (6) y el Plan Nacional en Salud Mental (7). Esta ley está enmarcada en el paradigma de los derechos humanos, enfatiza el derecho de vivir en comunidad y adhiere a las convenciones internacionales de regulación de la salud mental (8-10).

Desplaza el eje de la atención brindada en el hospital psiquiátrico hacia estrategias de atención primaria con base en la comunidad y el tratamiento de los pacientes con padecimientos mentales en los hospitales generales.

Dentro de los criterios planteados por las dos regulaciones legislativas y los lineamientos programáticos desarrollados por la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones del Ministerio de Salud de la Nación se observa como indispensable:

“...implementar un Sistema de Vigilancia e Investigación Epidemiológica que permita identificar la magnitud y gravedad de los eventos en Salud Mental y Adicciones que ocurren en la comunidad y en los diferentes grupos poblacionales, determinar prioridades en la toma de decisiones para orientar políticas públicas y favorecer el acceso de la información para desarrollar, evaluar y mejorar esas políticas, así como evaluar el impacto de las políticas públicas, los programas y los servicios de salud. Se hace indispensable contar con información precisa sobre la carga de salud, enfermedad y los recursos y factores asociados a la sintomatología en Salud Mental para poder desarrollar acciones pertinentes a la misma y poder realizar un seguimiento de los resultados obtenidos con las acciones realizadas o que se realicen a futuro” (11).

No obstante los soportes mencionados, Argentina cuenta con escasos estudios epidemiológicos que traten la carga de morbilidad mental en la población, así como los factores de riesgo y protección para la misma. La mayoría de las investigaciones existentes se basan en usuarios del sistema sanitario y estimaciones realizadas en función de la demanda asistida con relación a problemas en salud mental y adicciones. He aquí la importancia de investigaciones epidemiológicas como la presente.

La epidemiología puede ser considerada como la ciencia básica de la salud colectiva (12). Esta ciencia estudia el proceso de salud en los conglomerados sociales, tomando en cuenta emergentes negativos y positivos, buscando conocer sus distribuciones, causas y dinámicas. A pesar de los señalamientos y reclamos con respecto a la necesidad de desarrollar investigaciones de epidemiología negativa (enfermedad) como positiva (salud) (13), prevalecen los estudios y desarrollos epidemiológicos relacionados con la enfermedad.

Dever (14) sostiene que la epidemiología en salud tiene tres tipos de aplicaciones: etiológica, clínica y administrativa. La primera se ocupa de conocer cuáles son las posibles causas de salud o enfermedad, con factores de protección y de riesgo vinculados al desarrollo de estas condiciones. La

segunda, se refiere a un método para hacer e interpretar observaciones científicas, con aplicaciones de principios y técnicas para los problemas encontrados (15). La tercera (administración en salud) corresponde al diagnóstico de situación, naturaleza de los problemas y distribución de los emergentes de salud y/o enfermedad en una comunidad para poder planificar acciones y evaluar resultados obtenidos. Este estudio se centra en el último campo.

La mayoría de las investigaciones epidemiológicas de salud mental en Argentina (16) describen registros de los usuarios de los servicios del área (estadísticas de atención en salud mental en los distintos niveles de atención). Estas estimaciones no brindan información acerca de la población que no demanda prestaciones en los servicios de salud, por lo que resulta difícil inferir los niveles de malestar psicológico en una población, así como las necesidades de mejora de la salud mental (17).

En Argentina se cuenta con investigaciones probabilísticas de poblaciones generales en Córdoba (18) y Buenos Aires (17). Ambas provincias utilizaron como herramienta de medición el Cuestionario Epidemiológico de Sintomatología Mental (CESIM) (19). También existe un estudio de screening realizado con 1100 participantes de diferentes provincias en el que se utilizó la Escala de Malestar Psicológico de Ronald Kessler (K-10), con adaptación castellana (20).

El término apoyo social surge en la década de los setenta cuando se empiezan a observar relaciones entre sintomatología mental y variables sociales -como movilidad geográfica, desintegración social o cambios en el estado civil- encontrando falencias o rupturas en las redes de apoyo de las personas (21).

El apoyo social puede ser considerado un recurso externo y, junto con otros recursos, constituye el potencial que posee alguien para enfrentar con cierto éxito las exigencias del medio.

El apoyo social percibido es una valoración cognitiva sobre el apoyo del que dispone o dispondrá una persona en su red social en caso de necesitarlo. La evaluación de la percepción se realiza teniendo como parámetro temporal el presente o futuro. A diferencia del apoyo social recibido, que se enfoca en la evaluación de la experiencia en el pasado.

Si alguien necesita colaboración para resolver alguna situación -ya sea de naturaleza informacional, instrumental, afectiva o social- y percibe que puede contar con este apoyo en su red social, posibilita que se movilicen sus recursos para obtenerlo realmente. Si recibió o no apoyo, depende de la valoración retrospectiva que haga el destinatario de la ayuda (22).

MÉTODOS

Guaymallén es el tercer departamento con menor superficie de la provincia y, paralelamente, el más poblado. Dentro de éste, el distrito General Belgrano posee una superficie de 4,58 km². Actualmente está densamente poblado y transformado en zona comercial. La población al 2010 es de aproximadamente 41 800 personas, siendo el distrito más habitado del departamento de Guaymallén.

El universo de la presente investigación implicó a adultos de ambos sexos residentes en dos barrios de este distrito: Barrio Sarmiento (4.409 habitantes al 2010) y Barrio Lihue (6.668 habitantes al 2010). El primero fue creado en la década del 50 para albergar a los trabajadores del ex Ferrocarril General Belgrano (muchos de ellos inmigrantes de países limítrofes), mientras que el Barrio Lihue se fundó luego del terremoto que azotó Mendoza en 1985. Ambos conglomerados tienen características de población urbano-marginal.

La muestra seleccionada es no probabilística, al azar y pequeña (n=62), en ella se mantuvo la proporcionalidad de cada cuota de edad y sexo del distrito de General Belgrano según el Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001 (23). Aunque los resultados no pueden ser extrapolados, tienen valor exploratorio y utilidad indicativa con respecto a la situación de salud mental en dicha población.

Se sortearon 12 manzanas para la recolección de datos, y se capacitó a un equipo de encuestadores especialmente para este estudio. A todos los encuestados se les solicitó consentimiento informado, asegurando anonimato y reserva de la identidad.

Se utilizó el Cuestionario Epidemiológico de Sintomatología Mental CESIM, diseñado en Córdoba, Argentina, en 1993 por investigadores de la Dirección General de Salud Mental. Este instrumento ha sido validado y sometido a pruebas de confiabilidad (19). Su validez ecológica, satisfechas

las exigencias psicométricas, deviene del hecho de haber sido construido dentro del mismo país.

El CESIM cuenta con dos versiones, una extensa de 78 ítems y 22 factores, y otra breve de 54 ítems y 14 factores. Para la presente investigación se empleó la forma abreviada, al tener en cuenta razones de tiempo de administración durante la visita domiciliaria.

Los principales aspectos de sintomatología mental cubierta por el CESIM, versión breve, son: angustia/ansiedad/temor, euforia, depresión, agresividad, inseguridad/pasividad/dependencia, alucinaciones/delirios, ideas persecutorias, conductas obsesivo/compulsivas, hipocondría/despersonalización, desorientación, irritabilidad, baja autoestima, trastornos del sueño y el apetito, enfermedades psicosomáticas: asma/alergias, sudor/temblor, hipertensión, dolor de cabeza y cansancio. En este caso se presentarán los resultados de acuerdo a los niveles de sintomatología encontrados: muy alto, alto, medio y bajo (17,19).

También se utilizó el Cuestionario de Apoyo Social Comunitario Percibido (24), que consta de 25 preguntas divididas en 3 escalas que evalúan 4 dimensiones: integración comunitaria, participación comunitaria, apoyo social de los sistemas informales y apoyo social de los sistemas formales. Este instrumento tipo Likert de 1 a 5 permite conocer los recursos sociales percibidos por los miembros de la comunidad. Esto brinda información útil a los fines de planificar intervenciones comunitarias.

Para el análisis de los datos recolectados se tomaron los valores de las escalas de medición del CESIM y del Cuestionario de Apoyo Social Comunitario Percibido propuestas por Saforcada y colaboradores (17) en base al estudio desarrollado con este instrumento en dos muestras probabilísticas de la provincia de Buenos Aires.

El procesamiento de los datos recogidos se llevó a cabo con el soporte informático SPSS 11.5 (Statistical Product and Service Solutions) de la SPSS Inc. (Statistical Package for the Social Sciences Inc.).

RESULTADOS

Caracterización demográfica de la población encuestada

Los participantes fueron 62 sujetos, 30 mujeres y 32 hombres, de 18 a 84

años. El 71 % de las familias tenían como jefe de hogar a hombres. La media de integrantes fue 4,75 miembros con una desviación estándar de 2.

En cuanto al estado civil de los participantes: 27,4 % unidos, 24,2 % casados, 14,5 % separados, 1,6 % divorciados, 4,8 % viudos y 27,4 % solteros.

Al observar nivel de instrucción, la muestra estuvo conformada por 1,6 % de personas no escolarizadas; un 14,5 % con primario incompleto; 27,4 % con primario completo; 22,6 % con nivel secundario; el 9,7 % poseía en nivel terciario incompleto, y 1.6 % completo.

El 50,8 % de los encuestados poseía trabajo, 38,7 % no trabajaba y no buscaba trabajo (estudiantes, 4,8 %; amas de casa, 17,7 %; y jubilados, 16,1 %), y el 8,1 % estaba desempleado. Dentro de los desempleados, 3,2 % eran estudiantes.

Percepción de integración en la comunidad y apoyo social

El cuestionario de apoyo social comunitario mide integración y participación en la comunidad y el puntaje bruto oscila entre 11 y 55 puntos. La media de la muestra fue de 32,8 con una desviación estándar de 8,7 (Tabla 1). Este puntaje corresponde a un nivel medio de percepción de integración, lo que muestra la frecuencia de contactos con miembros del barrio, así como la satisfacción derivada de la relación. Datos similares fueron hallados en los estudios de Buenos Aires (17) en cuanto a la media, pero con diferencias de tres puntos por encima en la desviación estándar ($s: 5,5$) en una casuística de 800 casos. Esto puede acarrear la necesidad de revisar las categorías de análisis a través de instancias participativas con la comunidad. O puede guardar relación con el tamaño de la muestra en el presente estudio.

Tabla 1. Análisis descriptivo de los puntajes brutos del cuestionario de apoyo social comunitario

Variable	N	Mín.	Máx.	Media	Desv. est.
Percepción de Integración comunitaria	62	17	53	32,8	8,7
Percepción de apoyo social	62	22	68	47,0	10,1

La variable apoyo social (Tabla 1) presentó una media de 47, (desviación estándar de 10,1). Este puntaje denota un nivel alto de apoyo social percibido. Se evidenciaron diferencias con los datos de Buenos Aires (17), en donde la desviación estándar está un punto por debajo.

Las personas encuestadas tenían en un 45,2 % de los casos la percepción de estar muy integradas; 24,2 % de ellas percibe estar medianamente integradas y, y un 30,6 % poco integradas.

En cuanto al apoyo social percibido se obtuvo escasa diferencia en relación a instituciones no formales (uniones vecinales, iglesias, clubes, etc.) y formales (educativas y del sector salud). Los miembros de los barrios Lihue y Sarmiento percibieron apoyo social alto en el 61,3 % de los casos, medio en el 22,6 % y bajo en el 16,2%.

No se encontraron diferencias en cuanto a la percepción de integración y participación comunitaria como tampoco del apoyo social percibido en relación al nivel de sintomatología mental.

Sintomatología en Salud Mental

En el análisis de los datos aportados por el CESIM se observó que el puntaje medio hallado en los encuestados fue de 19,9, con una desviación estándar de 9,8 (Tabla 2). Esta media corresponde a sintomatología alta, categoría que comprende los 18,2 puntos a 30,7.

Tabla 2. Análisis descriptivo de los puntajes brutos del CESIM

Variable	N	Mín.	Máx.	Media	Desv. est.
CESIM: puntaje bruto	62	2	46	19,9	9,8

En cuanto a la distribución de frecuencias, se observó que el 48,4 % poseía sintomatología baja (3,2 %) o media (45,2 %). El 51,6 % restante presentaba sintomatología alta (37,1 %) o muy alta (14,5 %).

Ambos sexos presentaron la similar distribución en cada uno de los niveles. En cuanto a la edad se encontraron porcentajes elevados de sujetos con sintomatología alta y muy alta en las franjas etarias de 18 a 24, y de 45 a 54 años.

Las personas separadas o divorciadas presentaron mayor carga de sintomatología en salud mental, ya que el 78 % de las mismas se ubicaron en niveles altos o muy altos. En solteros, viudos, unidos y casados no se presentaron diferencias entre los niveles sintomatológicos.

En relación al nivel educativo, el 78 % de las personas con nivel primario incompleto se ubicó en valores de sintomatología alta y muy alta. En

los niveles educativos restantes, las cargas sintomatológicas se repartieron uniformemente.

Un 80 % de los desempleados tuvieron síntomas altos o muy altos. Asimismo, se observa que los estudiantes presentaron mayores niveles de sintomatología (60 %), de este subgrupo el 50 % refirió estar buscando trabajo.

Autopercepción de enfermedad mental

A la pregunta: ¿Usted ha tenido en el último año, o tiene, alguna enfermedad que sea causada por los nervios?, el 49,1 % de la muestra respondió de manera afirmativa (Tabla 3).

Tabla 3. Autopercepción de enfermedad y nivel de sintomatología presente según el CESIM

Autopercepción de enfermedad	Nivel de sintomatología CESIM								Total	
	Muy alta		Alta		Media		Baja		F	%
	F	%	F	%	F	%	F	%		
Sí	8	12,9	12	19,4	6	9,7	0	0	26	41,9
No	1	1,6	11	17,7	21	33,9	2	3,2	35	56,5
No sabe/no contesta	0	0	0	0	1	1,6	0	0	1	1,6
Total	9	14,5	23	37,1	28	45,2	2	3,2	62	100

Hubo coincidencia entre el nivel de sintomatología mental y la autopercepción de enfermedad mental en quienes puntuaron con sintomatología muy alta, media y baja. El 88,9 % de quienes puntuaron muy alto en sintomatología en el CESIM aseguraron haber tenido una enfermedad causada por los nervios. El 48,4 % de la muestra mostró sintomatología media o baja, y de ellos, el 80 % percibió no estar enfermo.

En la mayoría de los casos del grupo de sintomatología alta no hubo autopercepción de enfermedad.

Consulta a servicios de salud mental

Se analizó la cantidad de personas con sintomatología alta o muy alta en salud mental que habían consultado, en ese año o en algún momento de su vida, un servicio de salud mental. Se observó que del total de las personas que presentaron mayor carga sintomatológica (51,6 %), sólo la mitad había realizado consultas en algún momento a servicios especializados (Tabla 4). Asimismo, se observó que las personas con sintomatología media sólo habían consultado en el 10,7 % de los casos.

Aunque el 41,9 % de la muestra identificó haber tenido una enfermedad causada por los nervios en el último año, sólo 15,4% de ellos había

realizado consulta pertinente.

Tabla 4. Consulta a los servicios de salud y nivel de sintomatología presente según el CESIM

Consulta a Servicios de Salud	Nivel de sintomatología CESIM								Total	
	Muy alta		Alta		Media		Baja			
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
En el último año	2	3,2	3	4,8	0	0	1	1,6	6	9,7
Alguna vez no en el último año	3	4,8	7	11,3	3	4,8	0	0	13	21,0
Total de personas que han consultado	5	8,1	10	16,1	3	4,8	1	1,6	19	30,6
Total de personas que no han consultado	4	6,5	13	21,0	25	40,3	1	1,6	43	69,4

DISCUSIÓN

Las características sociodemográficas que se relacionaron con alta sintomatología mental fueron: el desempleo, el bajo nivel educativo, un estado civil de separación o divorcio y la edad [18 a 24 y 45 a 54]. Datos similares se hallaron en estudios internacionales (25,26). Sin embargo, en Argentina sólo se conoce la relación entre aspectos sociodemográficos y carga de morbilidad a partir de las investigaciones realizadas en Córdoba, Argentina (18,27), que relacionan la carga de enfermedad con la desocupación y la edad de los participantes (datos afines a los de esta investigación). También la investigación de Salvia y Brenlla (20) halló como factores asociados a mayor carga de enfermedad el bajo nivel de instrucción y el estado civil. Los antecedentes citados encuentran mayor sintomatología en mujeres, aspecto que no coincide con nuestro caso.

Los resultados muestran que los encuestados se identificaron mayormente integrados y participando en su comunidad sin haber diferencias entre los distintos niveles de sintomatología. Por lo que el indicador de apoyo social en este caso no aparecería como un moderador directo en relación a la morbilidad en el área mental. Sería pertinente indagar si esta percepción de integración y apoyo social está asociada con la existencia de proyectos o funciones sociales por los que las relaciones adquieren sentido. Buriyovich y Sandomirsky (18) encontraron resultados similares y entienden esta relación entre niveles elevados de sintomatología y de apoyo social desde el aspecto cualitativo y no cuantitativo de la interacción. Otro aspecto a considerar es la posibilidad que el apoyo social sea un facilitador para la remisión espontánea de síntomas. Los estudios de Eysenck (28) realizados en 1952, demostraron que el 70 % de las personas puede presentar la desaparición de su problema seis meses después de realizada la consulta sin realizar tratamiento alguno. Herrero Olaizola (29) plantea que las relaciones de apoyo social pueden ser

uno de los factores favorecedores de este aspecto. Esto se correspondería con el bajo porcentaje de consulta a los servicios de salud mental.

En nuestra investigación ni el hecho de poseer sintomatología alta o muy alta, ni el percibirse con problemas en el área emocional, fueron predictores de consultas a los servicios de salud mental. Esto nos permite preguntarnos ¿Qué sucede con los dispositivos de atención en salud mental disponibles en el contexto comunitario de los barrios estudiados? ¿Tienen estos barrios acceso a sistemas de salud que brinden estos servicios? ¿El servicio sanitario cumple con las expectativas y satisface las necesidades de los habitantes? ¿Los servicios de atención primaria de la salud toman los recursos comunitarios para pensar las estrategias de atención? ¿Estamos los profesionales de la salud formados y capacitados en modelos de atención comunitaria para poder responder a las demandas planteadas?

El trabajo en epidemiología cobra su último sentido en el momento en que se planifican y gestionan acciones de intervención comunitaria luego de conocer la situación de salud de usuarios y no usuarios del sistema de salud. Para que esto suceda no sólo es necesario contar con datos cuantitativos de la situación de salud desde las múltiples áreas que la integran, sino que es primordial conocer la situación histórica de la zona, los estilos de vida, las relaciones de género, de clase y étnicas.

Para el trabajo con comunidades o barrios, es indispensable la participación comunitaria en el diseño, ejecución y evaluación de las intervenciones. Además de aspectos conceptuales y dominio práxico se necesita una postura ontológica en epidemiología (30). Para que el trabajo aumente su efectividad es necesaria la triangulación de aspectos cuantitativos, cualitativos y la participación de múltiples actores. Una praxis dentro de este marco exige un trabajador en salud con una identidad profesional atravesada por la memoria, el compromiso social, el cuestionamiento y los derechos humanos *

REFERENCIAS

1. OMS. Documentos básicos, suplemento de la 45a edición, 1-20. New York: OMS; 2006.
2. Morales Calatayud JF. Introducción a la psicología de la salud. Buenos Aires: Koyatun Editorial; 1994.
3. Doyal L, Gough I. A theory of human need. Londres: Ed. MacMillan; 1992.
4. Saforcada, E, De Lellis, M, Mozobancyk, S. Psicología y salud pública: nuevos aportes desde la perspectiva del factor humano. Buenos Aires: Paidós; 2010.
5. Ley Nacional de Salud Mental. Ley 26657/2010 de 25 de noviembre. Boletín Oficial de la República Argentina, n° 32041 (de 03-10-2010).

6. Decreto Reglamentario ley Nacional de Salud Mental 603/2013 de 28 de mayo. Boletín Oficial de la República Argentina, n° 45737, de 29-05-2013).
7. Ministerio de Salud. Plan Nacional de Salud Mental 2014. Buenos Aires: Ministerio de Salud; 2014.
8. Conferencia sobre la Reestructuración de la atención Psiquiátrica en América Latina dentro de los Sistemas Locales de Salud (SILOS). Caracas, 14 de noviembre de 1990; Caracas: OPS; 1990.
9. Conferencia Regional para la Reforma de los Servicios de Salud Mental: 15 Años después de Caracas. Brasilia; 7-9 de Noviembre de 2005. Brasilia: OPS; 2005.
10. Conferencia Regional de Salud Mental: 20 años después de la Declaración de Caracas. Panamá; 7-8 de octubre de 2010. Panamá: OPS; 2010.
11. Di Nella Y, Sola M, Calvillo L, Negro L, Paz A, Venesio S. Las camas del sector público destinadas a Salud Mental como indicador del proceso de cambio hacia el nuevo paradigma, mayo 2010-mayo 2011. *Revista Argentina de Salud Pública*. 2011; 2 (8), 43-46.
12. Almeida Filho N, Rouquayrol MZ. Introducción a la epidemiología. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2011.
13. Terris M. La revolución epidemiológica y la medicina social. México: Siglo XXI; 1982.
14. Dever A. Epidemiología y administración de servicios de salud. Maryland: PAHEF; 1991.
15. García García JJ. Epidemiología clínica. ¿Qué y para qué? *Revista Mexicana de Pediatría*. 1999; 66(4); 169-173.
16. Sola M (Coord). Estimación de la Población afectada de 15 años y más por Trastornos Mentales y del Comportamiento en Argentina. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación; 2010.
17. Saforcada E, De Lellis M, Martínez Calle S. Estudio epidemiológico comparativo de sintomatología de salud mental en adultos del partido de Avellaneda y la Ciudad de La Plata, 2011. *Anuario de investigaciones*. 2012; 19 (1), 141-151.
18. Burijovich J, Sandomirsky M. Los desempleados: malestar psicológico, apoyo social e intervención estatal. *Revista Administración Pública y Sociedad*. 1998; 11, 103-114.
19. Grasso L, Sandomirsky M, Burijovich J. Cuestionario Epidemiológico de Sintomatología mental (CESIM). Córdoba: Dirección General de Salud Mental; 1995.
20. Salvia HA, Brenlla ME. Salud mental en sectores urbanos de la Argentina. VI Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población del Instituto Gino Germani, Buenos Aires; 2005, dic.
21. Sánchez VA. Psicología Comunitaria. España: Editorial PPU; 2001.
22. Kienle R, Knoll N, Renneberg B. Sozialeressourcen und gesundheit: sozialeunterstützung und dyadischesbewältigen [Social resources and health: Social support and dyadic coping]. En B. Renneberg, P. Hammelstein (Eds.), *Gesundheitspsychologie (107-122)*. Alemania: Springer; 2006.
23. Instituto Nacional de Estadística y Censos (Argentina). Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001: total del país y provincias. Buenos Aires: INDEC; 2004.
24. Gracia FE, Herrero OJ, Musitu OG. Evaluación de recursos y estresores psicosociales en la comunidad. España: Síntesis; 2002.
25. Vicente B, Ríoseco P, Saldívia S, Kohn R, Torres S. Estudio chileno de prevalencia de patología psiquiátrica (DSM-III-R/CIDI) (ECPP). *Revista médica de Chile*. 2002; 130(5), 527-536.
26. Bones RK, Pérez K, Rodríguez-Sanz M, Borrell C, Obiols JE. Prevalencia de problemas de salud mental y su asociación con variables socioeconómicas, de trabajo y salud: resultados de la Encuesta Nacional de Salud de España. *Psychothema*. 2010; 22 (3): 389-395.
27. Burijovich J, D'Luca A, Berra C. Investigación en Salud Mental: de los cordobeses y sus malestares—Córdoba: Sub-dirección General de Salud Mental del Gobierno de la Provincia; 1999.

28. Eysenk HJ. The Effects of Psychotherapy: An Evaluation. *Journal of Consulting Psychology*. 1952; 16, 319-324.
29. Herrero OJ. Redes sociales y apoyo social. En: Musitu OG, Herrero OJ, Cantera EL, Montenegro MM (Eds). *Introducción a la Psicología Comunitaria*. Barcelona: UCO; 2004.
30. Breilh J. *Epidemiología Crítica: ciencia emancipadora e interculturalidad*. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2009.