



Universidad Nacional de Rosario
Facultad de Ciencias Médicas
Escuela de Enfermería

Tesis Doctoral

**“Desempleo y Salud Mental: un estudio en los jóvenes
desempleados de la ciudad de Rosario”.**

Doctorando: Mag. Graciela Simonetti

Director de Tesis: Dr. Rodolfo Fahrer

Rosario, mayo de 2006

Doctorando:

Apellido y Nombre: Simonetti, Graciela Vicenta

Documento: Tipo: DNI N°: 12.500.845,

Grado Académico: Licenciada en Enfermería.

Magíster en documentación y sistemas de información sanitaria.

Domicilio particular: Pje. Angeloni 4878, Dpto: 01, Rosario.

Domicilio laboral: San Lorenzo 2963. Escuela de Enfermería.

Teléfono (0341) 430-7998

FAX : (0341) 4804579

E-mail : gsimonet@fmedic.unr.edu.ar

Director:

Apellido y Nombre: Fahrer, Rodolfo David

Documento: Tipo: DNI N°: 4.207.790

Grado Académico: Doctor en Medicina

Domicilio particular: Jerónimo Salguero 2436, P: 8. (1425) Capital Federal.

Domicilio laboral: Larrea 1242, P: 3 "A".

Teléfono: (011) 4824852.

FAX: (011) 48248847.

E-mail: fahrer@ciudad.com.ar

Radicación de la Investigación:

Escuela de Enfermería, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Rosario.

Palabras Claves:

Desempleo - Salud Mental - Jóvenes - GHQ-28

En primer término considero fundamental agradecer al Dr. Rodolfo Fahrer, por haber enriquecido con sus aportes el informe final de esta tesis.

A la licenciada Ana Pendino quien colaboró en lo que a estadística se refiere y al grupo de encuestadores que en forma desinteresada colaboraron en el relevamiento, debiendo nombrar a:

Lic., Andrea Caldo. Natalia Evelín Cejas, Aylen Cipriani, Fabiana Pedrani, Alicia Piccolini y Pedro Vanggione.

Quiero dar gracias a todos colegas y amigos que me apuntalaron para que este trabajo se concretara y que no mencionaré especialmente para no cometer alguna injusticia por omisión.

Y especialmente a Evelin por su paciencia.

RESUMEN

El fenómeno del desempleo estructural se ha instalado en centros urbanos cuyas economías se desarrollaron en torno al crecimiento industrial, como es el caso del Aglomerado Rosario. La situación de desempleo en los jóvenes requiere una atención especial por sus características de vulnerabilidad y porque constituyen la reserva intelectual necesaria para el desarrollo futuro de cualquier nación.

El profesional de enfermería valora, como parte de su rol, las necesidades de los individuos y la comunidad a fin de elaborar estrategias que permitan la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, brindar un tratamiento oportuno o derivar a un servicio especializado. Para que este proceso se realice resulta imprescindible contar con información sobre las necesidades del grupo comunitario, valiéndose de los instrumentos que se encuentren a su disposición.

Se realizó una investigación de corte descriptivo, transversal para analizar la percepción de malestar psíquico de los jóvenes desempleados de la ciudad de Rosario, a partir de una muestra probabilística por conglomerados. Los datos fueron recogidos con el Cuestionario General de Salud (GHQ-28) y una encuesta de variables socio-demográficas. Se realizó un análisis descriptivo para cada una de las diferentes variables y como contraste de hipótesis se utilizó el test de la Chi cuadrado (χ^2) con un nivel de significación del 5%.

Se pudo concluir que en los jóvenes la percepción de malestar psíquico no se encuentra asociada a la posición que tengan en el mercado de trabajo.

En los jóvenes desempleados se encontró una asociación estadística significativa entre la percepción de malestar psíquico y la presencia de hijos, la residencia en el Distrito Sudoeste y vivir solos.

Los resultados según las sub-escalas del GHQ-28, mostraron una asociación estadística significativa en forma diferencial, según el tipo de malestar percibido y las características socio-demográficas de los jóvenes desempleados.

INDICE

	Págs.
Agradecimientos	iii
Resumen	iv
Indice	v
Indice de Tablas	vii
Indice de gráficos	vii
Capítulo I. Introducción	
Breve presentación del problema	1
Estado actual de los conocimientos sobre el tema.	4
Marco Conceptual	32
Hipótesis y Objetivos	45
Capítulo II. Materiales y Métodos.	46
Contexto de la Investigación	48
Población y Muestra	52
Instrumentos y técnicas de recolección de datos	53
Personal a cargo de la recolección de datos	59
Aspectos Eticos y Legales	60
Análisis Estadístico	61
Capítulo III. Resultados.	
1. Característica de los jóvenes estudiados	62
2. Características de los jóvenes en estudio según Malestar Psíquico	67
3. Percepción de Malestar Psíquico entre los jóvenes desempleados y empleados	69
4. Percepción de Malestar Psíquico de los jóvenes desempleados según variables en estudio	74
4.1. Género.	74
4.2. Edad	76
4.3. Nivel Educativo	78
4.4. Actividad Educativa	80
4.5. Estado Civil	82
4.6. Presencia de hijos	84
4.7. Búsqueda activa de trabajo	86
4.8. Tiempo de desempleo	88
4.9. Distrito Municipal de residencia	90
4.10. Características de la vivienda	93
4.11. Personas con las que comparte el hogar	95
Capítulo IV. Discusión	97
Capítulo V. Conclusiones y Sugerencias	110
Bibliografía	114
Anexos.	118

Anexo I. Instrumentos utilizados	119
Anexo II. Tablas de contingencia sobre características generales de los jóvenes estudiados.	123
Anexo III. Tablas de contingencia sobre Malestar Psíquico en los jóvenes desempleados, según ítems o preguntas del GHQ-28.	125
Anexo IV. Tablas de contingencia sobre Malestar Psíquico en jóvenes desempleados, según escalas del GHQ-28 y género.	134
Anexo V. Tablas de contingencia sobre Malestar Psíquico en jóvenes desempleados, según escalas del GHQ-28 y rango de edad.	135
Anexo VI. Tablas de contingencia sobre Malestar Psíquico en jóvenes desempleados, según escalas del GHQ-28 y Nivel Educativo.	136
Anexo VII. Tablas de contingencia sobre Malestar Psíquico en jóvenes desempleados, según escalas del GHQ-28 y Actividad Educativa.	138
Anexo VIII. Tablas de contingencia sobre Malestar Psíquico en jóvenes desempleados, según escalas del GHQ-28 y Estado Civil.	139
Anexo IX. Tablas de contingencia sobre Malestar Psíquico en jóvenes desempleados, según escalas del GHQ-28 y presencia de hijos.	140
Anexo X. Tablas de contingencia sobre Malestar Psíquico en jóvenes desempleados, según escalas del GHQ-28 y búsqueda activa de empleo.	141
Anexo XI. Tablas de contingencia sobre Malestar Psíquico en jóvenes desempleados, según escalas del GHQ-28 y tiempo de desempleo.	142
Anexo XII. Tablas de contingencia sobre Malestar Psíquico en jóvenes desempleados, según escalas del GHQ-28 y Distrito de residencia.	143
Anexo XIII. Tablas de contingencia sobre Malestar Psíquico en jóvenes desempleados, según escalas del GHQ-28 y características de la vivienda.	145
Anexo XIV. Tablas de contingencia sobre Malestar Psíquico en jóvenes desempleados, según escalas del GHQ-28 y personas con las que vive.	146

INDICE DE TABLAS

Nº	Título	Pág.
1-	Características de los Jóvenes. Rosario, setiembre de 2003	62
2-	Jóvenes según posición en el mercado productivo. Rosario, setiembre de 2003	63
3-	Características de la residencia de los jóvenes. Rosario, setiembre de 2003	65
4-	Percepción de Malestar Psíquico de los jóvenes, según inserción en el mercado productivo. Rosario, setiembre de 2003.	69
5-	Percepción de Malestar Somático de los jóvenes, según inserción en el mercado productivo. Rosario, setiembre de 2003.	69
6-	Percepción de Malestar de Ansiedad e Insomnio de los jóvenes, según inserción en el mercado productivo. Rosario, setiembre de 2003.	70
7-	Percepción de Malestar de Adecuación Social de los jóvenes, según inserción en el mercado productivo. Rosario, setiembre de 2003.	71
8-	Percepción de Malestar de Depresión de los jóvenes, según inserción en el mercado productivo. Rosario, setiembre de 2003.	71
9-	Percepción sobre Malestar Psíquico de los jóvenes desempleados, según género. Rosario, setiembre de 2003	74
10-	Percepción sobre Malestar Psíquico de los jóvenes desempleados, según edad. Rosario, setiembre de 2003.	76
11-	Percepción sobre Malestar Psíquico de los jóvenes desempleados, según Nivel Educativo. Rosario, setiembre de 2003	78
12-	Percepción de Malestar Psíquico de los jóvenes desempleados, según realicen actividad educativa. Rosario, setiembre de 2003	80
13-	Percepción de Malestar Psíquico de los jóvenes desempleados, según estado civil. Rosario, setiembre de 2003.	82
14-	Percepción de Malestar Psíquico de los jóvenes desempleados según presencia de hijos. Rosario, setiembre de 2003	84
15-	Percepción sobre Malestar Psíquico de los jóvenes desempleados, según búsqueda activa de trabajo. Rosario, setiembre de 2003	86
16-	Percepción sobre Malestar Psíquico de los jóvenes, según tiempo de desempleo. Rosario, setiembre de 2003	88
17-	Percepción de Malestar Psíquico de los jóvenes desempleados según Distrito Municipal de residencia. Rosario, setiembre de 2003	90
18-	Percepción de Malestar Psíquico de los jóvenes desempleados, según características de la vivienda. Rosario, setiembre de 2003	93
19-	Percepción de Malestar Psíquico de los jóvenes desempleados, según personas con las que comparte el hogar. Rosario, setiembre de 2003.	95

INDICE DE GRAFICOS

Nº	Título	Pág.
I-	Percepción de Malestar Psíquico de los jóvenes estudiados, según sub-escalas del GHQ-28. Rosario, setiembre 2003	67
II-	Percepción de Percepción de Malestar Psíquico de los jóvenes estudiados. Rosario, setiembre de 2003	67

CAPITULO I. INTRODUCCION

Breve presentación del problema

El desempleo constituye una preocupación cotidiana y generalizada para la sociedad frente al cual se construyen y desarrollan una multiplicidad de proyectos orientados a disminuirlo. Se escriben y comentan muchas cosas en los medios de comunicación masiva; se teme a sus efectos, pero son escasas las propuestas o alternativas concretas de solución.

El desempleo contribuye al incremento de la pobreza, reforzando las tendencias a la marginación, consolidando el proceso de exclusión dejando una gran parte de la población fuera de los marcos de integración del mercado de trabajo, la cultura o la ciudadanía social.

Si bien esta problemática afecta a los sectores más vulnerables, en la actualidad ya no puede considerarse un problema que atañe a un sector social en particular, sus efectos atraviesan a la sociedad y no sólo se reducen a cuestiones del orden económico, el desempleo afecta tanto a la vida cotidiana como a la salud de los actores sociales.

El fenómeno del desempleo estructural se instaló en el país con importantes diferencias a escala regional, y en particular en algunos centros urbanos cuyas economías se desarrollaron en torno al crecimiento industrial, como fue el caso del Aglomerado Rosario.

Rosario, otrora caracterizada por la posesión de un conjunto muy importante de pequeñas y medianas empresas del sector de la producción industrial, fundamentalmente metalúrgicas, asistió al cierre progresivo de muchas de ellas y en consecuencia a altos índices de desempleo.

El Aglomerado Rosario presentaba en la década de los '90 tasas de desocupación por encima del promedio de las del resto del país. Estas tuvieron una tendencia creciente (aunque con fluctuaciones), alcanzando para mayo de 2003, un valor de 17,9%, cifra a la que se le debe agregar un 9,1% de subocupación demandante y un 6,5% de subocupación no demandante¹.

Los datos de la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) de mayo de 2003, para el Aglomerado Rosario, mostraban que, del total de población desocupada con relación a la Población Económicamente Activa, el grupo etáreo de 10 a 19 años (17.639 personas) conformaban el grupo más importante (56,7%) seguido por el de los de 20 a 29 años (43.353 personas, 29,9%), los de 50 a 59 años (16,5%), los de 40 a 49 años (9,6%) y los de 30 a 39 años (7,6%). El tiempo de desempleo en el 24,85% de los casos fue superior a los 365 días.

Al analizar el nivel educativo de la población desocupada del Aglomerado Rosario, se observaba que aquellas personas con menor calificación educativa eran las que sufrían en

mayor medida las dificultades de inserción en el mercado laboral. En mayo de 2003 la población desocupada presentaba las siguientes características:

- 2,1 % sin instrucción.
- 5,6 % primario incompleto
- 26,4 % primario completo.
- 19,4 % secundario incompleto.
- 22,6 % secundario completo.
- 17,6 % estudios superiores o universitarios incompletos.
- 6,3 % estudios superiores o universitarios completos.

Un estudio realizado en Area Metropolitana del Gran Rosario por C. Bonantini, Simonetti, G., M. Michelín y M. Napione Bergé (1999)², mostraba que dentro de la Población Económicamente Activa (PEA) los sectores con mayores dificultades de reinserción eran:

1. Quienes buscaban su primer empleo, en general menores de 25 años, sin experiencia laboral previa y con muchas más dificultades si no contaban con estudios secundarios completos o no tenían calificaciones especiales.
2. Aquellos que habían sobrepasado los cuarenta y cinco años, sin habilidades especiales o que portaban trastornos físicos, quienes eran demasiado viejos para conseguir un nuevo empleo pero demasiado jóvenes como para jubilarse.

Las soluciones implementadas desde el gobierno nacional para paliar esta situación, principalmente en los jóvenes, se centraron en Programas de capacitación o empleo que en general sólo resolvieron los problemas laborales de los que administraron esos programas. Estos programas de capacitación se orientaron a desarrollar, en los usuarios de los mismos, habilidades destinadas para desempeñar oficios de baja calificación, es decir con muy poco capital intelectual incorporado.

Lo paradójico de esta situación era que las empresas exigían trabajadores cada vez más preparados, con mayores conocimientos. Una situación muy común de observar en los avisos clasificados de los principales medios masivos de comunicación, era la solicitud de personas con conocimientos de idiomas, computación, estudios secundarios completos y otras calificaciones. En este marco, ¿qué posibilidad tenía un joven que había sido formado para trabajar como medio oficial albañil?; en el mejor de los casos, si conseguía empleo, su remuneración sería totalmente insuficiente para satisfacer sus necesidades básicas.

Los jóvenes constituyen un grupo que requiere una atención especial por sus características de vulnerabilidad y porque constituyen la reserva intelectual necesaria para el desarrollo futuro de cualquier nación. La salud mental de los jóvenes y las situaciones que la

amenazan se deben abordar desde el punto de vista de la Salud Pública y en particular desde el primer de nivel de atención de la salud.

Lamentablemente son escasos los datos epidemiológicos nacionales o regionales sobre la salud mental asociada a la situación de desempleo en la población en general y en los jóvenes en particular. La ausencia de bases de datos dificulta la evaluación de la magnitud del problema y la suficiencia/insuficiencia de los servicios de salud mental ofrecidos.

La presencia de alteraciones en la salud mental en las comunidades, producto de la modernidad, de las inadecuadas condiciones de vida y de la pobreza, hace necesario contar con un personal de la salud que pueda reconocer los malestares psíquicos, en forma precoz.

La enfermera, como integrante del equipo de salud, desarrolla como parte de su rol estrategias y acciones de prevención primaria con el propósito de fomentar modos de vida sanos. Para esto necesita contar con la información que de cuenta de las necesidades del grupo comunitario, valiéndose de los instrumentos que se encuentran a disposición, a fin de elaborar estrategias que permitan la promoción y prevención de la enfermedad, brindar un tratamiento oportuno o derivar a un servicio especializado.

En la última década, principalmente en los países de Europa, se han incrementado los estudios científicos dedicados a analizar la relación enfermedad-desocupación. Las estrategias de investigación más utilizadas han sido las de tipo transversal y longitudinal. En estos diseños se ha apelado a la utilización de diversos instrumentos de recolección de datos, siendo uno de los de eficiencia comprobada el Cuestionario General de Salud (GHQ) que en sus diferentes versiones ha demostrado su capacidad de adaptación y confiabilidad en distintos contextos sociales, sirviendo como un importante recurso de comparación entre las realidades de los diferentes países.

El GHQ es un test autoadministrado que puede ser valorado por el profesional de enfermería. Contiene 4 subescalas que permiten detectar malestares somáticos, de ansiedad e insomnio, de depresión y disfunción social en la actividad diaria; con siete preguntas en cada una de ellas, a las cuales puede responderse con cuatro posibilidades, progresivamente peores, puntuando cualquiera de las dos más afectadas. Una puntuación superior a 5/6 es indicativa de “caso probable” con una especificidad del 82 % y una sensibilidad del 84,6 %, habiendo demostrado su aplicabilidad en Atención Primaria, cuanto menos para fines epidemiológicos en el cribaje del malestar psíquico encubierto.

Estado actual del conocimiento sobre el tema.

En esta sección se presentan los antecedentes más significativos en función del objeto de estudio del presente trabajo. En primera instancia se realiza un recorrido por la situación de desempleo en el orden Internacional y Nacional, que dan cuenta de la importancia y magnitud del desempleo juvenil. Posteriormente se presentan los estudios relevados sobre desempleo y salud mental y finalmente se describen brevemente los estudios sobre salud mental realizados en el ámbito poblacional y en el primer nivel de atención, que dan cuenta de algunas de las variables que se estudian en este trabajo.

El desempleo en el mundo y en Argentina

El desempleo es un problema que ocupa a la gran mayoría de las sociedades contemporáneas. Datos sobre la desocupación en el mundo, presentados por Bonantini, C. Simonetti, G., M. Michelín y otros (2001)³, mostraban que los países con mayores índices eran Sudáfrica con un 23,5%, Polonia (16,7%), España (16%), Argentina (14,7%), Francia (12%), Finlandia (10%), Alemania (8,7%), Canadá (7,6%) y Suecia (7,1%). Siguiendo en orden descendente el Reino Unido, Dinamarca, Japón, Estados Unidos y Noruega (6%, 5,4%, 4,9%, 4,2% y 3,3% respectivamente). En América Latina, por otra parte, el desempleo creció en forma vertical de 5,7% en 1990 a 9,5% en 1999.

Analizando esta situación los autores planteaban que la diferencia entre los países más ricos y más pobres no consistía en los grandes desniveles que las tasas de desempleo tenían entre unos y otros. España, por ejemplo, ha tenido tasas de desempleo más altas que Argentina, pero las mismas no ejercieron el mismo efecto desbastador sobre la calidad de vida de los españoles como sí lo hicieron en este país.

Esto es así porque en los llamados países desarrollados existen mallas de contención social, los lazos sociales actúan como soporte para mantener la salud y también para prevenir desajustes psicológicos en momentos de estrés ante determinados acontecimientos de la vida. Por otra parte, el desempleado tiene cobertura para sí y su grupo familiar, cobertura que en los países pobres no existe.

Los mercados laborales de Europa son fundamentalmente dinámicos, y con este concepto se hace referencia al hecho de que una persona que pierde su ocupación remunerada la recupera en lapsos de tiempos muy cortos, mientras que en Argentina el tiempo de recuperación del empleo ha pasado de los exigüos tres a seis meses en la década del ochenta, al año y tres meses en la década del noventa. Es tan notorio este hecho que en las estadísticas de Argentina aparecen los subocupados desagregados como demandantes y no demandantes.

Es decir, existen personas que ante la pregunta de si busca trabajo, responden que ya no lo hacen, porque no consiguen o porque ya no tienen recursos para movilizarse en busca de empleo.

La tasa de desempleo en la Comunidad Europea para julio de 2001 fue de 7,6%, España registró el porcentaje más alto en desempleo juvenil y femenino (31,3% en mujeres menores de 25 años) contra un 16% en la Unión Europea. En el conjunto del segmento de menores de 25 años, el desempleo fue del 25,1% en España, 10 puntos por encima del 15,1% de la Unión Europea. En la zona europea esta tasa se situó en el 16,4%⁴.

En el 2002 según datos del Observatorio de Empleo y Formación de Madrid⁵, la tasa de desempleo en España era de un 10% siendo las comunidades con mayor desempleo Asturias (15 %), Melilla (14 %), Extremadura y Galicia (13 % respectivamente) y la Comunidad de Madrid con una tasa del 8%.

La distribución por sexo de los desempleados en la Comunidad de Madrid, según el nivel de estudios, reflejó el predominio femenino en los niveles de estudios primarios, de formación profesional y de estudios universitarios. Por grupos de edad, el intervalo con mayor porcentaje de desempleo fue el de 25-39 años (42%). Un 16 % del total de los desempleados se ubicaban en el rango de edad entre 25 y 29 años. Las personas que buscaban su primer empleo, en su mayoría jóvenes, representaban el 11 % del total de desempleados, de ese grupo el 68% eran mujeres.

Dentro de este panorama general, si se analiza la situación de desempleo exclusivamente en los jóvenes, los índices en todos los países eran superiores. Según un informe del año 2000 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT)⁶ el desempleo juvenil alcanzaba niveles muy altos en todo el mundo y considerablemente mayores que el de los adultos en muchos países y regiones. Para esta organización, una de las causas que limitaban el acceso de los jóvenes al mercado laboral era el bajo crecimiento económico de los países, en particular de aquellos en desarrollo situados en las regiones de África, Asia y América Latina, en donde las tasas de desempleo juvenil urbano superaban el 30%.

En el 2003, la OIT⁷ continuaba manifestando su preocupación con relación a los jóvenes y sus posibilidades de inserción en el mercado laboral a partir de la observación de las siguientes estadísticas:

- Una de cada cinco personas en el mundo tenía entre 15 y 24 años. Un 85% de ellas vivía en países en desarrollo.

- 66 millones de jóvenes eran desempleados. El número de subempleados era aún mayor.
- La tasa de desempleo de los jóvenes era entre dos y tres veces superior a la de los adultos.
- En más de un cuarto de los países industrializados, la tasa de desempleo de las jóvenes era un 20% superior a la de los varones.
- En el sector informal se registraba hasta el 93% de todos los puestos de trabajo disponibles para los jóvenes, los salarios en este sector eran un 44% más bajo que los de la economía formal y la protección y los beneficios no existían.
- La cobertura de la seguridad social de los jóvenes latinoamericanos descendió del 44% en 1990 al 38% a finales de la década.
- La discriminación contra las mujeres jóvenes era especialmente persistente.

Esta Organización advertía que "una generación sin la esperanza de un empleo estable constituye un lastre para toda la sociedad. Las deficientes condiciones de empleo en las primeras etapas de la carrera de una persona joven pueden perjudicar sus perspectivas laborales para siempre".

Tratando de explicar la situación de los jóvenes, Germán Rama (1994)⁸, consultor de la Organización Iberoamericana de Juventud (OIJ), planteaba cuáles eran las dificultades específicas de éstos para lograr una ocupación y qué mecanismos operaban en el mercado laboral europeo y latinoamericano que favorecían el desempleo juvenil.

Este autor afirmaba que tanto en Europa como en América Latina las altas tasas de desocupación de los jóvenes formaban parte del panorama general, por lo que podía afirmarse que en regiones con desigual desarrollo se presentaría un mismo tipo de problema: "los sistemas económicos son incapaces de generar empleo para los jóvenes".

Esta situación resultaba paradójica ya que a partir del rápido cambio tecnológico que se evidenciaba en las sociedades, el contratar a jóvenes depararía más ventajas que contratar adultos o miembros de la tercera edad. Esto se sustentaba en que los jóvenes aprenden más fácilmente que los adultos y manifiestan más habilidades para asimilar nuevos programas y metodologías. Por otra parte, en una economía en la que la demanda de servicios terciarios crece con intensidad, la ocupación juvenil debiera tener un lugar privilegiado; servicios como turismo, recreación, hoteles, restaurantes, servicios de belleza, etc., son muy aptos para la ocupación de los jóvenes. Sin embargo la realidad se comportaba de manera diferente.

Como explicación de esta última consideración, este autor señalaba que en Europa el problema de los jóvenes se insertó en un contexto donde la desocupación de la población activa aumentaba como resultado de un profundo cambio tecnológico, que implicó una reducción de la actividad laboral tradicional en forma simultánea a la emergencia de otros sectores que comenzaron a incorporar un mayor número de personas con un alto perfil educativo y de formación profesional. En cambio, señala, en América Latina (AL) el problema se presentó con rasgos diferentes, dando cinco argumentos, los que se exponen a continuación:

Primero porque el sistema económico era mucho más heterogéneo en América Latina que en Europa. Segundo, porque el mercado de empleo no funcionaba como una unidad y las disposiciones de protección sólo cubrían a una parte pequeña de los trabajadores. Tercero, porque los efectos de la transformación tecnológica se impusieron de manera muy inferior en América Latina, por lo que no sería un argumento de peso para justificar las altas tasas de desocupación de los jóvenes.

En cuarto lugar, por que en América Latina continuaban influyendo en las tasas de desocupación fenómenos superados hace mucho tiempo en Europa, tales como el importante crecimiento poblacional y las migraciones rural-urbanas, que producen un incremento de la demanda de mano de obra joven y el fuerte incremento de la tasa de participación económica femenina. Estos procesos se produjeron en Europa en distintos tiempos históricos, en cambio en América Latina se dieron simultáneamente promoviendo un incremento muy significativo de la población joven en edad de trabajar.

En quinto y último término, en los países latinoamericanos se observaban bajos niveles de educación básica en la población joven lo que implicaba que los jóvenes semi-analfabetos no podían incorporarse a los modernos mercados urbanos aún existiendo una oferta de trabajo no satisfecha por la demanda. La descalificación educativa constituía y constituye un factor de discriminación en el mercado laboral que comprende no sólo a aquéllos que no asistieron sino también a una parte de quienes recibieron una educación primaria o básica.

Ampliando lo planteado anteriormente, el Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE), la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y la OIJ, (2000)⁹ señalaban como una paradoja la situación de desempleo y de exclusión social de los sectores jóvenes. Estos expertos consideraban que la situación de los jóvenes obedecía a diversos factores entre los que mencionaban: la creciente incapacidad del mercado de trabajo

para absorber personas con escasas calificaciones y de garantizar la cobertura de prestaciones sociales tradicionalmente ligadas al desempeño de empleos estables; las dificultades de diversa índole que enfrenta el Estado para reformar la educación y los sistemas de capacitación, a un ritmo ajustado a la velocidad de cambio de los requerimientos de nuevas aptitudes y destrezas; las transformaciones de la familia (familias incompletas e inestables) que repercuten intensa y negativamente en la socialización de los hijos.

En un informe posterior de la CEPAL (2003)¹⁰, se planteaba que en América Latina la situación de pobreza afectaba más a las mujeres que a los hombres, las que a pesar de haber alcanzado niveles superiores de escolaridad eran las más afectadas por el desempleo y más vulnerables a la discriminación salarial. El informe resaltaba que la mayoría de los hogares indigentes estaban a cargo de mujeres como jefas de hogar.

La relación desempleo y educación fue abordada por Marcel Thezá Manriquez (2003)¹¹ quien comentaba que en el pasado reciente los jóvenes con estudios universitarios prácticamente tenían un empleo garantizado, en cambio a partir de la década de los '90 se vio cómo un número significativo de esos jóvenes quedaron en situación de desempleo o subempleo. Lo mismo sucedió con los jóvenes de menor nivel educativo que en el pasado podían insertarse en empleos estables, mientras que en la actualidad representan el sector con mayores complicaciones para el logro de empleos estables o con salarios adecuados.

Dennis Pantin (2000)¹², al analizar las dificultades de inserción de los jóvenes en los mercados de trabajo, afirmaba que en la mayoría de los casos los empleadores prefieren tomar a quienes ya tienen experiencia laboral (*), y no ser pioneros en la experimentación con los recién llegados al mercado de trabajo.

Sobre las consecuencias del desempleo juvenil, el autor de referencia opinaba que los jóvenes desempleados y/o subempleados sufren particularmente de frustración y de privación material que los incapacita tanto para ganar un ingreso como para encontrar salida a sus energías y creatividad; como resultado de esta situación pierden la autoestima y autovaloración. Las familias de los jóvenes desempleados, por su parte, ven afectada su salud por lo que dejan de ser un espacio de contención a la frustración de los jóvenes. Ante la ausencia de redes de bienestar social para la juventud en esas condiciones, tanto las familias como las comunidades en las que viven esos jóvenes tienen que hacerse cargo de la situación,

(*) Este autor entiende que la experiencia laboral incluye el desarrollo de una red de contactos, técnicas eficaces de búsqueda de empleo y preparación para solicitudes o entrevistas.

estas últimas porque son parte del hábitat de los inactivos en donde pasarán gran parte de su tiempo ocioso.

Para D Pantin, la sociedad en su conjunto, como extensión de las comunidades inmediatas de los jóvenes, también experimenta un doble efecto negativo: por una parte, la mano de obra ociosa le quita a la sociedad y a la economía los beneficios de la mayor actividad y producción que su empleo productivo generaría. Por la otra, la sociedad termina pagando la cuenta de la alienación social, fenómeno paralelo al desempleo.

En Chile los antecedentes más relevantes aportados por la Tercera Encuesta Nacional de Juventud del Instituto Nacional de la Juventud (2002)¹³ eran los siguientes:

- No tener trabajo y no estar buscándolo se daba más frecuente entre las mujeres (22,8% contra 16,2% en hombres), al igual que el hecho de nunca haber trabajado (26,6% contra 19,9%). Entre los jóvenes que nunca trabajaron, el 56,2% tenían entre 15 y 18 años. El grupo de jóvenes entre 19 a 24 años registró el porcentaje más bajo de ocupados laboralmente (36,9%).
- La mayor parte de los jóvenes manifestó que no trabajaba porque se encontraba estudiando (29%). Un 17,3% dijeron no haber podido encontrar empleo, un 13,6% que no tenían interés en trabajar y un 13,4% que no necesitaban hacerlo.
- Entre quienes no trabajaban porque estaban estudiando, porque no tenían interés en trabajar o no necesitaban hacerlo, predominaron los jóvenes de nivel socioeconómico alto.
- La mayor parte de los jóvenes esperaban encontrar un empleo relacionado con su oficio (30,4%) y un 28,3% estaba dispuesto a trabajar en cualquier cosa. Encontrar un trabajo con un sueldo adecuado era la expectativa del 27,1% y encontrar un trabajo interesante era la esperanza de un 14,2%. Al analizar estas características por edad se encontraron diferencias significativas.
- En el tramo de 15 a 18 años el porcentaje más alto (33,2%) correspondió a aquellos jóvenes que al buscar empleo esperaban encontrar un trabajo con un sueldo adecuado, mientras que en el tramo intermedio, el 33,3% esperaba acceder a un empleo relacionado con su oficio.
- El porcentaje más alto (31,3%) entre quienes tenían entre 25 a 29 años estaban dispuestos a trabajar en cualquier cosa, quedando de manifiesto que a medida que aumenta la edad las expectativas se volvían más inmediatas y urgentes.
- En los niveles socioeconómicos alto y medio predominaron expectativas de realización, como encontrar un trabajo relacionado con el oficio (38,8% y 31,8% respectivamente). En

cambio en el nivel socioeconómico bajo, la mayor parte de los jóvenes (30,3%) esperaba obtener un sueldo adecuado.

- El sólo hecho de haber completado los estudios secundarios o superiores implicaba una notoria disparidad en el desenlace laboral. Más del 50% de los jóvenes que completaron sus estudios, independientemente del nivel de educación, se encontraban trabajando, situación inversa a la de aquellos que tenían estudios incompletos.
- No haber trabajado nunca o trabajar como ama de casa fue una situación que predominó entre las jóvenes que no habían completado su educación básica. Estar buscando trabajo habiendo trabajado alguna vez, resultó más frecuente entre aquellos jóvenes que contaban con estudios superiores incompletos.

El deterioro del mercado laboral en los finales de los noventa y principios del nuevo siglo en los países del MERCOSUR (Argentina, Brasil, Paraguay y Uruguay), fue abordado por Rafael Diez de Medina (2000)¹⁴ a través de los resultados de un estudio comparativo de las Encuestas de Hogares de los países de la región. De los datos analizados, el grupo de jóvenes entre 15 a 19 años, tanto en Argentina como en Brasil, presentó un significativo aumento en la asistencia a la educación, en comparación con años anteriores.

En el estudio de la actividad de los más jóvenes, el autor, advirtió algunas diferencias en los comportamientos en función del nivel de ingreso de los hogares. La actividad de los jóvenes de entre 15 y 19 años se relacionaba muy fuertemente a las condiciones de los hogares. El autor comentaba que justamente es en el seno del hogar donde se decide si el joven sigue en el sistema educativo o, por el contrario, es necesario como generador de ingresos para la supervivencia. Es en este grupo de edad donde se manifiestan los primeros síntomas de desventaja futura, puesto que el temprano abandono escolar se acompaña frecuentemente de una también temprana convivencia en pareja, altas tasas de dependencia y natalidad, y generación de bajos ingresos por baja calificación.

Al analizar la participación en el mercado de trabajo por parte del grupo entre 20 y 24 años, R. Diez de Medina, advertía que es en esta edad donde la mayoría hace su primera experiencia de trabajo o se encuentra en proceso de búsqueda. Es cuando se manifiestan los problemas de desajuste entre expectativas y realidades, es una etapa que se caracteriza por la finalización de los estudios o la formación de una familia.

Al comparar los datos estadísticos, Diez de Medina relataba que la casi totalidad de los países estudiados mostraron tasas de actividad crecientes en la población de 20 a 24 años, observándose tasas estables en Paraguay. Se destacaba un importante número de jóvenes que

no asistían a sistema educativo ni formativo alguno y que, simultáneamente, no trabajaban ni buscaban hacerlo. Con excepción de Paraguay, en casi todos los restantes países considerados, la quinta parte o más de los jóvenes de este grupo de edad estaban en esta situación a fines de los noventa.

Según el autor que se comenta, el porcentaje de jóvenes no asistentes ni participantes del mercado productivo o del sistema educativo, se podría deber principalmente al desaliento en la búsqueda del empleo pero también a formas de componer ingresos por otras vías fuera del mercado de trabajo. El riesgo de esta situación es que estas poblaciones, al ser excluidas del mercado formal de empleo, se inclinan hacia conductas delictivas y violentas que las inhiban de participar activamente en la sociedad civil. Muchos de estos contingentes provienen efectivamente de hogares pobres y vulnerables donde aumenta el desempleo y el desaliento por la búsqueda de un trabajo productivo. En la población de menores de 25 años del MERCOSUR, el porcentaje de hombres que no estudiaban ni trabajaban era alarmantemente creciente en la década estudiada.

En el estudio realizado por R. Diez de Medina, las tasas de empleo de los más jóvenes habían aumentado en Paraguay, y disminuido en el resto. Las tasas de empleo de los jóvenes de entre 20 y 24 años, fueron aumentando en casi todos los países, a excepción de Argentina, donde habían disminuido. Con respecto al tipo de inserción laboral de los jóvenes, el documento relataba la existencia de una poca protección social, estabilidad y seguridad laboral. En la mayoría de los casos, los jóvenes trabajaban sin contrato laboral alguno, fuera del amparo de los regímenes de seguridad social o similar.

Al analizar la relación entre desempleo y nivel educativo, este autor manifestaba que el desempleo fue particularmente agudo en los grupos con educación media, es decir con 6 a 12 años de educación. Con respecto al tiempo de desempleo se informaba que tanto en Argentina como Uruguay habían aumentado los desocupados con períodos de desempleo superiores a un año.

La tasa de desempleo de los jóvenes entre 15 a 24 años de edad tuvo un promedio de dos veces y medio más que la de los adultos de 25 a 65 años. Esta relación en los más jóvenes (15 a 19 años), fue casi cuatro veces superior.

En los cuatro países estudiados, estimativamente casi 3,1 millones de jóvenes no tenían éxito en su inserción laboral. Estos países concentraron casi el 59 % del desempleo juvenil total de América Latina, dentro de este grupo los más afectados eran las mujeres y los que tenían menor calificación.

En un estudio posterior realizado por este mismo autor incluyendo a Chile (Diez de Medina, R., 2001)¹⁵, la tasa de desempleo en el grupo de 15 a 24 años era en promedio dos veces y medio superior a la de los adultos, siendo cuatro veces superior la tasa de desempleo de los jóvenes entre 15 a 19 años. Con respecto a los jóvenes entre 15 a 24 años que no estudiaban ni trabajaban en la década de los '90, las cifras arrojaron la siguiente situación:

<i>País</i>	<i>Varones</i>	<i>Mujeres</i>	<i>Total</i>
Argentina	12,7%	29,9%	21,0%
Brasil	11,5%	30,7%	21,3%
Chile	15,8%	35,8%	26,1%
Uruguay	13,7%	25,8%	19,9%

Claudio Lozano (1999)¹⁶, economista y Director del Instituto de Estudios y Formación de la Central de Trabajadores Argentinos (CTA), intentaba situar la problemática del trabajo de los jóvenes en el cuadro general que exhibía la sociedad argentina en la década de los '90. Al respecto el economista planteaba que en Argentina en épocas de economía creciente, el desempleo se mantuvo estructuralmente alto (nunca inferior al 12 %), esta situación sumada a una precariedad expandida, reflejada en nuevas ocupaciones de baja calificación y magro nivel de ingreso, dieron como resultado un aumento del subempleo y sobre empleo en los sectores donde la pobreza creció de modo sostenido.

A partir de las transformaciones vividas durante 1999, la dinámica vigente en la caída de la economía nacional impuso sobre el mercado laboral cifras de desempleo superiores que acentuaron la precariedad y la pobreza. La dinámica expuesta definió una cuestión básica: a igual nivel de desempleo le correspondía un mayor nivel de pobreza.

Los datos oficiales señalaban que en 1999 el 38 % de la población argentina era pobre y que un 45 % de los niños se encontraban bajo la línea de pobreza.

Para este autor el panorama de la Argentina era el producto de los efectos provocados por la apertura económica a la producción importada y las privatizaciones, así como el deterioro del ingreso de los hogares a causa de la precarización. Como consecuencia de esto se observó el adelanto de la salida laboral del joven aún antes de completar su ciclo de formación y una profunda modificación de los roles familiares que comenzaron a depender del ingreso del joven como parte sustancial de la subsistencia familiar. Según datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC), en Argentina la población joven de entre 15 y 24 años representaba aproximadamente el 20 % del total, de los cuales el 40 %

vivían en situación de pobreza. La desocupación en los jóvenes ascendía al 23.9 % para el tramo entre 15 y 24 años y al 19.7 % si se incluían como jóvenes al tramo hasta los 29 años. Un dato preocupante era que más de la mitad de los jóvenes (57,4 %) tenían como máximo nivel educativo el secundario incompleto.

Este experto manifestaba su preocupación frente al cuadro presentado comentando que: “una sociedad donde el 38 % de la población es pobre y dentro de ésta se encuentra el 40 % de los jóvenes y el 45 % de los niños; donde el 14,9% de la población juvenil no trabaja, no busca empleo, no estudia, ni realiza tareas domésticas, es una sociedad que ha puesto en cuestión su futuro, se trata de una comunidad en riesgo”.

Los datos preliminares de la Encuesta de Juventud realizada en Argentina por la Dirección Nacional de la Juventud (DINAJU)¹⁷, mostraban que en el 2003, la población de jóvenes entre 15 y 29 años en el país representaba el 25,6 % de la población total (la cuarta parte del total de los argentinos). Un 34% tenía entre 15 y 19 años, el grupo entre 20 y 24 años representaba un 35 % y el 31 % restante correspondía a los jóvenes entre 25 y 29 años.

La población total de jóvenes entre 15 y 29 años se repartía según sexo en 49,5 % de mujeres y 50,5 % de varones. Esta relación era similar en casi todas las provincias con excepción de Jujuy, Tierra del Fuego, ciudad de Buenos Aires, provincias de San Juan y Tucumán, donde el mayor porcentaje eran mujeres. El 52,9 % de los jóvenes entre 25 y 29 años estaban casados o vivían en unión consensual.

En el total del país los porcentajes de jefes/as de hogar crecieron en relación directa al aumento de la edad. El 1,2 %, 13,3 % y 26, 4 % respectivamente, para los grupos entre 15 y 19 años, 20 y 24 años y 25 y 29 años, dentro de los cuales la participación relativa de las mujeres fue mayor.

Con respecto a la inserción en el sistema educativo formal, un 76, 6 % de jóvenes entre 15 y 19 años asistía al sistema educativo formal. De los jóvenes que tenían entre 20 y 24 años asistían un 40, 5 % mientras que para el tramo entre 25 y 29 años la asistencia era de 17,0 %. Era mayor el porcentaje de jóvenes que no estaban asistiendo a un establecimiento educativo (53,4 %) que quienes sí lo hacían (46,3 %).

Para el total del país, la tasa de actividad para el grupo de edad entre 15 y 29 años era de 59,2 % para los varones y 42,5 % para las mujeres. La diferencia entre varones y mujeres seguía siendo notable para la tasa de empleo (43,9 % para los varones y 30,6 % para las mujeres). Era menor la brecha que existía en la tasa de desempleo: 25,8 % varones y 27,9 % mujeres.

Al observar la relación que existía entre la tasa de actividad según tramo de edad, se advertía cómo la primera se acrecentaba en relación directa al aumento de edad de los jóvenes. Lo contrario sucedía con la tasa de desempleo, que descendía en relación inversa al aumento de edad.

La mayor tasa de actividad para el total de población de varones jóvenes entre 15 y 29 años se registraba en la provincia de Buenos Aires con el 64,4 %. La tasa de empleo más alta, para la misma población, se registraba en la ciudad de Buenos Aires con 54,5 %, mientras que la mayor tasa de desempleo se observaba en la provincia de Jujuy con 37,9 %.

Para el grupo de población total de mujeres entre 15 y 29 años, la mayor tasa de actividad y de empleo se registraba en ciudad de Buenos Aires con un 57 % y 43,4 % respectivamente. Mientras que la mayor tasa de desempleo se observaba en Jujuy con el 37,7%.

Con respecto a los jóvenes que no trabajaban, no estudiaban y no eran amas de casa (excluidos), para el total del país la cifra alcanzaba el 15,2 % entre los jóvenes de 15 a 29 años; el mayor porcentaje se ubicaba en San Luis y Tucumán con un 18,1 %. El grupo de edad que aparecía más afectado por la exclusión era el tramo comprendido entre 20 y 24 años con 18,2 %; en segundo término el grupo de 25 a 29 años con 14,9 % y, por último, el tramo entre 15 y 19 años con 12,3 %.

Los indicadores de pobreza, tanto para varones como para mujeres, eran alarmantes para el total del país. En el grupo de 15 a 29 años un 63,6 % de pobres eran varones y un 60,4 %, mujeres.

La situación de los jóvenes en el Aglomerado Gran Buenos Aires, era comentada por U. Metlika y S. Tissera (2002)¹⁸. Estos investigadores manifestaban que los jóvenes constituían una de las principales víctimas de la transformación estructural y de la crisis del mundo del trabajo en particular a partir de la década del 90 donde se instaló en la sociedad el problema del desempleo del jefe del hogar, adelantando la salida laboral del joven aún antes de completar su ciclo de formación. Con un crecimiento económico insuficiente, los jóvenes accedían al mercado con una marcada desventaja y eran especialmente vulnerables al desempleo.

Estos autores analizaron la situación de los jóvenes entre 15 y 19 años provenientes del 40 % de los hogares más pobres de la sociedad, según indicadores de presencia dentro del hogar de jóvenes que no estudiaban, ni trabajaban, ni eran amas de casa; asistencia escolar y condición de actividad dentro del hogar, obteniéndose los siguientes resultados: el 77 % de los

hogares pobres del Aglomerado Gran Buenos Aires contaban con jóvenes que no asistían a la escuela formal; en el Conurbano el 72%. La evolución de los hogares con jóvenes según su asistencia al sistema formal se correlacionaba directamente con la evolución de los hogares con presencia de jóvenes excluidos que no realizaban ningún tipo de actividad.

Con respecto al desempleo juvenil en la provincia de Santa Fe, los datos arrojados por la Encuesta Permanente de Hogares (EPH)¹⁹ para octubre de 2002, mostraban que para el Aglomerado Santa Fe, el grupo de jóvenes entre 10 y 19 años presentaba una tasa de desocupación del 56,9 % y el grupo entre 20 y 29 años, de 28,0 %. En el Aglomerado Rosario las tasas de desempleo en los mismos grupos de edades, para mayo de 2003 fueron de 56,7 % y 29,6 % respectivamente.

Desempleo y Salud Mental

La relación entre salud mental y desempleo ha sido objeto de estudio en diferentes contextos sociales, a continuación se relatan algunos de los hallazgos bibliográficos más importantes.

Al discutir las implicancias del desempleo G. Kessler (1996)²⁰ hace referencia a las particularidades de la juventud en esa situación, especialmente cuando se trata de la imposibilidad de conseguir el primer empleo. Ese autor parte de la hipótesis de que la inserción laboral constituye uno de los acontecimientos más importantes para el joven por que marca la entrada de éste a la vida adulta y además produce un cambio en la posición familiar. El desempleo afecta la autonomía del joven, lo posiciona en un lugar dependiente que ya creía superado, le retrasa los planes de futuro y le produce una sensación de “falta de lugar” por la imposibilidad de desempeñar el rol que a su edad la sociedad le adjudica.

Robert Desjarlais y Col. (1997)²¹ realizaron un análisis de la salud mental en el mundo sobre la base de las investigaciones efectuadas por diferentes equipos de expertos. En este marco comentan que los nexos entre las fuerzas sociales y la enfermedad son complejos y variados, su examen cuidadoso sugiere que la salud mental casi siempre está relacionada con aspectos más generales vinculados con la solvencia económica de la familia o comunidad, el ambiente en donde vive el individuo y el tipo de recursos a los que se puede echar mano.

Los autores plantean que un examen superficial puede sugerir que estos problemas tienen orígenes y cursos históricos diferentes, pero si se realiza un escrutinio más detallado se puede inferir que sistemáticamente los trastornos mentales están relacionados con las desventajas políticas y económicas que hoy en día sufren en el mundo las comunidades desvalidas. Analizan que en la actualidad una quinta parte de la población mundial vive en

condiciones de la mayor miseria y que la pobreza crea condiciones para la enfermedad, conflictos sociales, inestabilidad política y desesperación. Si a esto se le agrega la situación de desempleo, cuya tasa ha aumentado en muchas partes del mundo lo mismo que la tasa global de pobreza, los factores que inciden en la salud mental se exacerban.

Estos autores comentan que aunque la carga de los problemas de salud mental es enorme cuando se analizan los valores de años vida perdida (según un informe del Banco Mundial de 1993 era de 8.1), las estadísticas nacionales e internacionales no dan cuenta de la enorme carga de sufrimiento que éstos imponen ya que no son causa de mortalidad inmediata. Las investigaciones actuales demuestran que todos los trastornos mentales son biosociales y que cualesquiera que sean los procesos psicológicos involucrados, la naturaleza del ambiente social influye en la vulnerabilidad de la persona a las enfermedades mentales y en el curso que siguen dichas dolencias. En estos últimos años se han desarrollado una importante cantidad de investigaciones empíricas que sugieren que la presencia o ausencia de empleo es uno de los mejores indicadores de bienestar o de presencia de trastornos mentales.

Con respecto a la salud mental en los jóvenes, estos autores abordan la problemática del suicidio. Partiendo del supuesto de que como el suicidio es un acto altamente estigmatizado las estadísticas son poco fidedignas por la gran cantidad de subregistros; a pesar de esto la problemática es de suma importancia ya que en un informe del Banco Mundial el suicidio entre los jóvenes en 1990 representaba el 1.6 % de la mortalidad mundial. Las tasas de intento de suicidios superaban entre 10 a 20 veces esas cifras. El suicidio representaba la segunda o tercera causa de muerte en ese grupo etáreo.

Analizando las posibles causas de la situación, los autores planteaban que los actos de suicidio se relacionan con una gama de factores de naturaleza social, políticos e ideológicos; entre los factores sociales sobresale el desempleo -ya que generalmente se encuentra asociado a sentimientos de inutilidad y desesperación-, la violencia doméstica y colectiva, las protestas sociales y políticas y el sentimiento de falta de sentido de la vida.

D. Fergusson y Col (1997)²² examinaron las asociaciones entre el desempleo y las tasas de desorden psiquiátrico en una cohorte de personas jóvenes mayores de 18 años de Nueva Zelanda. Se evaluó la duración del desempleo y se lo relacionó con el diagnóstico de depresión mayor, ansiedad, desorden de la conducta, dependencia de nicotina, otros abusos o dependencia de sustancias, intento de suicidio, las circunstancias sociales por las que atravesaba el joven y el contexto familiar

Los datos relevados permitieron a los autores concluir que la exposición creciente al desempleo era asociada con riesgos también crecientes de desorden psiquiátrico. Aquellos expuestos a 6 meses o más de desempleo tenían proporciones de desorden que eran 1.5 a 5.4 veces más alto, que aquellos no expuestos al desempleo. El riesgo elevado de desórdenes en los desocupados se asociaba al contexto familiar y a los factores personales previos que estaban presentes antes de dejar sus estudios, no obstante, aquéllos expuestos al desempleo tenían proporciones significativamente más altas de desorden de ansiedad y desórdenes de uso de sustancias.

J. Lai y Col (1997)²³ investigaron el impacto del desempleo en la salud psicológica de las mujeres aplicando el Cuestionario General de Salud. Estudiaron 86 mujeres desempleadas y 79 mujeres con empleo en Hong Kong. Los resultados mostraron que las participantes desempleadas tuvieron mayores trastornos que sus pares firmemente empleadas. El predominio de trastornos (54%) presentes en las mujeres desempleadas resultó comparativamente más alto que el hallado en otros estudios similares en Occidente.

En Italia el riesgo de suicidios entre los desempleados era 3.4 veces mayor que en la población con trabajo, acentuándose en las personas jóvenes. Franco De María y Col (1997)²⁴ estudiaron las variaciones del suicidio en los jóvenes de 15 a 19 años en el período de 1983-1991 en la ciudad de Trieste, relacionándolo con indicadores sociales de salud como el desempleo, el consumo de vino, la deprivación social y la delincuencia juvenil.

Los resultados establecieron una correlación estadísticamente significativa entre la tasa de suicidios juveniles, el consumo de vino y el desempleo. La estabilidad familiar apareció como un factor de protección muy significativo para el riesgo de suicidio en los jóvenes.

Un estudio similar enfocado hacia las ideas suicidas con relación al desempleo de largo tiempo, fue realizado por B. Claussen (1998)²⁵. Para el estudio se tomó una muestra aleatoria de sujetos entre 16 a 63 años, registrados como desempleados por mas de 12 semanas en municipalidades de Grenland, Noruega, durante 1988, a los que se estudió nuevamente en 1990 y en 1993 con cuestionario postal.

De los que estaban desempleados en 1988, 83 % no dieron respuestas positivas a los cuatro ítems de GHQ relativos al suicidio, un 5 % contestó en forma positiva en los cuatro ítems y un 12 % tuvo entre 1 a 3 respuestas positivas.

Cuando se volvió a aplicar el cuestionario, a los dos años posteriores, el número de respuestas positivas fue más bajo, encontrándose que el 40 % de las personas estudiadas

estaban empleadas al momento de contestar. El autor plantea que el hecho de que los sujetos estuvieran re-empleados podría ser una explicación de la disminución en la ideación suicida. La asociación entre el tipo de empleo conseguido y la anterior ideación suicida parecieron ser débiles por lo que podría reafirmarse la hipótesis de que la reducción de las ideas de suicidio se debió a la obtención de un empleo, independientemente del estatus del mismo.

La prevalencia de ideación suicida obtenida fue de un 18 % para los menores de 30 años, 21 % para los de mediana edad y 3 % para los mayores de 50 años. Las personas que vivían solas tuvieron una prevalencia del 23 %, y las personas que vivían con alguien tuvieron una prevalencia del 14 %.

En la década de los '90 se realizó el primer estudio sobre la salud mental de los jóvenes chilenos por el Instituto Nacional de la Juventud (INJUV) en colaboración con el Departamento de Psicología de la Universidad de Chile (1999)²⁶. Para la recolección de los datos se aplicó el Cuestionario General de Salud en una muestra seleccionada en forma polietápica de 982 personas residentes en las regiones III, VIII y Metropolitana. La muestra seleccionada fue dividida en rangos etáreos: un tercio de los consultados correspondieron a individuos de 15 a 19 años, otro tercio a personas entre 20 y 24 años y una cantidad similar de 25 a 29 años. El nivel de confianza del estudio fue de 95,5 % con un margen de error de 3,0%.

Los resultados revelaron que alrededor de 450 mil personas (el 17,6 % de la muestra) evidenciaban un bajo nivel de salud mental. Esto significa que se encontraban expuestos o ya desarrollaban algún tipo de anomalías relacionadas con su autoestima, vida afectiva y capacidad para relacionarse con otras personas.

Al separar por sexo el universo encuestado, la investigación indicó que la cantidad de mujeres con bajo nivel de salud mental era mayor que la de hombres en la misma situación (21,2 % y 14 %, respectivamente). Las mujeres se encontraban más expuestas a sufrir trastornos emocionales que los hombres (36,9 % versus 25 %), entendiéndose estos trastornos como aquellos que afectan la capacidad de tomar decisiones, la concentración, el sueño y la percepción de ser útil para los demás. En relación con este mismo tema, un dato significativo que arrojó la encuesta, fue que uno de cada tres jóvenes de estratos bajos presentaba riesgo de sufrir un trastorno emocional.

Un aspecto previsible que ratificó el estudio fue que a mayor grado de pobreza era más alto el riesgo de estar en un nivel bajo de salud mental. Los jóvenes más pobres presentaron una menor capacidad de promover su desarrollo personal y enfrentar situaciones-problema que los de sectores medios. Para los autores, el mayor riesgo que enfrentan los jóvenes de

escasos recursos se asocia directamente a la falta de soportes sociales eficientes, es decir, redes personales o institucionales (amigos y organizaciones comunitarias) que presten apoyo práctico y afectivo en momentos de crisis. El estudio concluyó que los jóvenes de sectores bajos presentaban una situación desmejorada en lo que se refería a la eficacia operativa de sus redes sociales personales, comunitarias e institucionales.

En relación con las redes sociales, las mujeres aparecieron mejor dotadas de ellas que los hombres y, por lo tanto, el entorno les resultaba más eficiente para solucionar problemas y proveerse de apoyo material y/o afectivo. Los hombres, en cambio, mantenían tipos de relaciones que no incluían el intercambio de experiencias problemáticas, marcando una tendencia a la resolución personal de esas situaciones.

Uno de los supuestos de la investigación que se comenta, era que el nivel de salud mental de los jóvenes estaba condicionado por sus estilos, contextos y condiciones de vida; el soporte social-afectivo-instrumental con el que cuentan y la oferta institucional de servicios existentes en sus espacios de vida. Los estilos de vida expresan los modos en que un joven interactúa con su ambiente social y material; expresan sistemas de valores, individuales y colectivos, y juegan un rol importante en la conformación de la identidad. Desde el punto de vista de la salud mental negativa, el estilo de vida puede conducir a trastornos emocionales y conductuales severos, a la delincuencia, la adicción y, en algunos casos, al suicidio. Desde la perspectiva de la salud mental positiva, el estilo de vida entrega una identidad sólida, un nivel alto de autoestima, un desarrollo de capacidades, habilidades y competencias psicosociales.

Dentro de los resultados obtenidos se encontraron diferencias significativas por edad en las dimensiones de bienestar subjetivo, soporte social y probabilidad de trastornos emocionales. Los jóvenes entre 15 y 19 años aparecieron con un nivel de bienestar subjetivo menor que los jóvenes mayores de 20 años, lo que significaba para los autores que en los adolescentes existe una auto percepción más negativa y una autoestima más baja, así como una insatisfacción mayor respecto de la afectividad de su entorno más cercano. Por el contrario, mostraron un mejor soporte social que los jóvenes entre 20 y 29 años, lo que implicaba que poseían una mejor red social, parental, comunitaria e institucional.

Con relación a la dimensión probabilidades de trastornos emocionales también se apreciaron diferencias. Los jóvenes entre 20 y 24 años presentaron una menor probabilidad de riesgo de trastornos que los de los otros dos tramos de edad. En el caso de los adolescentes entre 15 y 19 años los investigadores presumían que ello puede estar influido por los cambios a que se ven expuestos tales como: el egreso de la enseñanza media, el ingreso a estudios

superiores o al mercado laboral. En tanto que en los jóvenes entre 25 y 29 años esta situación los autores la explicaban por la transición al mundo adulto y la adopción de responsabilidades familiares.

De acuerdo a la información que aportaron los jóvenes, los sucesos vitales estresantes que habían vivido o que podían llegar a vivir se concentraron mayoritariamente en los referidos a sucesos biográficos con la familia (muerte de un miembro, separación), y sucesos frente a los cuales los jóvenes tenían una baja protección (desempleo, enfermedades). Estos resultados mostraron la necesidad de generar mayor soporte social, especialmente en los espacios institucionales, como son el ámbito laboral y la atención en salud.

En términos generales el estudio del INJUV permitió llegar a la conclusión de que el soporte social y la probabilidad de trastornos emocionales constituyen variables críticas para la salud mental de los jóvenes. Que las jóvenes mujeres de sectores pobres deberían ser el objetivo prioritario de las políticas públicas dirigidas a la optimización del nivel de salud mental.

Abordando la problemática de la salud mental y desempleo, S. M Montgomery y Col (1999)²⁷ planteaban que existe evidencia que supone una conexión entre el desempleo y los niveles de bienestar psicológico, aunque se continúa debatiendo si el desempleo es lo que produce la morbilidad psicológica o si la asociación es debida a que los desempleados son más vulnerables a enfermedad mental. En función de lo expuesto, los autores evaluaron el efecto del desempleo reciente y acumulado en hombres jóvenes con riesgo de depresión y ansiedad, los que fueron observados en la consulta médica.

El estudio se realizó en una cohorte de 3241 hombres entre 24 y 33 años nacidos en 1958, cuyos datos provenían del Estudio Nacional de Desarrollo Infantil de Inglaterra y que habían tenido alguna consulta sobre ansiedad o depresión previa a la situación de desempleo y con un tiempo de desempleo que variaba entre un año y más de 37 meses.

Los resultados obtenidos mostraron que los hombres que llevaban mayor tiempo como desempleados tenían mayores riesgos de presentar síntomas de depresión por lo que los autores concluyeron que el desempleo era un factor de riesgo para los síntomas psicológicos de depresión que requerirían de atención médica, incluso en los hombres sin vulnerabilidad psicológica anterior.

J. Proudfoot y Col (1999)²⁸ documentaron los efectos psicológicos negativos del desempleo que se caracterizaban por: la disminución de la autoestima y la confianza en sí mismo, el aislamiento social, ansiedad, depresión, satisfacción de vida reducida y

desesperación sobre el futuro. En muchos casos se pudieron establecer que estos efectos se agudizaban con mayor intensidad en circunstancias repetitivas de desempleo.

En función de los efectos indeseables del desempleo, los autores generaron una instancia de intervención psicológica basada en terapia cognoscitiva de comportamiento, dirigida a desempleados de larga data (más de 12 meses). Los resultados demostraron que el grupo de intervención mejoró en las medidas de salud mental significativamente más que el grupo control, así como en el éxito de nuevas búsquedas de trabajo ya que cuatro meses después de la realización del entrenamiento el 34 % del grupo de intervención versus el 12 % del grupo control, habían encontrado trabajo a jornada completa.

Con respecto a los que encontraron trabajo a jornada incompleta o trabajo temporal por cuenta propia, los resultados de mejoría en la salud mental aumentaron a 49 % en el grupo intervención y 28 % en el grupo control, reduciendo los efectos psicológicos negativos del desempleo y ayudando al desempleado a encontrar trabajo.

T. Ytterdahl (1999)²⁹ comentaba que en la Municipalidad de Lillesand, Noruega se invitó a todos los desocupados de larga duración (229 personas) a participar en un Programa de Cuidado de la Salud que consistía en un examen médico general y psicosocial. Los resultados proporcionados por los exámenes permitieron identificar las siguientes alteraciones:

- La pérdida de trabajo despertaba en los sujetos muchas emociones negativas que se relacionaban principalmente con sentimientos defensivos y resignaciones con la consecuente pérdida de autoestima y de la capacidad de respuesta.
- El predominio de síntomas de somatizaciones y ansiedad fue dos veces más alto que en la población normal.
- El predominio de la depresión fue tres veces más alto (24 %) en el desempleado que en la población en general, debiéndose derivar para consulta específica.

M. Varela Novo (1999)³⁰ realizó una investigación a partir de las consultas médicas efectuadas por la población de Galicia a un Centro de Salud especializado en Neuropsiquiatría. Se analizaron todas las consultas efectuadas en el período junio de 1997 a mayo de 1998.

El 50 % de las consultas por primera vez (1.000) fueron realizadas por sujetos desempleados y el 25 % de las 2.000 consultas ulteriores se realizaron con el objeto del chequeo médico periódico.

En el grupo de personas menores de 25 años de edad que no habían tenido su primer

trabajo, los hallazgos principales durante la consulta fueron: ansiedad, cefaleas de tensión, erupciones y baja autoestima.

En el grupo de personas jóvenes con trabajos inestables, se encontraron síntomas de depresión, fobias, anorexia/bulimia, dolor de espalda y desórdenes digestivos funcionales.

Las personas comprendidas en el grupo etéreo de 35 a 50 años desocupadas presentaron síntomas de depresión, síntomas hipocondríacos, dolor de espalda y erupciones.

Los mayores de 50 años, desvinculados de diversas compañías reorganizadas o jubilados, presentaron síntomas hipocondríacos o enfermedad psicosomática.

En una investigación realizada en el Area Metropolitana del Gran Rosario por C. Bonantini, G. Simonetti, M. Michelín y M. Napione Bergé (1999)³¹, con el objeto de analizar los efectos de la desocupación sobre la salud y la vida cotidiana de los actores sociales, se encontró que una importante cantidad de jóvenes entre 18 y 25 años que no tenían sus estudios secundarios completos, buscaban su primer empleo, sin lograrlo. Estos jóvenes tenían un bajo valor acumulado en conocimientos y habilidades e inexperiencia laboral, lo cual hacía mucho más dificultosa la obtención del empleo. Dentro de este grupo etéreo, aquellos con estudios secundarios completos no corrían mejor suerte, ya que los grandes cambios producidos en el final del milenio en el campo de la producción no sólo transformaron a las tecnologías que se aplicaban sino también cambiaron las estrategias de gestión de recursos humanos, con la consecuente generación de nuevos y más exigentes perfiles socio-ocupacionales.

Con relación a la salud de los sujetos, los autores observaron que el desocupado era ganado por crecientes sentimientos de angustia frente a la pérdida de su trabajo y de ansiedad ante la incertidumbre de su futuro. Tanto él como su familia veían deteriorada su voluntad y optimismo a medida que pasaba el tiempo y no surgían oportunidades laborales. Se pudo observar la presencia de trastornos orgánicos y aumento de las somatizaciones

El impacto del desempleo en la salud mental de los jóvenes fue objeto de preocupación en la Unión Europea en el marco de la Conferencia Internacional sobre Desempleo y Salud Mental. Un resumen de las conclusiones fue publicado por I. Pradales (2000)³², quien comentaba la importancia de considerar los estudios que muestran que en el periodo de la juventud existe una correlación empírica entre el deterioro de los estándares de salud mental y el desempleo.

Los síntomas que se destacaban en la asociación salud mental-desempleo eran fundamentalmente: un menor nivel de autoestima y de satisfacción personal ante la vida;

mayores índices depresivos, sentimientos de soledad y niveles más altos de ansiedad; experiencias de alienación, exclusión y marginalización social. Los investigadores también observaron en los jóvenes niveles de propensión hacia conductas de riesgo y violentas, y un sentimiento de estigmatización creciente en la población de jóvenes afectada por el desempleo.

Con datos del Estudio Nacional Australiano de Salud Mental y Bienestar (NSMHWB), J. Pirkis y Col (2000)³³ realizaron un estudio mediante el cual se analizaron los factores de riesgo para las ideas suicidas y el intento de suicidio. La población examinada fue de 10.641 adultos para la cual se obtuvo una tasa acumulativa (12 meses) de ideas de suicidio entre 3.4% y 16.0 %, respectivamente. La tasa de incidencia acumulativa de intentos del suicidio fue de 0.4 % y 3.6 %, respectivamente. Para las ideas de suicidio se hallaron asociaciones con desórdenes de ansiedad, desórdenes afectivos y desórdenes de abuso de sustancias.

Aproximadamente el 12 % de las personas con ideas suicidas progresaron hacia el intento de suicidio, reconociéndose al desempleo como uno de los predictores de las ideas e intento de suicidio más significativo. Los autores recomendaron el establecimiento de estrategias sociales preventivas que se dirijan hacia los efectos del desempleo, reconociendo la multitud de factores que se pueden encontrar enlazados en la problemática de la salud mental y el desempleo.

Ludermir, A. (2000)³⁴ realizó un estudio transversal en la ciudad de Olinda, Estado de Pernambuco, Brasil, con el objeto de estimar la asociación del desempleo y trabajo informal con los trastornos mentales comunes (TMC). La unidad muestral fueron los domicilios de los habitantes, donde se encuestaron a los mayores de 15 años. Como instrumentos de recolección de datos se utilizaron un cuestionario socio-económico y el Self Reporting Questionnaire (SRQ-20) para valorar los TCM.

Los resultados más importantes fueron que el 21 % de la muestra estaba desocupada. La duración del desempleo fue significativamente mayor ($p= 0,03$) en las mujeres (28 meses) que en los hombres (15 meses).

Con respecto a la prevalencia de TMC por sexo se encontró que las mujeres con trabajo formal presentaban una salud mental significativamente mejor que las trabajadoras informales, las desempleadas y las amas de casa, no encontrando diferencias estadísticamente significativas con los hombres en igual situación.

La prevalencia (estadísticamente significativa) de TMC según variables demográficas y socio-económicas fueron: 45,4 % en las mujeres contra 20,7 % en los varones, según la

edad el 25,7 % se ubicaba entre 15 y 24 años (n = 45), según estado civil el 29,5 % en los solteros (n 66), y el 33, 2 % en los casados (n = 104). Con respecto a la escolaridad se hallaron porcentajes superiores en los sujetos con menor escolaridad (49,7 % y 38,4 % en los que tenían entre 0 y 7 años respectivamente).

C. Moise (2000)³⁵ abordó la problemática del desempleo desde el impacto subjetivo. Esta autora entiende que el desempleo prolongado provoca patologías individuales y colectivas de la frustración. Lo más destructivo para la familia es la erosión de la imagen y confianza en sí mismo del hombre como sostén familiar (cultural y tradicionalmente entendido).

Por otra parte, la desocupación en los jóvenes y la imposibilidad de conseguir el primer trabajo se vivencia como un retraso impuesto para la entrada a la vida madura. Los jóvenes experimentan la sensación de "falta de lugar" y la imposibilidad de asumir un rol adecuado para la formación de una familia propia, el estar desempleado significa un retroceso en el logro de su autonomía.

El trabajo es un ordenador central en la vida de las personas por lo que cuando éste no existe se afecta la identidad de los sujetos y por lo tanto se alteran los ritmos vitales. Por otra parte cuando se incrementan las condiciones objetivas de carencia y se instala la amenaza de exclusión, se produce un impacto en lo subjetivo que habitualmente se expresa en melancolía, pérdida de la autoestima y desconfianza. El desempleado se siente aislado con una intensa impresión de soledad y pánico.

Esta autora resalta la presencia del daño psicológico que implica la desocupación y la precarización laboral que se han instalado en Argentina como un "horizonte de amenaza", es decir como una inseguridad crónica, comparable a la que produce una guerra mundial. Esta falta de perspectiva y proyecto implica para los sujetos la génesis de la enfermedad mental.

En esta línea de pensamiento, E. Aguilar (2002)³⁶ reflexionaba sobre las repercusiones psicosociales del desempleo. Esta autora entiende que el desempleo es una situación traumática que produce cuatro efectos fundamentales, por un lado se activa la compulsión, el desocupado se margina, es culpabilizado, se autoreprocha y esto incrementa su culpabilización. Pueden aparecer recursos hacia pensamientos mágicos, cábalas y supersticiones. El sujeto toma medidas defensivas ante el trauma, lo que genera paralización, apatía e indiferencia. La desocupación desarticula la vida cotidiana del sujeto y su entorno. Quienes han perdido su empleo se encuentran en una situación de duelo, disminución de la autoestima, sufrimiento mental y aislamiento. Se instala la incertidumbre y desesperanza.

Con respecto a los efectos psíquicos, esta autora manifiesta que los mismos son diferentes según el género ya que en el caso del hombre su identidad se basa culturalmente en la posibilidad de ganar dinero y mantener su familia, si no aporta dinero se siente como castrado.

En los jóvenes la imposibilidad de conseguir el primer trabajo se siente como un retraso en la entrada a la vida adulta y al seguir dependiendo económicamente de los padres se produce un desfase cronológico que afecta tanto al joven como a sus progenitores.

Cuando los jóvenes pierden el empleo o están sub-ocupados vuelven a depender de los padres o a convivir con ellos, esta situación se agudiza cuando se trata de parejas que deben retornar a los hogares paternos, en este caso se experimentan trastocamientos de los lugares y de los roles, con los consecuentes conflictos que ello acarrea.

M. Aguilera Fernández. y M. Leyvas Pérez, (2003)³⁷ consideraban que el suicidio es una de las causas de defunción más frecuente y, como tal, plantea un grave problema de la salud pública mundial. El incremento de la tasa de suicidios en Cuba y la necesidad de profundizar en los aspectos relacionados con este complejo problema de salud, incentivó a las autoras a realizar este trabajo con el objetivo de conocer la morbilidad y mortalidad por suicidio, la ocurrencia por meses, sexo, edad, métodos empleados y factores de riesgos. En función de esto realizaron un estudio descriptivo y longitudinal de la conducta suicida en el municipio "Calixto García", provincia de Holguín, mediante los certificados de defunción y los modelos de enfermedades de declaración obligatoria del Centro de Higiene y Epidemiología y el Departamento de Estadística Municipal.

Las autores concluyeron que el intento suicida predominó en las edades de 15-24 años y fue más frecuente en el sexo femenino (2:1), el método más utilizado fue la ingestión de psicofármacos. En los casos de suicidio predominó el sexo masculino con el método de ahorcamiento, y la ingestión de organofosforados en el sexo femenino.

Los meses más significativos en los intentos suicidas y suicidios fueron marzo, abril y mayo. Los intentos suicidas se relacionaron con personas jóvenes, menores de 25 años en su mayoría; mientras que los suicidios fueron en mayores de 35 años.

El factor de riesgo predominante en el intento suicida fueron los conflictos matrimoniales, mientras que en los suicidios fue la situación socioeconómica.

C. Bonantini, G. Simonetti, M. Michelín, M. Napione Bergé y L. Di Menza (2003)³⁸ profundizaron en el análisis de los efectos de la desocupación sobre la salud y la vida cotidiana de los actores sociales dentro del Area Metropolitana Gran Rosario. En función de

este objetivo y de las características del problema, desde una perspectiva cuantitativa se administró a una muestra de la población desocupada un instrumento orientado a determinar la percepción subjetiva del estado de salud mental, el Cuestionario Autoadministrable de Depresión y Ansiedad para Pacientes en Atención Primaria (CADEPA) desarrollado por el Departamento de Salud Mental del Hospital de Clínicas de la ciudad de Buenos Aires.

Los resultados obtenidos con el CADEPA mostraron, que del total de la muestra de desocupados, un 40,34 % presentaban síntomas de depresión de cualquier tipo en una escala de leve, moderado e intenso, y dentro de éstos el 15,39% de depresión mayor. Un 24,43 % manifestaron tener ataques de pánico, un 23,86% ansiedad generalizada, un 13,06 % fobias simples y un 6,25 % trastornos obsesivos compulsivos.

Al analizar el peso de cada pregunta del CADEPA con relación a las variables edad, sexo, estado civil, ausencia de obra social y ausencia de subsidio, se encontraron que los diez malestares, con frecuencias más importantes por la intensidad sentida, fueron la agitación, el despertar precoz, aumento de peso, alteración del ritmo cardíaco, distanciamiento social, ideación paranoide, pesimismo, irritabilidad, ansiedad psíquica y aumento del apetito.

Los principales hallazgos con relación a las variables señaladas muestran que los desocupados experimentaban una fuerte alteración de su salud mental, que se expresaba, en general, intensamente en el cuerpo. Los padecimientos se presentaron con una mayor intensidad en mujeres, sobresaliendo algunos como el aumento del apetito y el aumento de peso. En los hombres en cambio, prevalecieron el distanciamiento social, la ideación paranoide y el pesimismo.

Quienes padecieron con mayor intensidad una situación de desempleo fueron las personas mayores de cuarenta años que presentaban una mayor incidencia de los trastornos vinculados con la vida psíquica, tales como pesimismo, ansiedad, ideación paranoide y trastornos vinculados con el sueño.

En el rango de 16 a 40 años se encontraron mayor presencia de síntomas físicos. Al comparar según rango de edades, se observó que el grupo de jóvenes de 16 a 25 años manifestaba un mayor optimismo que podría definirse como natural. Esta posición propia de la edad podría influir en la menor ocurrencia de malestares. En los integrantes del grupo de edad intermedia se observó una mayor depositación de malestares en el cuerpo.

Se encontraron valores de malestares muy altos y predominantes en aquellos sujetos casados o en unión consensual, frente a los valores más bajos que exhibían las personas solteras.

Las personas con responsabilidades familiares se vieron afectadas en su estado psíquico en una forma más acentuada, predominando en ellos el pesimismo y la ansiedad, junto a un marcado distanciamiento social y alteraciones físicas.

Cuando se analizó la presencia de síntomas según el tiempo de desempleo se pudo observar que en los primeros 12 meses éstos eran más intensos.

Con respecto al tiempo en el que estuvieron en su último trabajo se encontró que aquellos que trabajaron menos tiempo presentaban mayores síntomas. En general se pudo constatar que estas personas no eran trabajadores calificados y que no tenían experiencia ni antecedentes laborales.

La Salud Mental en el ámbito comunitario

Las alteraciones en la salud mental documentadas como trastornos mentales, sociales y del comportamiento representan una parte muy importante de los problemas de salud en las poblaciones y se han incrementado los estudios de las mismas en el ámbito del primer nivel de atención de la Salud. A continuación se describen los principales resultados obtenidos y que son considerados de importancia para el presente trabajo.

Para L. Rajmil y Col (1998)³⁹ conocer cuántas personas presentan alteraciones en su estado de salud mental tiene una importancia fundamental para la planificación de los servicios de salud y para evaluar la cobertura y equidad del sistema asistencial. Cuando no resulta posible contar con datos de la población general, puede recurrirse al empleo de datos provenientes de la población que utiliza los servicios de salud.

El objetivo del estudio realizado por estos autores fue el de medir la prevalencia de problemas de salud mental entre las personas mayores de 14 años en Catalunya, en las ocho regiones sanitarias. El instrumento utilizado para estudiar los problemas de salud mental fue el Cuestionario General de Salud (GHQ) de Goldberg en la versión de 12 ítems (GHQ-12), administrado por entrevistador.

En el cálculo de los resultados se utilizó la edad agrupada en cuatro intervalos (de 15 a 24 años, de 25 a 44 años, de 45 a 64 años y más de 64 años), el género y la región sanitaria.

Los resultados obtenidos indicaron que la prevalencia de trastornos mentales, entendida como la probabilidad de padecer problemas de salud mental, fue de 17,42%, siendo de 18,66% en las mujeres y de 15,77% en los hombres.

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas por género con prevalencias más altas en las mujeres en todos los grupos de edad. Comparando los grupos de edad, las prevalencias variaban según el género. En las mujeres la prevalencia fue mayor en las edades

extremas respecto de las mujeres de mediana edad. La prevalencia fue más baja en los hombres mayores de 65 años respecto de los más jóvenes.

En el estudio presentado, la prevalencia fue diferente según la edad en hombres y en mujeres. La presencia de problemas somáticos y algunos factores sociales (más mujeres solas que hombres solos a partir de cierta edad) podrían explicar estas diferencias. En general se observó que los problemas de salud mental tuvieron una frecuencia relativa más alta entre los adultos jóvenes, una menor frecuencia en las personas entre los 50-60 años y frecuencias variables (muy elevada o muy baja) en las personas de mayor edad.

Como conclusión final los autores entienden que aunque resulte complejo obtener una medida de salud mental en la población general, es importante conocer estos hechos para que la planificación de los servicios sea más acorde con las necesidades, ya que un porcentaje importante de aquellos individuos con probables trastornos mentales sería tributario de tratamiento en la asistencia primaria y un porcentaje menor necesitaría atención especializada.

Duch Campodarbe, F.; Ruiz de Porras Rosselló, L., y Otros (1999)⁴⁰ planteaban que los trastornos que cursan con ansiedad y depresión en sus múltiples facetas clínicas, constituyen uno de los diagnósticos más frecuentes en el primer nivel de atención y son la causa de consulta al médico general en la mayoría de los casos.

En función de los estudios revisados, recomiendan la utilización de algunos instrumentos para la detección de estos trastornos, en especial determinados Test de screening del malestar psíquico en general, dentro de los cuales se destaca el Cuestionario General de Salud de Goldberg por su sencillez, eficiencia y rapidez en su implementación.

Los autores comentados plantean que existen múltiples versiones del GHQ, variables en cuanto a los ítems, traducidas (validadas) a diferentes idiomas, habiéndose impuesto la versión de 28 ítems, que en pocos minutos interroga al paciente sobre cuestiones de salud mental con similar validez y poder discriminativo.

M. Fernández del Palacioa, M., y Otros (2000)⁴¹ estudiaron la relación entre salud mental y la convivencia con una familia extensa troncal. La investigación consistió en un estudio de casos y controles de personas de 14 años en adelante, con enfermedad mental confirmada (casos) y sin enfermedad mental (controles), adscriptos a una zona básica de salud, a los que se les aplicó el Cuestionario General de Salud, GHQ-28.

Las variables del estudio fueron: la estructura familiar, edad, sexo, estado civil, nivel de formación, hábitat, tipo de enfermedad mental, antecedentes familiares y antecedentes

personales de enfermedad mental, número de miembros y generaciones que conformaban la familia.

Entre los resultados más importantes del estudio, los autores observaron un mayor porcentaje de mujeres que de varones (60,2 y 39,8 %, respectivamente), 34 casos presentaron antecedentes personales de enfermedad mental (25,6 %) y sólo 7 controles (4,1 %). El 53,1 % de los sujetos estudiados tenían menos de 4 años de formación académica: 73 casos y 88 controles.

Los valores de odds ratio (OR) brutos, con sus intervalos de confianza (IC) del 95 %, respecto de la categoría de familia extensa troncal, fueron de 1,47, por lo que para éstos autores los resultados obtenidos parecen apoyar la hipótesis de que pertenecer a una familia extensa troncal sería un factor de riesgo de enfermedad mental.

P. Brugulat y Otros (2001)⁴² estudiaron las diferencias en el estado de salud entre varones y mujeres a partir de la revisión de fuentes de información disponibles. Dentro de los resultados hallados los autores informaron que las tasas de mortalidad, para las causas y período estudiados, descendieron en ambos sexos, excepto la mortalidad por tumor pulmonar y suicidio, pero el diferencial favorable a las mujeres se mantenía. Los varones presentaron mayor frecuentación hospitalaria para la mayoría de grupos diagnósticos, mientras que las mujeres utilizaban más los servicios de atención primaria. Las mujeres declaraban, en todos los grupos de edad, una peor percepción del estado de salud, presentaban en mayor proporción enfermedades crónicas y discapacidades y una prevalencia más elevada de trastornos mentales.

Según la naturaleza de los problemas de salud, observaron que los varones presentaban enfermedades más graves y fatales y, en cambio, las mujeres acumulaban problemas crónicos a lo largo de la vida, que repercutían negativamente en la valoración de su salud. Las desigualdades de salud entre sexos se han atribuido a razones diversas, tales como diferencias biológicas, exposición a determinados riesgos, forma de percibir y expresar las necesidades de salud, utilización de servicios sanitarios, así como la respuesta de los servicios sanitarios. Los resultados sugerirían que buena parte de la desigualdad en salud según género forma parte de la desigualdad social. En este sentido y entre otros hallazgos, se ha evidenciado el beneficio del trabajo remunerado en el estado de salud percibido por las mujeres y la importancia de los factores sociales de carácter estructural, superior a los conductuales, como determinantes de la salud. También se ha observado que cuando varones

y mujeres se hallan sometidos a condiciones laborales y sociales similares se constatan más similitudes que diferencias en la salud de ambos sexos

Para E. Gabarrón Hortal y Otros (2001)⁴³, la prevalencia de los trastornos depresivos en atención primaria y su capacidad de detección por parte del médico representan un tema controvertido y de gran interés. Por estas razones realizaron un estudio transversal, descriptivo, en el Área Básica de Salud de Gavà II, una zona urbana a 10 km. de Barcelona con 19.000 habitantes.

Se seleccionó aleatoriamente una muestra de 400 sujetos de edades comprendidas entre 18 y 65 años, que acudían espontáneamente a consulta con uno de los 8 médicos de atención primaria del centro de salud (4 del turno de mañana y 4 del turno de tarde).

Se administró un cuestionario sociodemográfico donde se recogieron datos de filiación y presencia de acontecimientos vitales estresantes (AV) en los últimos 6 meses. Los AV recogidos fueron los 10 primeros acontecimientos vitales de la Escala de Acontecimientos Vitales de Paykel (muerte de familiar/amigo, enfermedad personal, accidente propio/ser cercano, embarazo propio/ser cercano, cambio de situación financiera, cambio trabajo/casa, divorcio/separación, matrimonio, pérdida trabajo).

Se administró el test de cribado de depresión (BDI) en su versión autoadministrada de 21 ítems. Posteriormente se revisaron las historias clínicas de los 400 sujetos incluidos, recogiendo: número y tipo de psicotropos que tomaban en ese momento, anotación o no de la presencia de síntomas psiquiátricos por el médico de AP en los 30 días anteriores, derivación o no del paciente a centro de salud mental (CSM), historia previa de enfermedad psiquiátrica, presencia de patología somática de base, fecha de apertura de la historia clínica y número total de visitas realizadas desde la apertura.

La prevalencia ajustada de trastornos depresivos en atención primaria fue de un 20,2%. El médico de AP detectaba correctamente un 55,7 % de estas personas.

El género fue el principal factor asociado a la presencia de trastorno depresivo: la prevalencia en mujeres fue 4 veces superior que en varones (26,8 % frente a 8,1%; OR, 4,15). Los casos infradiagnosticados fueron de un 44,3 %, entre los cuales se encontraban con mayor frecuencia mujeres, personas con estado civil de viudez y jubilados.

Uno de los aspectos destacable fue la alta concurrencia al centro de salud de las personas con trastornos depresivos, en el estudio se encontró que las personas que superaban el punto de corte en el BDI visitaban un 58,9 % más veces a su médico de AP que las que no lo superaban.

E. Alvarez Gálvez y H. Crespo Hervás (2002)⁴⁴ preocupados por el infradiagnóstico de los trastornos psicopatológicos en atención primaria realizaron un estudio sobre una población que consultaba con su médico de familia, en una consulta ambulatoria del INSALUD. Fueron entrevistados 1.160 individuos entre los 15 y los 75 años de edad para obtener información sobre su estado mental. Los datos fueron recogidos con el Cuestionario de Salud General (GHQ-28) y una encuesta de variables sociodemográficas y de salud.

La prevalencia de trastornos mentales en el estudio fue del 40,10 %. Los factores como sexo, edad, estado civil, lugar de nacimiento, profesión, situación laboral, tratamiento psiquiátrico, nivel de estrés, nivel educativo y utilización de los servicios de salud, mostraron una asociación significativa con el nivel de salud mental.

Los autores llegaron a la conclusión de que la probabilidad de padecer un trastorno psicopatológico se encontraba asociada, entre otras, al hecho de pertenecer al sexo femenino, ser de mayor edad, pertenecer a un nivel socioeconómico bajo, tener un elevado estrés psicosocial, padecer una enfermedad somática aguda.

Marco Conceptual

En este apartado se abordarán los aspectos conceptuales más significativos para la investigación desarrollada.

Para abordar la problemática del desempleo resulta de fundamental importancia comenzar con lo que se entiende por trabajo. Al respecto Mariano Noriega (1989)⁴⁵ señala que el trabajo le permite al sujeto producir bienes para satisfacer sus necesidades. El hombre se crea, produce y reproduce en este proceso y elabora sus propios instrumentos para transformar los objetos de la naturaleza por medio de su actividad. El trabajo es la actividad fundamental del hombre, tanto individual como sujeto social, con la que desarrolla sus capacidades imaginativas y creativas.

De acuerdo al trabajo de Carlos Bonantini (1989)⁴⁶, el proceso laboral constituye una práctica social específica, fundante de todo el sistema social. El trabajo es toda actividad humana al servicio de una finalidad teórica o práctica, aceptada como un elemento intencional en el universo de la acción humana. El hombre no es un ser aislado sino que por el contrario es un sujeto socialmente constituido.

El trabajo en su concreción diaria se expresa como proceso, como un conjunto de actividades interrelacionadas que a lo largo de un determinado tiempo dan como resultado el desarrollo de una determinada producción. El reconocer la característica procesal implica aceptar que el desarrollo de esta actividad humana fundamental comporta substancialmente relaciones de cooperación y solidaridad.

La dimensión histórica cobra también importancia en este concepto procesal ya que es a través de ella que se puede comprender acabadamente el contenido del trabajo y la significación que tiene para los actores implicados en él. Tanto las representaciones como los intereses, las valoraciones, identidades, actitudes y comportamientos son permanentemente resignificados por la interacción que existe entre las experiencias actuales de los trabajadores y la memoria histórico-social que necesariamente está involucrada en las prácticas laborales. Desde una concepción amplia puede ser potencializador de las capacidades y del bienestar de las personas, pero también puede generar múltiples problemas de salud en función de los riesgos que implican los diferentes procesos relacionados con el objeto de trabajo; los medios utilizados para ello, la interacción entre el objeto, los medios y la actividad propiamente dicha y, los derivados de la organización y división del trabajo.

El proceso de trabajo no sólo implica una remuneración económica sino la posibilidad que tiene el trabajador de apropiarse del acto. Con este término se hace referencia

a “...una concepción de salud psíquica que remite a la unidad del pensar y del sentir: hacer como acto, como acción, como actuación” (Schvarstein, L y Leopold, L. 2005)⁴⁷, según la cual la persona que trabaja se inserta en un sistema de representaciones que no sólo le dan identidad (sentirse socialmente útil, ser parte de la producción de un algo) sino que también constituye una forma de desarrollo de la subjetividad pasando del sujeto “sujetado” de su familia, al sujeto productor.

Por otra parte el “no trabajo”, que entre otros factores se expresa como desempleo o subempleo, también impacta en la salud de las personas y de su entorno. (Betancourt, O., 1999)⁴⁸.

En este contexto es necesario establecer una diferenciación entre trabajo y empleo. Una persona puede realizar un trabajo sin necesidad de estar empleada, por ejemplo un micro emprendedor. Una persona que no tiene un trabajo no necesariamente es un desempleado (ej. un rentista). No existe una relación unívoca entre empleo y subsistencia, o entre trabajo y subsistencia. El trabajo es una categoría más amplia que contiene al empleo, pero el empleo no es la única categoría que define al trabajo. Si a esta categoría amplia se la define no solo por la acción, sino también por la intención, trabajar implicará realizar una actividad productora de bienes y servicios materiales e inmateriales, destinada a satisfacer las necesidades de la vida social e individual de los sujetos en condiciones de dignidad y bienestar (Bonantini, C. Domínguez, E.; Michelín, M y Simonetti, G., 2002)⁴⁹

Por lo tanto, se entiende por empleo a una ocupación remunerada con relación de dependencia y por desempleo a su carencia. El desempleado es un sujeto que forma parte de la población económicamente activa y que por motivos ajenos a su voluntad se encuentra excluido del circuito productivo, desea reingresar al mismo pero por diversas razones no lo logra.

Es importante destacar que la ocupación implica que la remuneración obtenida por la actividad efectuada satisfaga las necesidades básicas de los sujetos. Por lo que el desempleo no solo debe ser considerado desde una perspectiva económica sino como un fenómeno que se constituye en una patología social ya que afecta la salud mental individual y colectiva de quienes lo padecen (Bonantini, et al, 1999, 2003)⁵⁰.

V. Galli y R. Malfé (1996⁵¹), comentan que el sujeto estará siempre en un proceso de reconstrucción de su identidad, aceptando las incertidumbres, crisis y dificultades cotidianas, sin embargo al darse situaciones sociales displacenteras o agobiantes como el desempleo acontecido en las dos últimas décadas en la Argentina, necesariamente se producen efectos en los sentimientos, en el placer y en el funcionamiento del cuerpo de los mismos. Como

producto de ese sufrimiento excesivo los sujetos sienten una paralización y desconcierto en el sentimiento de identidad y en los proyectos vitales. Esta situación impacta no solamente en las personas sino también en la sociedad en su conjunto y por lo tanto en las representaciones en las que el fenómeno es significado. Esta postura es compartida por J. Moya i Ollé (1999⁵²).

En función de las consideraciones realizadas hasta el momento, se hace necesario trabajar algunos conceptos referidos a la salud en general y a la salud mental en particular.

Se entiende al proceso de salud-enfermedad como socialmente determinado, abandonando el concepto de salud como mera ausencia de enfermedad. M. Noriega (1989)⁵³ considera que el término salud es relativo, pues variará de acuerdo a los diferentes intereses sociales de los actores.

Desde esta perspectiva progresista y humanista, en la que la centralidad social está ocupada por el sujeto, la salud involucra la posibilidad y la capacidad que las personas tienen para controlar y dirigir sus procesos vitales (el trabajo, el consumo, la recreación, los procesos culturales, etc.), es decir, la manera de vivir y reproducirse en sociedad.

Ampliando este concepto con la idea de dinamismo que le impone Floreal Ferrara (1985)⁵⁴, se asume a la salud-enfermedad como un proceso incesante, continuo e histórico-social.

Incesante, porque implica una acción permanente ante las cuestiones conflictivas, supone la necesidad de proyectarse consecuentemente en una transformación de la realidad. En definitiva la salud no es nunca la misma ya que los criterios de salud-enfermedad cambian al igual que lo hace la sociedad en la que se enmarcan esos procesos.

Continuo, porque de ninguna manera supone la superación definitiva de los conflictos, muy por el contrario hace referencia a un equilibrio inestable que cuando se alcanza inmediatamente se entra en un nuevo conflicto.

Histórico-social, porque su objeto de investigación y trabajo se encuentra signado por una realidad compleja, que no sólo reconoce como determinante a la estructuración contemporánea productiva de una sociedad, sino que se explica en función de su génesis histórica en la cual permanentemente se encuentran las razones de la actual vertebración de los fenómenos que transcurren en la base cotidiana de la sociedad, de los que la salud-enfermedad constituye uno de los más importantes.

La conceptualización de salud incluye la dimensión de lo mental, sin embargo se considera necesario abordar el concepto que el Dr. Vicente Galli desarrolló durante su función en la Dirección Nacional de Salud Mental, que se transcribe a continuación:

"Estado de relativo equilibrio e integración de los elementos conflictivos constitutivos del sujeto de la cultura y de los grupos -equilibrio e integración progredientes; con crisis previsibles e imprevisibles, registrables objetiva o subjetivamente- en el que las personas o los grupos participan activamente de sus propios cambios y en los de su entorno social." (Ministerio de Salud y Medio Ambiente, 1986⁵⁵)

En esta definición se puede destacar la noción del concepto de salud mental vinculado a la cuestión del equilibrio. Es importante señalar que esta no es una noción de equilibrio en sentido absoluto sino que se lo considera como relativo; en términos de Jean Piaget se podría decir que el desarrollo de la personalidad es una búsqueda y ruptura permanente del equilibrio en pos de otro equilibrio superador del anterior.

Además de los conflictos propios, el individuo se ve sometido a la acción ambivalente de lo social. La sociedad le envía mensajes contradictorios, que afectan sus condiciones de equilibrio. Lo que por un lado le ofrece (a través de la publicidad), por otro se lo quita (por las condiciones de carencia a que lo somete).

Se observa que el equilibrio al que se hace referencia es progresivo, en términos de Pichón Riviere un equilibrio espiralado, ya que cuando se rompe se restablece una vuelta más arriba superando el estadio anterior.

Se considera al sujeto como una totalidad que se retotaliza a cada momento. Desde esta perspectiva se reflexiona sobre el sujeto no como una suma de partes sino como un permanente proceso de integración.

Al hablar de proceso de integración necesariamente se está haciendo referencia a la cultura. Se habla de un sujeto culturalmente dado, integrado como persona, pero a la vez en proceso de integración con el todo social y cultural del que participa activamente a través de grupos, organizaciones, instituciones y otras formas culturales (las acepte o las rechace).

Esta definición considera a las personas dentro de su ciclo vital, expuestas a situaciones de vulnerabilidad o crisis en las que se juega la salud o la enfermedad.

Según Jaime Breilh (2003)⁵⁶, los condicionamientos sociales de cada espacio y tiempo, es decir los procesos en los que se desenvuelve la Sociedad y los modos de vida grupales, adquieren propiedades protectoras o benéficas (saludables) o destructivas y deteriorantes (insalubres) que se desencadenan simultáneamente. Cuando un proceso se torna beneficioso se convierte en favorecedor de las defensas y soportes y estimula una direccionalidad favorable para la vida humana, individual o colectiva, mientras que cuando

ese proceso se torna destructivo provoca privación o deterioro de la vida humana, individual y colectiva.

Desde otra perspectiva teórica, pero coincidiendo con lo expresado en el párrafo anterior, Alvaro, J y col (1992)⁵⁷ y Fahrer, R. (2003)⁵⁸, plantean que existen situaciones en la vida de los sujetos, promotoras de cambios significativos, que pueden potencializar la salud de los mismos o influir en la salud mental. Estas situaciones se conocen como “acontecimientos vitales”.

Los acontecimientos vitales forman parte del proceso de crecimiento y desarrollo propio del ser humano, o del proceso de reacción ante las vicisitudes y conflictos que se derivan de la acción social. En cualquiera de los casos el sujeto desarrolla sus habilidades de afrontamiento más constructivas o se descompensa.

Los sucesos vitales también se denominan “crisis vitales” y abarcan las situaciones que afectan la salud, las que se relacionan con los cambios en la vida de pareja, doméstica o económica, las relacionadas con las relaciones sociales, con el trabajo o la falta de éste, etc.

Si el desempleo se configura en una crisis vital para el sujeto y su entorno, se hace necesario definir que se entiende por crisis y como ésta se relaciona con la salud mental.

Según el Diccionario Etimológico de la Lengua Castellana (Corominas, J, 1996)⁵⁹, el término crisis deriva del griego *krisis* que significa decisión. Por su parte A. Ferrarer Mora (1999)⁶⁰, plantea que “el sentido originario de crisis es juicio (en tanto que decisión final sobre un proceso), elección y en general terminación de un acontecer en un sentido u otro....suele entenderse por crisis una fase peligrosa de la que puede resultar algo beneficioso o algo pernicioso para la entidad que la experimenta, en general, no puede, pues, valorarse a priori una crisis positiva ni negativamente ya que ofrece por igual posibilidades de bien o mal....Una característica común de toda crisis es su carácter súbito y por lo usual, acelerado”.

A. Quiroga (1998)⁶¹, plantea que esta situación se asocia con ruptura, discontinuidad súbita, desestructuración de un orden previo. En los momentos de crisis los actores sociales se desenvuelven en un clima de confusión, ambigüedad e incertidumbre y los sujetos corren el riesgo de quedar atrapados en esas “crisis” sin poder posicionarse como protagonistas de ese momento histórico, lo que anticipa la posibilidad de un fuerte impacto en la subjetividad de los mismos. Como el sistema social es el sostén del psiquismo, el quiebre del orden social puede convertirse en crisis del sujeto, emergiendo la angustia, el pánico, o una vivencia catastrófica.

Continúa afirmando la autora de referencia, que la crisis económica afecta el aspecto central del sujeto en su condición de productor, quedando cercenado el acceso a la

satisfacción de las necesidades básicas e intensificándose los sentimientos de vulnerabilidad y el sufrimiento psíquico. Durante las crisis profundas el sujeto se desconoce a si mismo, sus potencialidades le resultan ajenas o inexistentes y las relaciones son fuertemente puestas a prueba. En los procesos de crisis la situación descrita no tiene connotaciones de inevitable, las vivencias y el destino de los sujetos insertos en las mismas dependerá si éstos se posicionan como actores sociales o como meros espectadores en un lugar de exclusión y pasividad.

Desde un punto de vista clínico y en referencia a la salud mental, R. Fahrner (2003)⁶² comenta que la crisis es una forma de estrés severo percibido por el sujeto como traumático, amenazante (real o imaginario) para la autoestima e integridad personal, originado por diferentes causas. Se puede decir que un sujeto esta atravesando una crisis cuando experimenta síntomas que implican rupturas importantes en las respuestas afectivas, cognitivas, comportamentales, sociales y/o fisiológicas.

R. Fahrner comenta que las crisis pueden dividirse, de acuerdo a las fuentes que las ocasionan, en madurativas, situacionales y accidentales. Se denomina crisis situacional cuando el sujeto es confrontado con una situación que ocurre repentinamente, que provoca una irrupción traumática en el modo habitual de su vida empujándolo a un estado de desorganización, como por ejemplo la pérdida de su trabajo (desempleo), entre otras situaciones.

B. Johnson (2000)⁶³ considera que las crisis se precipitan dependiendo de las percepciones del sujeto, sus habilidades de afrontamiento y los sistemas de apoyo que tenga disponibles. En el estado de crisis el sujeto atraviesa por cuatro fases caracterizadas por diferentes grados de ansiedad como resultado o respuesta a un acontecimiento traumático. En cada fase el sujeto intenta utilizar los mecanismos de afrontamiento a los que se encontraba habituado pero si no consigue resolver el problema, el nivel de ansiedad aumenta hasta llegar a la cuarta fase en donde los recursos internos y los sistemas de apoyo son totalmente insuficientes e inefectivos provocando una situación de estrés y ansiedad que llega a límites intolerables.

Según B Jonson, en esta situación el sujeto experimenta diferentes respuestas que resultan evidentes a través de síntomas que se relacionan con: ansiedad, depresión, alteraciones en los procesos del pensamiento y resolución de problemas, disminución de la autoestima, aislamiento social, deterioro de la interacción social, alteración en los patrones del sueño, deterioro en la comunicación verbal, alteración de la interacción social con los

familiares y compañeros y malestares de tipo somático, entre otros.

La situación descripta en el párrafo anterior se asemeja a los malestares que los desempleados presentaron en las diversas investigaciones relevadas y que forman parte de la introducción de este trabajo.

Las crisis en general y las situacionales en particular, suelen tener una duración relativamente breve, pero cuando los sujetos no pueden utilizar eficientemente sus estrategias de afrontamiento (individuales o colectivas), éstas pueden ser desencadenantes o mantenedoras del malestar psíquico pudiendo alterar la salud mental de los mismos.

Por lo expuesto hasta el momento se puede colegir que el límite entre enfermedad y salud mental no puede definirse con claridad y en este sentido se debe reconocer que los criterios para designar a una persona como sana o enferma han variado a lo largo del tiempo, dependiendo fundamentalmente de los posicionamientos teóricos de la comunidad científica y en función de las características sociales, históricas y culturales de los diversos contextos organizacionales.

E. Pichón Rivière, retomado por Ana Quiroga, planteaba: “toda concepción de salud mental implica y reenvía a una concepción de sujeto, del mundo y de la historia que la fundamenta, nos encontramos con la diversidad de concepciones, o diversidad ideológica que se da en la sociedad” (Quiroga, A, 1998, pp 157)⁶⁴.

Lo concreto es que aún en los albores del siglo XXI, en muchos de los discursos que se mediatizan a través de los medios masivos de comunicación y desde algunos espacios académicos, se sigue transmitiendo una imagen errónea y negativa de la enfermedad mental que consolida algunas representaciones sociales que estigmatizan a las personas con problemas de salud mental y a su entorno.

Esta situación a llevado al Ministerio de Sanidad y Consumo de España a promover y difundir una “Guía de Estilo” destinada a los profesionales de los medios de comunicación, reconociendo a éstos como los principales mediadores de la percepción de la realidad de toda la sociedad en su forma de ver e interpretar el mundo, “para concienciar, informar, orientar y proporcionar recursos y para que puedan elaborar informaciones sobre la salud mental y su colectivo, que sean un reflejo real de lo que es la enfermedad mental, y para que las personas afectadas por una enfermedad mental reciban un tratamiento mediático justo y adecuado” (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2004)⁶⁵.

Si bien el abordaje de las representaciones sociales sobre la salud mental excede la delimitación del campo problemático efectuada en esta tesis, corresponde su mención ya que

los especialistas concuerdan en que la salud mental es uno de los componentes de la salud más invisibles y peor evaluados. La escasez de consultas y de acceso a tratamientos eficaces se relaciona con que los problemas mentales son aún un estigma social.

La Organización Mundial de la Salud (2004)⁶⁶, sostiene que las estigmatizaciones y prejuicios con respecto a la salud mental dificultan las estrategias de prevención y que lamentablemente, en la mayor parte del mundo, no se le asigna la misma importancia que a la salud física; de hecho son escasos los recursos médicos y de enfermeras, en el primer nivel de atención, capaces de reconocer y tratar adecuadamente a las personas con estos problemas.

Por lo expuesto y retomando las conceptualizaciones realizadas hasta el momento, en este trabajo se entiende que una persona tiene salud mental cuando puede, o dicho de otra manera, es capaz de hacer uso de su autonomía o toma de decisiones, realizarse desde el punto de vista intelectual y emocional, reconocer sus habilidades, relacionarse con otros, trabajar productiva y fructíferamente, responder a las demandas de su entorno haciendo frente a las vicisitudes normales de la vida, transformando a la realidad y transformándose a sí mismo.

En los últimos años se han logrado adelantos considerables con respecto a la comprensión y el tratamiento de los problemas de salud mental y esto también ha favorecido la aceptación de ciertos estándares o clasificaciones diagnósticas uniformes y de uso internacional, que han permitido optimizar la comunicación clínica entre los diversos profesionales de la salud, realizar comparaciones basadas en un mismo criterio, favorecer el uso de instrumentos de detección precoz y de la investigación científica. La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), es uno de los recursos de estandarización.

Esta clasificación a través de los años fue cambiando de nombres y atravesando por diferentes revisiones. La primera edición fue presentada por J. Bertillon en 1893, bajo el nombre de Lista Internacional de Causas de Muerte. En 1946, la Organización Mundial de la Salud (OMS) toma el proyecto y decide incorporar “Causas de Morbilidad” a las causas de muerte ya existentes, surgiendo la 5ª Edición. Hasta la 6ª Edición, de 1948, esta clasificación fue utilizada solo para estadísticas de mortalidad (Gersenovich, M., 1995) ⁶⁷.

Actualmente se utilizan por lo menos tres de estas clasificaciones: CIE 9, CIE 9-MC y CIE 10. En todas ellas existe un capítulo sobre enfermedad mental.

Retomando lo dicho anteriormente, no existe una definición que especifique adecuadamente los límites del concepto de enfermedad mental, sin embargo se ha aceptado internacionalmente y con sus limitaciones, el término “trastorno mental” para designar

aquellas situaciones que, al igual que en la salud física, indicarían una alteración de los procesos normales.

Los trastornos mentales han sido definidos mediante una gran variedad de conceptos como por ejemplo: descontrol, limitación, incapacidad, desvío o malestar, éste último término es el que se ha preferido utilizar en este trabajo.

La CIE-10 define a un trastorno mental como: “presencia de un comportamiento o de un grupo de síntomas identificables en la práctica clínica que en la mayoría de los casos se acompañan de malestar o interfieren en la actividad del individuo” (OPS/OMS, 1996)⁶⁸

Por otra parte, la Asociación Americana de Psiquiatría acompañó esta iniciativa con la publicación del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM), el cual también tuvo diferentes versiones. En la actualidad se utiliza la versión denominada DSM-IV que fue publicada en 1994.

El DSM-IV define a los trastornos mentales como “...un síndrome o un patrón comportamental o psicológico de significación clínica, que aparece asociado a un malestar, a una discapacidad o a un riesgo significativamente aumentado de morir o de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad” (American Psychiatric Association, 1994⁶⁹).

En el DSM IV, no se considera trastorno mental a las respuestas de los sujetos a acontecimientos particulares pero culturalmente aceptadas, como por ejemplo la muerte de un ser querido, o a manifestaciones o comportamientos individuales que pudieran entenderse por algunos como “desviados” (político, religioso o sexual), ni los conflictos entre el individuo y la sociedad. Una concepción errónea muy frecuente es pensar que la clasificación de los trastornos mentales clasifica a las personas, lo que realmente hace es clasificar los trastornos de las personas que los padecen.

Como especialista en Enfermería Psiquiátrica, B. Jonson (2000)⁷⁰ recoge los criterios estandarizados en la CIE-10 y el DSM-IV y, desde una visión disciplinaria, sugiere que en las intervenciones de la Enfermera se deben considerar como parámetros de malestar o trastorno, los siguientes:

1. Insatisfacción con las propias características, capacidades y logros.
2. Relaciones interpersonales ineficaces o insatisfactorias.
3. Insatisfacción con el lugar que se ocupa en el mundo.
4. Afrontamiento o adaptación ineficaz a los acontecimientos de la propia vida y ausencia de crecimiento personal.

Para poder comprender la mirada de la disciplina de Enfermería con respecto al objeto de trabajo en esta investigación, se hace necesario explicitar algunas conceptualizaciones con relación a las incumbencias profesionales y en particular en el campo de la salud mental.

La enfermería abarca los cuidados, autónomos y en colaboración, que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos, en todos los contextos. Incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la atención de los enfermos, discapacitados, y personas moribundas. Funciones esenciales de la enfermería son la defensa, el fomento de un entorno seguro, la investigación, la participación en la política de salud y en la gestión de los pacientes y los sistemas de salud, y la formación.

El rol principal de Enfermería en el primer nivel de atención de salud y en el campo de la Salud Mental en particular, consiste en brindar cuidados continuados y globales para la promoción de la salud, la prevención de enfermedades mentales y el mantenimiento de la salud.

El “cuidado Enfermero” se define como una relación de ayuda a la persona o personas y se dirige a satisfacer las necesidades humanas fundamentales o promover las capacidades para el auto-cuidado. La enfermera lo aplica, después de identificar la necesidad de ayuda, desde la perspectiva de la cultura, los valores y las creencias de las personas, respetando la autonomía y fomentando la participación en la toma de decisiones referentes a la salud.

Es en este sentido que la fundamentación teórica de esta investigación está centrada en un modelo conceptual, producto de los desarrollos teóricos de Dorothea Orem (1980)⁷¹ quien integra tres teorías relacionadas: la teoría del auto-cuidado; la teoría del déficit del auto-cuidado y la teoría de los sistemas de enfermería. Para esta investigación se toma la Teoría del Auto-cuidado.

El término "auto" es utilizado para referirse a la totalidad de un sujeto, incluyendo no sólo sus necesidades físicas, sino también las psicológicas y espirituales, y "cuidado" como la capacidad para realizar todas las actividades necesarias para vivir y sobrevivir, como una contribución constante del sujeto a su propia existencia.

El auto-cuidado es una actividad aprendida por las personas, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar. Requiere la acción intencionada y calculada, que está condicionada por el conocimiento y repertorio de habilidades de un sujeto, se basa en la premisa de que los mismos saben cuando

necesitan ayuda y por lo tanto son conscientes de las acciones específicas que necesitan realizar, pudiendo escoger entre distintas opciones.

En esta toma de decisión, en algunas circunstancias y por cualquier motivo, el sujeto puede decidir no iniciar la conducta de auto-cuidado cuando es necesaria, por lo tanto este modelo es posible en la medida que exista autonomía, ligada a la propia legalidad de determinaciones del sujeto y, en lo colectivo con la creación de instituciones que favorezcan la autonomía de sus miembros (Castoriadis, C., 1999⁷²). La inclusión de este autor pone de manifiesto un intento teórico que en la tesis se expresa como la búsqueda de un puente entre los conceptos de enfermería y las necesidades que una sociedad tiene para desarrollarse como instancia histórico social en su apropiación de la autonomía.

Se trata de considerar que solo el sujeto, capaz de participar socialmente en la construcción normativa de la sociedad, puede desarrollar potencialidades que le permitan construir herramientas de comprensión de las causas de su sufrimiento y avanzar en la búsqueda de niveles de autonomía que hagan realidad la teoría del autocuidado en su expresión más desarrollada.

Se debe destacar que las personas satisfacen sus necesidades de auto-cuidado a partir de lo aprendido en el seno de la familia, lo que luego es influenciado, y en algunos casos modificado, como producto de la interacción social. De esta manera, las capacidades de auto-cuidado pueden ser condicionadas por la edad, el estado de salud, la familia, el nivel sociocultural y los medios masivos de comunicación, entre otros aspectos.

Si la salud mental está definida en términos de capacidad, entonces es posible formar en salud mental, diseñar programas que instalen, desarrollen y fortalezcan capacidades individuales y grupales en salud mental. Cuando la Enfermera detecta déficit en las capacidades de auto-cuidado, es decir presencia de malestares, signos o síntomas de enfermedad, debe actuar ayudando a los sujetos a partir de intervenciones de apoyo y educación o dicho de otra manera, promoviendo la salud y previniendo la enfermedad.

La intervención de la Enfermera, en función de la Teoría del Auto-cuidado, puede ser sumamente beneficiosa en grupos poblacionales vulnerables o con necesidades especiales como son los jóvenes desempleados o que se encuentran insertos en circunstancias socio-económicas desfavorables, por las alteraciones en la salud que estas situaciones provocan y que ya han sido expresadas en este informe de Tesis.

Por otra parte, tal como expresa el Ministerio de Sanidad y Consumo de España (2003)⁷³, la mayoría de los problemas mentales de los jóvenes cursan sin que se demande atención de

salud y si en estas edades no se previenen, o no se brinda un tratamiento adecuado, las consecuencias serán visibles a corto, medio y largo plazo. Uno de los indicadores de malestar en los jóvenes, o trastorno no grave de salud mental, parece ser la salud percibida. La percepción del joven con respecto a su propia salud muchas veces se relaciona con las características del entorno familiar, el estilo de vida, el rendimiento escolar, las relaciones sociales y las condiciones de vida.

Como el objeto de estudio de este trabajo es el joven, para finalizar esta sección resulta necesario definirlo ya que el concepto de juventud es otro de los constructos móviles que varía según las disciplinas, culturas, teorías, etc.

Se entiende a la Juventud como una construcción histórico-social en donde intervienen dimensiones biológicas, sociales y culturales, por lo tanto es una etapa caracterizada en el inicio por una serie de cambios fisiológicos que culmina con la plena adquisición de los derechos y deberes del adulto (Delval, J., 1994⁷⁴; Urzúa, R., 1998⁷⁵; Dolto, F., 1988⁷⁶).

Los especialistas sostienen que la etapa de juventud se sitúa entre los 15 y 24 años (Knobel, M., 1998⁷⁷; Delval, J., 1994⁷⁸), aunque en los últimos tiempos y como consecuencia de la prolongación de la educación y la imposibilidad de ingresar al mercado laboral, el límite se extiende hasta los 29 años.

Para V. Martínez (1999⁷⁹), existen dos paradigmas de juventud: el tradicional y el de enfoque integral. En el enfoque tradicional, la juventud es percibida como amenazante, problemática y perturbadora del orden social; en cambio en el enfoque integral, el sector juvenil es reconocido como un componente clave de la sociedad, como un capital humano imprescindible para el desarrollo, como un período especial para la promoción y prevención primaria de la salud.

Se considera que durante esta etapa el joven buscará y definirá su identidad y personalidad y en forma paralela adoptará las decisiones que lo prepararán para un proyecto de vida desde el punto de vista de la inserción laboral, la conformación de una familia y la participación en la vida pública. R. Urzúa (1998)⁸⁰ comenta que la consolidación de la identidad desde el punto de vista de la elección vocacional y laboral es la más afectada por el entorno sociocultural, geográfico y económico del joven y que el equilibrio entre las aptitudes, las expectativas y las oportunidades laborales determinará la posterior calidad de vida y satisfacción de los mismos.

En este trabajo se decidió considerar como jóvenes al grupo etáreo entre 18 y 25 años en función de que en la cultura argentina es a partir de los 18 años que se culmina una etapa

educativa obligatoria y se comienza a ejercer el derecho al sufragio. Por otra parte, este grupo etáreo transita por procesos psicológicos y sociales que suponen cierta homogeneidad dada por valores, dificultades y desafíos, con elementos de comportamiento y visiones de mundo o significados de vida compartidos y con capacidad para su autocuidado en salud.

HIPOTESIS

- I. La manera como se expresa la percepción de malestar psíquico de los jóvenes desempleados es diferencial según: género, edad, nivel educativo, actividad educativa actual, estado civil, presencia de hijos, búsqueda activa de empleo, tiempo de desempleo y características de la residencia.
- II. Los jóvenes desempleados desarrollan una percepción de malestar psíquico diferente a los jóvenes empleados.

Objetivo General

- Analizar la percepción de malestar psíquico de los jóvenes desempleados de la ciudad de Rosario en relación con las características personales, búsqueda activa de empleo, tiempo de desempleo y características de la residencia.

Objetivos Específicos

- Describir si existen diferencias en la percepción de malestar psíquico de los jóvenes desempleados en comparación con los empleados
- Releva la percepción de malestar psíquico de los jóvenes desempleados en relación con género, edad, nivel educativo, estado civil y presencia de hijos.
- Identificar la percepción de malestar psíquico de los jóvenes desempleados en relación con la búsqueda activa de empleo y tiempo de desempleo.
- Indagar la percepción de malestar psíquico de los jóvenes con relación a las características de residencia.
- Reseñar si existen diferencias en la percepción de malestar psíquico de los jóvenes desempleados en lo referente a malestares somáticos, de ansiedad e insomnio, adecuación social y depresión.

CAPITULO II. MATERIAL Y METODOS

Se realizó un estudio descriptivo, transversal. Las variables en estudio fueron las siguientes:

- **Desempleo:** variable independiente, nivel de medición nominal. Se definió como desempleado al joven que no tenía una ocupación remunerada al momento del estudio. Categorías: Sí y No.
- **Percepción de Malestar Psíquico:** variable dependiente, nivel de medición nominal. Se definió como la valoración subjetiva del nivel de salud actual del joven, considerando que no existe malestar cuando la suma del puntaje de los 28 ítems sea igual o inferior a cinco (5) y la presencia de malestar cuando la suma del puntaje total sea superior a cinco (5). Se definieron como dimensiones de la variable a cada sub-escala de malestar, según se indica a continuación:

Dimensiones	Indicadores	Categorías
Malestar Somático	A1: Sensación de bienestar de salud A2: Sensación de necesitar un reconstituyente A3 Sensación de agotamiento y sin fuerzas A4 Sensación de estar enfermo A5: Padece dolores de cabeza A6: Sensación de opresión en la cabeza. A7: Tiene oleadas de calor o frío	No: cuando la suma del puntaje de los indicadores sea igual o inferior a 2 . Sí: cuando la suma del puntaje de los indicadores sea superior a 2.
Malestar de Ansiedad e insomnio	B1: Tiene preocupaciones que le hacen perder sueño B2: Tiene dificultades para dormir toda la noche B3: Se nota agobiado y en tensión B4: Se siente con los nervios a flor de piel y malhumorado B5: Se asusta o tiene pánico sin motivo B6: Sensación de que todo se le viene encima B7: Se nota nervioso y a punto de explotar	No: cuando la suma del puntaje de los indicadores sea igual o inferior a 2 . Sí: cuando la suma del puntaje de los indicadores sea superior a 2.
Malestar de Adecuación Social	C1: Se las arregla para mantenerse ocupado y activo C2: Le cuesta más tiempo hacer las cosas C3: Tiene la impresión de que hace bien las cosas C4: Se siente satisfecho con su manera de hacer las cosas C5: Siente que esta desempeñando un papel útil en la vida C6: Se siente capaz de tomar decisiones C7: Siente que es capaz de disfrutar de las actividades normales del día	No: cuando la suma del puntaje de los indicadores sea igual o inferior a 2 . Sí: cuando la suma del puntaje de los indicadores sea superior a 2.
Malestar de Depresión	D1: Piensa que es una persona que no vale nada D2: Esta viviendo la vida totalmente sin esperanzas D3: Siente que la vida no merece la pena vivirse D4: Ha pensado en la posibilidad de quitarse del medio D5: Ha notado que a veces no puede hacer nada porque tiene los nervios desquiciados D6: Nota que desea estar muerto y lejos de todo D7: Nota que la idea de quitarse la vida le viene repetidamente a la cabeza.	No: cuando la suma del puntaje de los indicadores sea igual o inferior a 2 . Sí: cuando la suma del puntaje de los indicadores sea superior a 2.

- **Tiempo de desempleo:** variable independiente, nivel de medición en intervalos. Se definió como el tiempo que mediaba entre el momento de la encuesta y la pérdida de la última ocupación remunerada. Las categorías fueron: Entre 1 y 6 meses; Entre 7 y 12 meses; Entre 13 y 18 meses; Entre 19 y 24 meses y Más de 25 meses.
- **Búsqueda activa de empleo:** variable independiente, nivel de medición nominal. Se definió como la actitud de búsqueda del joven por cualquier medio. Categorías: Sí y No.
- **Características personales del joven:** variable independiente, incluye las siguientes:
 - **Género:** variable independiente, nivel de medición nominal. Categorías: masculino y femenino.
 - **Nivel educativo:** variable independiente, nivel de medición ordinal. Categorías:
 - Nulo: sin instrucción y primaria incompleta.
 - Bajo: primaria completa y secundario incompleto.
 - Medio: secundario completo y terciario incompleto.
 - Técnico: terciario completo y universitario incompleto.
 - Superior: universitario completo
 - **Actividad educativa en curso:** variable independiente, nivel de medición ordinal. Se definió como la actividad educativa realizada en el momento de la encuesta. Categorías: Sí, No.
 - **Estado civil:** variable independiente, nivel de medición nominal. Categorías: soltero, casado, unión consensual.
 - **Presencia de hijos:** variable independiente, nivel de medición nominal. Categorías: Sí, No.
- **Características de la residencia:** variable independiente, nivel de medición nominal. Incluye:
 - **Distrito Municipal de residencia:** variable independiente, nivel de medición nominal.
 - **Condiciones de la vivienda:** Se definió un índice a partir del tipo de vivienda (casas de material y departamento o casillas prefabricadas), acceso a servicios sanitarios y cantidad de cuartos. Categorías:
 - Muy Buenas: residir en casa de material o departamento, contar con más de dos cuartos y acceso a servicios sanitarios.
 - Buenas: residir en casa de material o departamento, contar con uno o cuartos y acceso a servicios sanitarios.
 - Regulares: residir en casillas, haya o no acceso a servicios sanitarios.
 - **Personas con las que comparte el hogar:** variable independiente, nivel de medición nominal. Categorías: Solo; con sus padres; con su familia propia; con otros; con la familia propia y otros familiares.

Contexto de la Investigación

La ciudad de Rosario se encuentra ubicada al sur de la Provincia de Santa Fe, posee una población estimada al año 2000⁸¹ de 1.011.642 personas (esto representa el 38% del total de los habitantes de la provincia y el 3% de los habitantes del país). Rosario tiene una densidad de población de unos 5.350 habitantes por km².

La ciudad de Rosario cuenta con 79 centros de atención primaria de la salud y con 5 hospitales provinciales y 7 municipales. La Municipalidad de Rosario destina el 25% de su presupuesto a la atención de la salud.

La ciudad se encuentra descentralizada en seis Distritos Municipales, tal como puede observarse en el siguiente mapa:



Los Distritos cuentan con las siguientes características generales⁸²:



Distrito Centro

- Población: 28,2% de la ciudad.
- Estructura etárea envejecida.
- Superficie: un 11,45% del total del Municipio.
- Distribución homogénea en condiciones de vida.
- Los indicadores desmejoran al alejarse del área central.
- Inquilinatos céntricos con condiciones de vida muy precarias.

Asentamientos irregulares muy localizados en la costa alta (más de 2.000 hab.)



Distrito Norte

- Población: 14,3% de la ciudad.
- Estructura etárea semejante a la de la ciudad.
- Distrito heterogéneo, coexisten grandes áreas precarias y otras de muy buen nivel socio-económico.
- Asentamientos irregulares cercanos a las vías del ferrocarril.

Alto % de población con N.B.I. (+ de 10.000 hab.)



Distrito Sur

- Población: 17,7% de la ciudad.
- Conjuntos habitacionales.
- Asentamientos irregulares siguiendo las vías del ferrocarril (30.000 hab., casi la 3ra. parte del distrito).

Zona portuaria lindante con silos y asentamientos irregulares



Distrito Oeste

- Población: 11,8% de la ciudad.
- Estructura etárea más joven que la global.
- Asentamientos irregulares con más del 50% de población con N.B.I., gran concentración alrededor de las vías del ferrocarril (35.000 hab.).

Comparte áreas de asentamiento irregulares con el Distrito Sudoeste.



Distrito Noroeste

- Población: 16% de la ciudad.
- Distrito heterogéneo en condiciones de vida.
- Cuatro áreas muy diferenciadas: conjuntos habitacionales, actividades recreativas privadas, asentamientos irregulares y concentraciones productivas.
- Eje de actividades industriales y comerciales.
- Asentamientos irregulares muy importantes (30.000 hab.).

% poblacional con N.B.I. superior a la ciudad.



Distrito Sudoeste

- Población: 11,5% de la ciudad.
- Estructura más joven que la global.
- Importantes asentamientos irregulares (16.000 – 20.000 hab.)
- Conjunto habitacional al sur del distrito.
- Población con N.B.I. superior al municipio.

Concentración industrial

La población de jóvenes estimada por el INDEC para el Departamento de Rosario es la siguiente:

**Departamento Rosario, Provincia de Santa Fe. Población por sexo
según grupos de edad. Año 2001**

Grupos de edad	Total	Sexo	
		Varones	Mujeres
15-19	99.142	50.119	49.023
20-24	103.893	51.606	52.287
25-29	82.247	40.556	41.691

Fuente: INDEC. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001.

Población y Muestra

La unidad de análisis fue el joven entre 18 y 25 años, desempleado y residente en la ciudad de Rosario.

En una *primera fase* del estudio (prueba piloto), se procedió a extraer una muestra de jóvenes desempleados. Para esto se realizó un muestro estratificado proporcional intencionado y por cuotas; el tamaño muestral calculado fue de 192 jóvenes entre 18 y 25 años. La muestra fue obtenida entre los jóvenes asistentes a la solicitud de empleo publicada en los diarios locales y que reunían el perfil determinado para este estudio. Según las estadísticas oficiales, el porcentaje aproximado de población de 18 a 25 años desempleada en la ciudad de Rosario era de 36.1 %. Considerando un nivel de confianza del 95 % y una precisión del 0.068 % se calculó un tamaño muestral de 192 individuos, los cuales se discriminaron en 24 sujetos por grupo de edad. De los 24 sujetos que se encuestaron por grupo de edad y que constituyeron la cuota para cada edad, se distribuyeron según la proporción de hombres y mujeres (51 % y 49 %, respectivamente), quedando de esta manera una cuota para cada grupo de edad de 12 individuos del sexo masculino y 12 individuos del sexo femenino.

En la *segunda fase* (recolección definitiva de datos) se realizó un muestreo de los jóvenes de la ciudad de Rosario, en forma probabilística y por conglomerados. Para esto se contó con la cartografía actualizada de la ciudad, la que fue solicitada a la Dirección de Viviendas de la Municipalidad de Rosario. En primer lugar, se procedió a seleccionar -por muestreo aleatorio simple- las manzanas de la ciudad de Rosario en las cuales se llevó a cabo el estudio. A continuación, y utilizando la “Distribución poblacional estimada de la ciudad de Rosario por Distritos Municipales y según grupos de edades” elaborado por la Dirección General de Estadística de la Municipalidad de Rosario, se calculó el tamaño de muestra de jóvenes para la ciudad de Rosario, que resultó ser de 673 (con un nivel de confianza del 95 % y una precisión de 0.035).

Tomando en consideración la distribución de jóvenes por edad y distrito de residencia, se aplicó un muestreo estratificado para discriminar el tamaño total de muestra.

Finalmente, la muestra de jóvenes se asignó a cada una de las manzanas seleccionadas en primer término. El procedimiento utilizado para captar a los jóvenes que fueron entrevistados consistió en tomar uno de cada cinco domicilios de cada manzana, hasta completar el número de jóvenes establecido. Se tomaron 418 jóvenes desocupados y 255 empleados, estos últimos con el objeto de caracterizar al grupo y, cuando correspondiera, comparar los resultados con los desempleados que fueron objeto de estudio.

Instrumentos y Técnicas para la recolección de los datos

Se diseñó un cuestionario específico para relevar las variables socio-demográficas, para lo cual se adaptaron criterios utilizados por otros autores en estudios similares. El cuestionario constaba de preguntas cerradas y abiertas por medio de las cuales se recogieron datos sobre edad, desempleo, género, búsqueda activa de empleo, tiempo sin empleo, nivel educativo, estudios cursados en la actualidad, estado civil, hijos, personas con las que compartía el hogar, distrito municipal, acceso a servicios sanitarios, tipo de vivienda y cantidad de cuartos (ver Anexo I).

El instrumento de cribaje para medir malestar psíquico de los jóvenes en estudio, fue el Cuestionario General de Salud de 28 ítems (GHQ-28) de David Goldberg, versión en lengua española validada (Lobo, A. y Muñoz, P, 1996)⁸³. (Ver Anexo I).

Descripción del GHQ:

Este cuestionario fue elaborado con la intención de identificar indicadores de salud mental autopercebida, en particular malestar o trastornos psiquiátricos menores. Fue concebido como un cuestionario autoadministrado dirigido a la situación de salud actual del encuestado.

El cuestionario original en su versión completa consistía de 140 preguntas (Goldberg, D., 1972⁸⁴) y posteriormente se elaboraron versiones más cortas de 60, 30, 28 y 12 ítems respectivamente. El origen de los ítems de esta escala se fundamenta en estudios previos sobre enfermedades mentales y la experiencia clínica del grupo de trabajo de David Goldberg. Recorre cuatro áreas psiquiátricas fundamentales: somatizaciones, ansiedad e insomnio, adecuación social y depresión.

Este instrumento, en cualquiera de sus versiones, consta de proposiciones que deben ser respondidas por el sujeto escogiendo una de las posibles respuestas planteadas dentro de una Escala Likert.

Las respuestas tienen asignado un valor de 0 a 3 puntos, las expresiones que determinan la presencia de síntomas asumen los valores más altos. Según este método el valor máximo se puede obtener por sumatoria simple de las calificaciones obtenidas en cada uno de los ítems (84 puntos).

Otro método de puntuación utilizado es el GHQ (Lobo, A., Muñoz, P., 1996⁸⁵) que consiste en dividir las respuestas entre aquellas que se refieren a enfermedad y las que se refieren a salud, asignando un valor de uno (1) a las negativas y un valor de cero (0) a las positivas.

En cualquiera de las puntuaciones se establece un punto de corte o "cut-off-score" por encima del cual se consideran personas con mayor probabilidad de presentar malestar psíquico y por debajo personas con mayor probabilidad de no presentar un malestar psíquico.

Antecedentes:

En general este cuestionario ha sido recomendado tanto en la investigación epidemiológica como en el trabajo clínico, siempre que se pretenda evaluar un estado general de salud mental. La mayoría de los autores reconocen que la mejor utilización del GHQ es precisamente en estudios epidemiológicos poblacionales en los que se requiera una evaluación de la salud mental en el ámbito primario, preventivo.

Existe una abundante literatura acerca de la aplicación del GHQ en estudios epidemiológicos (de screening), con la intención de evaluar salud mental en el ámbito de la población general o grupos específicos en el primer nivel de atención de salud. También ha sido empleado para valorar la salud mental en grupos de jóvenes (Dala, M., Kapur, M., 1990⁸⁶; Monck, E., y Otros, 1994⁸⁷; Tobin, P., Carson, J., 1994⁸⁸; Guthrie, E., y Otros, 1995⁸⁹; Martinez, A., y Otros, 1996⁹⁰).

Por otra parte, el GHQ ha sido empleado para evaluar la asociación de la salud mental con problemas psicosociales en la mujer y la familia, embarazadas y púerperas, la migración, el apoyo social, el status socioeconómico, las condiciones sociopolíticas adversas, y las situaciones sociales y ambientales especiales, y en personal de la salud. También ha sido aplicado para estudiar la repercusión sobre la salud mental y el bienestar en situaciones estresantes de diversa índole.

La utilización del GHQ en los estudios acerca del desempleo ha sido comentada brevemente en los antecedentes de este informe.

Es necesario señalar el GHQ se ha utilizado en diferentes idiomas y culturas, con sus correspondientes estudios de validación. La versión de 28 ítems ha sido validada en estudios con personas de habla no hispana, en éstos últimos años (Werneke, U., y Otros, 2000⁹¹; Nagyova, I., y Otros, 2000⁹²; Furukawa, T., y Otros, 2001⁹³). En idioma español ha sido validado en España (Lobo, A., y Otros, 1986⁹⁴) y México (Medina Mora, M., y Otros, 1986⁹⁵); entre otros. La mayoría de los estudios de validación han tomado como criterio externo una entrevista clínica, criterio de expertos (médicos psiquiatras), u otras escalas ya validadas.

Prueba piloto.

En la primera fase de la investigación se realizó una prueba piloto con la versión 60 y 28 ítems, con el objeto de determinar cual de las dos versiones presentaba una mejor consistencia interna y discriminación. También se probaron los dos métodos de puntuación (Likert y GHQ).

Considerando que el GHQ presenta cuatro (4) opciones de respuesta que abarcan las posibilidades de un extremo al otro de las sensaciones que experimenta cada individuo, y que el análisis tradicional de efectos adversos está basado en ítems simples (el cual podría ser relevante en el caso que las mediciones se llevaran a cabo por métodos objetivos), en este caso por la complejidad de los ítems y por el hecho que los mismos son expresados por poblaciones supuestamente "sanas", se consideró más oportuno y apropiado basar el análisis de los ítems en dimensiones, donde cada una representa a un grupo distinto de malestar.

Una propiedad que poseen las dimensiones es que ellas son específicas y que pueden ser útiles para discriminar entre pequeñas diferencias que refieran a los efectos sobre la salud que puedan mostrar los individuos.

En un primer momento, las dimensiones estuvieron conformadas con ítems seleccionados de acuerdo con el conocimiento empírico o subjetivo que se posee sobre el malestar que se debe incluir, ya que las escalas de medición de actitudes se consideran conceptualmente como multidimensionales. Por lo tanto previo al análisis del cuestionario se operacionalizaron los diferentes conceptos que conforman el GHQ-60 de la siguiente manera:

Malestar Somático: preguntas: 1 al 10 y 16.

Malestar o alteraciones del sueño: preguntas del 11 a 20 (salvo la 16)

Malestar de Adecuación Social: preguntas 21 a 33 y 42.

Malestar de Ansiedad: preguntas 34 a 41, y 43 a 48, 55 y 58.

Malestar de Depresión: preguntas 49 a 54, 56 y 57, 59 y 60.

Después de esta clasificación preliminar, se llevó a cabo un análisis exploratorio por medio de Análisis de Componentes Principales de manera de encontrar la estructura subyacente de los ítems que estaban relacionados con el malestar psíquico; y para ello se utilizaron los valores de todos los individuos incluidos en la muestra piloto cuyas encuestas estaban completas.

Se encontraron que como máximo eran 17 las componentes que tenían un significado fuerte para ser incluidas, es decir significativas estadísticamente.

Se tomaron aquellas componentes con mayor peso en la extracción y para revelar mejor la estructura de las componentes se utilizó un Análisis Factorial de rotación varimax; fueron seleccionados 5 factores con la composición de ítems que se detalla continuación:

Para la escala GHQ, las 5 dimensiones que surgieron de este análisis fueron:

Dimensión 1: ítems 36, 33, 25, 37, 24 y 42.

Dimensión 2: ítems 16, 3, 2, 1, 7 y 13

Dimensión 3: ítems 59, 56, 52, 51, 53 y 55

Dimensión 4: ítems 18, 11, 17, 14, 10 y 20.

Dimensión 5: ítems 29, 28, 21, 22, 24 y 46

Posteriormente, se pasó a analizar los mismos ítems del GHQ-60 pero por medio de la escala de Likert. Según este análisis las distintas dimensiones con sus correspondientes factores que se indicaron fueron:

Dimensión 1: ítems 36, 30, 35, 28, 46 y 23

Dimensión 2: ítems 49, 43, 47, 52 44 y 55

Dimensión 3: ítems 14, 17, 18, 20, 11, y 12

Dimensión 4: ítems 4, 2, 6, 8, 3 y 7

Dimensión 5: ítems 57, 60, 59, 56, 52 y 58

Observando los ítems que se incluyeron en cada factor (tanto para la puntuación GHQ como para Likert), ambos métodos de puntuación mostraban correspondencia con la operacionalización efectuada al comienzo de la investigación.

Como durante la prueba piloto los encuestados manifestaron que el GHQ-60 era muy largo y cansador, se decidió valorar las respuestas obtenidas en función de la consistencia interna del cuestionario de 60 y 28 preguntas, respectivamente.

Cabe señalar que un Instrumento ideal es aquel que produce mediciones relevantes, certeras, sin prejuicios sensibles; estos requerimientos deben ser muy rigurosos. Las mediciones de naturaleza física o fisiológica tienen mucha mayor probabilidad de lograr esas cualidades que las mediciones de carácter psicológico o conductual; sin embargo, ninguna herramienta de medición es perfecta.

La confiabilidad de un instrumento de medición es un criterio mayor para evaluar su calidad y adecuación. En esencia, la confiabilidad de un instrumento es el grado de congruencia con el cual se mide el atributo.

Otra forma de definir la confiabilidad es según su exactitud. Un instrumento es confiable si su medición refleja de manera precisa los “valores verdaderos” del atributo en

estudio. Un instrumento de medición es más confiable conforme estén ausentes los errores de medición en los valores obtenidos. Una medición confiable es aquella que maximiza el componente de valor verdadero y minimiza el componente de error. Si el error es mayor, menor es la confiabilidad.

Estas dos maneras de abordar el concepto de confiabilidad (congruencia y exactitud) no son tan diferentes como podrían parecer. Los errores de medición que afectan la precisión de un instrumento también alteran su congruencia.

La confiabilidad de un instrumento no es una propiedad de éste, sino que depende de su aplicación a una cierta muestra en determinadas condiciones.

La confiabilidad de una herramienta de medición puede valorarse de numerosas y diferentes maneras. El método elegido depende hasta cierto punto de la naturaleza del instrumento, pero también del aspecto que sea de mayor interés en el concepto de confiabilidad. Los tres aspectos que reciben mayor atención cuantitativa son Estabilidad, Congruencia interna y Equivalencia.

La estabilidad de una medición se refiere al grado en que pueden obtenerse los mismos resultados en aplicaciones repetidas del instrumento. Aquí, la estimación de confiabilidad depende de la susceptibilidad del instrumento a factores extraños que varían de una aplicación a otra.

La congruencia interna suele evaluarse en las escalas psicosociales. Las escalas ideales para medir un atributo se componen de un grupo de preguntas sobre el tema en estudio y no otra cosa. Es factible decir que un instrumento tiene congruencia interna u homogeneidad en la medida que todas sus subpartes miden la misma característica.

En la actualidad, el método que se utiliza más ampliamente para estimar la confiabilidad es el procedimiento de coherencia interna. La razón de esta popularidad es que además de económico (requiere sólo la aplicación de una prueba) es el mejor medio para valorar una de las fuentes más importantes de errores de medición en instrumentos psicosociales, que es la selección de preguntas.

El método de mayor utilización es el coeficiente alfa (o alfa de Cronbach). Este coeficiente produce un índice de confiabilidad que se interpreta de la siguiente manera: los valores normales se encuentran entre 0 y + 1 y cuanto mayor sean los valores, mayor será el grado de coherencia interna.

Como en esta Tesis, interesaba el aspecto de la confiabilidad según su congruencia, se calculó el Coeficiente Alfa para las versiones 60 y 28 ítems del cuestionario, utilizando ambos métodos de puntuación (Likert y GHQ). Se obtuvo el siguiente resultado:

Escala Likert:

GHQ-60, alfa = 0.94

GHQ-28 alfa = 0.89

Escala GHQ:

GHQ-60, alfa = 0.94

GHQ-28 alfa = 0.90

Los coeficientes obtenidos fueron muy similares por lo que se decidió utilizar el GHQ-28 para la recolección de datos definitiva. Con respecto al método de puntuación se decidió utilizar el GHQ dado que el valor del Coeficiente Alfa fue superior (0,90).

Para la elección del mejor punto de corte, se consideraron los antecedentes consignados en la “Guía para el usuario de las distintas versiones validadas en lengua española del GHQ”, publicada por A. Lobo y P. Muñoz. (1996)⁹⁶. Los autores de referencia comentaron que en el estudio de validación del GHQ-28, realizado en la población general urbana de Madrid, los parámetros de sensibilidad y especificidad para los distintos puntos de corte, fueron los siguientes:

- a). Para un punto de corte 4/5: sensibilidad, 82%; especificidad, 70%.
- b) Para un punto de corte 5/6: sensibilidad, 77%; especificidad, 78%.
- c) Para un punto de corte 6/7: sensibilidad, 72%; especificidad, 86%.

Entendiendo que el mejor punto de corte es aquel que proporciona la mejor relación entre sensibilidad y especificidad, se decidió optar por un punto de corte 5/6.

Por lo tanto para este estudio se consideró que una puntuación igual o inferior a cinco (5), para los 28 ítems del GHQ, era indicativa de que los jóvenes no tenían malestar psíquico y una puntuación igual o superior a seis (6) indicativa de que tenían malestar psíquico.

Con este mismo criterio se estableció que para cada sub-escala de malestar del GHQ-28, una puntuación igual o inferior a dos (2) era indicativa de que los jóvenes no tenían malestar y la puntuación igual o superior a dos (2) indicativa de que tenían malestar.

Personal a Cargo de la Recolección de Datos

En la primera fase de la investigación (prueba piloto), el personal a cargo de la recolección de datos estuvo conformado por alumnos regulares de la Cátedra Trabajo de Campo Area Laboral de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Rosario, cuyo programa educativo incluía contenidos de metodología de la investigación y específicos del área laboral.

Los alumnos fueron reclutados voluntariamente previa autorización del Profesor Titular de la misma y de común acuerdo con el docente responsable de la comisión, quien delegó en el investigador la supervisión de la recolección de datos y de preparación específica de los educandos como encuestadores.

El investigador ejerció la función de tutor, en carácter ad-honorem, de los grupos de alumnos que se conformaron y fue responsable de proveer el monto de dinero necesario para cubrir los gastos de material y viáticos de los mismos.

En la segunda fase de la investigación (recolección definitiva de los datos), visto que la Universidad Nacional de Rosario en general y la Facultad de Ciencias Médicas en particular, no subsidiaban económicamente la realización de Tesis Doctorales, el doctorando se hizo cargo de los honorarios de seis encuestadores, a los que capacitó y monitoreó.

La preparación específica de los encuestadores consistió en las siguientes actividades:

1. Identificación del objeto de estudio.
2. Puesta en común de los objetivos e hipótesis de la investigación y de los antecedentes del problema en estudio.
3. Explicación y fundamentación de los conceptos principales abordados en la investigación.
4. Características de la población en estudio, sistema de muestreo y fundamentación.
5. Explicación y fundamentación de los indicadores seleccionados para alcanzar los objetivos del estudio.
6. Fundamentación de los criterios utilizados por el investigador para la selección de los instrumentos de medición.
7. Análisis pormenorizado de cada pregunta incluida en los instrumentos de medición.
8. Adiestramiento para la aplicación del instrumento: consideraciones éticas y legales; presentación personal del encuestador; establecimiento del rapport necesario con el encuestado; responsabilidad y compromiso asumido; instrucciones específicas para la aplicación del instrumento; etc.

Aspectos Éticos y Legales

Se tomaron medidas de seguridad para garantizar el anonimato de los entrevistados durante todo el desarrollo del proceso investigativo.

Durante el entrenamiento de los encuestadores se les explicó la necesidad de mantener la confidencialidad de los datos obtenidos como así también se los instrumentó sobre los procedimientos a realizar con relación a este aspecto, posteriormente se les solicitó el compromiso de confidencialidad.

En el momento de las entrevistas cada encuestador explicó la naturaleza y objetivos del estudio, la confidencialidad de las encuestas, y el tiempo aproximado de duración de la misma. Se explicó al encuestado que su participación era voluntaria, que sus respuestas sólo se divulgarían al investigador principal y que en caso de publicarse los resultados se realizarán sin datos de identificación; que su participación no tendría efecto sobre cualquier servicio que se encontrara tramitando (solicitud de empleo); que podía detener la entrevista en el momento que lo deseara, en el caso de que le produjera incomodidad; que podía negarse a contestar determinadas preguntas y que no recibiría ningún tipo de estipendio económico por su participación.

Toda la información explicativa se encontraba en un acta de consentimiento (ver Anexo I) que el entrevistado firmó cuando no le provocó incomodidad, cuando el entrevistado se negó a firmar el acta, el encuestador pudo realizar la encuesta consignando en la misma la aceptación verbal de la persona. Se consideró que los riesgos para los sujetos eran mínimos y que si la información había sido comprendida y por lo tanto el sujeto accedía a la entrevista, los beneficios potenciales de la investigación justificaban la ausencia de firma en la hoja de consentimiento.

Al finalizar cada jornada de recolección de datos, la información personal de cada sujeto (registrada en la primera hoja de cada encuesta) fue retirada y archivada por el investigador, quedando en cada encuesta sólo el número de identificación.

Análisis Estadístico

Para el procesamiento de los datos y su análisis estadístico se confeccionó una base de datos en el programa SPSS, versión 10.0.

En la primera fase del estudio (prueba piloto), se efectuó un análisis de componentes principales, análisis factorial de rotación varimax y se calculó el Coeficiente Alfa de Cronbach.

Con los datos obtenidos en la segunda fase (recolección definitiva de datos), se realizó un análisis descriptivo para cada una de las diferentes variables, presentando la descripción en números absolutos y relativos. Para las variables edad y número de cuartos se obtuvo la media aritmética y el desvío estándar.

Los Datos fueron presentados en tablas simples, de doble entrada y en gráficos de barras adosadas.

Como contraste de hipótesis se utilizó el test de la Chi cuadrado (χ^2) con un nivel de significación del 5% ($p < 0,05$).

CAPITULO III. RESULTADOS

1. Características generales de los jóvenes estudiados.

Como resultado del cuestionario socio-demográfico se obtuvieron las características de los jóvenes que se presentan en el siguiente cuadro.

Tabla N° 1
Características de los Jóvenes. Rosario, setiembre de 2003

	<i>N° de Jóvenes (n = 673)</i>	<i>Porcentaje</i>
Género		
Masculino	349	51,9
Femenino	324	48,1
Edad		
Entre 18 y 19 años	196	29,1
Entre 20 y 25 años	477	70,9
Nivel Educativo		
Nulo	6	0,9
Bajo	130	19,3
Medio	304	45,1
Técnico	209	31,1
Superior	24	3,6
Estudios Actuales		
Ninguno	415	61,7
Universitario	141	21,0
Terciario	90	13,4
Oficios	9	1,3
Idiomas	8	1,2
Computación	5	0,7
Secundario	5	0,7
Estado Civil		
Soltero	553	82,2
Casado	66	9,8
Unión Consensual	54	8,0
Hijos		
Sí	90	13,4
No	583	86,6

Fuente: elaboración propia en base a datos encuesta socio-demográfica

Se trabajó con una muestra de 673 jóvenes residentes en la ciudad de Rosario, conformada de la siguiente manera:

- 29,1% de jóvenes con edades comprendidas entre 18 y 19 años.

- 70,9% entre 20 y 25 años.

La edad promedio fue de 21 años ($\pm$ 2,29 DE).

Desde el punto de vista del género, el 51,9% de los jóvenes fueron varones y el restante 48,1%, mujeres.

Con respecto al nivel educativo alcanzado por los jóvenes al momento de la encuesta, 136 (20,2%), se categorizaron con nivel nulo o bajo; con un nivel medio o técnico, se encontraron 513 jóvenes (76,2%) y sólo 24 jóvenes (3,6%) habían finalizado un estudio universitario o técnico.

Al indagar acerca de la realización de alguna actividad educativa al momento de la encuesta, es de hacer notar que 258 de los 673 jóvenes se hallaban en esta situación y se detectó en ese grupo a 231 que cursaban estudios superiores. De los 415 jóvenes que no continuaban con un estudio, 243 (58,6%) eran desempleados y de éstos, 115 eran varones.

Con respecto al estado civil, 120 jóvenes (17,8%) estaban casados o vivían en unión consensual y de éstos el 46,7% tenían hijos.

También se encontró que 34 jóvenes solteros tenían hijos (11 varones y 23 mujeres).

Las características de los jóvenes según su posición en el mercado productivo, se presentan en el siguiente cuadro.

Tabla N° 2
Jóvenes según posición en el mercado productivo. Rosario, setiembre de 2003

	<i>N° de Jóvenes (n = 673)</i>	<i>Porcentaje</i>
Desempleados		
Sí	418	62,1
No	255	37,9
Búsqueda activa de empleo		
Sí	287	42,6
No	386	57,4
Tiempo de Desempleo (* n = 166)		
Entre 1 y 6 meses	83	50,0
Entre 7 y 12 meses	49	29,5
Entre 13 y 18 meses	5	3,0
Entre 19 y 24 meses	16	9,6
Más de 25 meses	13	7,8

Fuente: elaboración propia en base a datos encuesta socio-demográfica

Nota: (*) 166 tuvieron empleo y lo perdieron, 252 jóvenes nunca habían trabajado.

El 62,1% de los jóvenes de la muestra (418 de 673), se encontraba sin empleo. Resulta interesante destacar que entre los 418 desempleados, un 60,3 % (n = 252), nunca estuvo empleado (119 varones y 133 mujeres).

Al analizar las características de los jóvenes desempleados se advierte que:

- Un 36,1% tenía entre 18 y 19 años y un 63,9% tenía entre 20 y 25 años.
- Un 46,9% eran varones y un 53,1%, mujeres.
- 52 jóvenes estaban casados, de los cuales 27 tenían hijos.
- 366 jóvenes eran solteros y de éstos 26 tenían hijos.
- 106 jóvenes (25,4%) contaban con un nivel educativo entre nulo y bajo; 179 (42,8%) con un nivel medio y 133 (31,8%) con nivel técnico o superior.
- 175 jóvenes (41,9%) no realizaban al momento de la encuesta ninguna actividad educativa.

Tanto entre los que contaban con un empleo como los que no estaban empleados, se hallaron jóvenes que buscaban en forma activa un empleo. En esa situación hubo 287 jóvenes (42,6%), de los cuales 42 tenían empleo y los restantes 245 estaban desempleados.

Otro hallazgo a mencionar es el que corresponde a aquellos que alguna vez tuvieron un empleo y posteriormente lo perdieron, que fueron en total 166 jóvenes.

Con un tiempo de desempleo de un año o menor, se encontraron 132 jóvenes (79,5%) y en el restante 20,5%, el tiempo de desempleo fue superior al año, destacándose que en un 7,8% de esos jóvenes, el tiempo superaba los dos años.

Otro dato que se indagó con relación a las características de los jóvenes fue el lugar de residencia en función de las condiciones de saneamiento, vivienda y personas con las que compartía el hogar.

Según puede observarse en la Tabla N° 3, los jóvenes en estudio residían al momento de ser encuestados distribuidos en los seis Distritos Municipales de la siguiente forma: 223 jóvenes (33,1%) en el Distrito Centro, 94 (14,0%) en el Distrito Norte, 103 (15,3%) en el Distrito Sur, 75 (11,1%) en el Distrito Oeste, 104 (15,5%) en el Distrito Noroeste y 74 (11,0%) en el Distrito Sudoeste.

La mayoría de los jóvenes vivían en barrios con acceso al saneamiento básico (n = 656), con excepción de algunos pocos (0,6%) que no contaban con sistema de cloacas (se aclara que no se tomaron barrios marginales). Con respecto al tipo de viviendas la mayoría de los jóvenes (n = 663) residía en casas de material o departamentos (98,5%) y sólo unos pocos (1,5%) en casas prefabricadas. El dato sobre la cantidad de cuartos con los que contaban los jóvenes tomados en estudio podría estar indicando que no vivían en condiciones de

hacinamiento (media aritmética de 2,52, $\pm$ 1,11 DE); sin embargo se debe resaltar que una limitación de los datos recogidos consistió en que no se registró con exactitud la cantidad de personas que habitaban en el hogar como para poder aseverar la condición de hacinamiento o no.

Con respecto a las personas con las que los jóvenes compartían el hogar, 400 jóvenes (59,4%) vivían con sus padres, 106 jóvenes (15,8%) con su familia propia (pareja y/o hijos), 107 jóvenes (15,9%) con otras personas (amigos, hermanos, familiares no directos) y 37 jóvenes (5,5%) vivía con sus padres y su familia propia (en esta categoría se incluyeron los casados o en unión consensual y las mujeres solteras con hijos).

Tabla N° 3
Características de la residencia de los jóvenes. Rosario, setiembre de 2003

	N° de Jóvenes (n = 673)	Porcentaje
Distrito de residencia		
Centro	223	33,1
Norte	94	14,0
Sur	103	15,3
Oeste	75	11,1
Noroeste	104	15,5
Sudoeste	74	11,0
Tipo de vivienda		
Casa de material	460	68,4
Departamento	203	30,1
Casilla	10	1,5
Acceso a servicios de saneamiento		
Sí	669	99,4
No	4	0,6
Cantidad de cuartos		
Entre 1 y 2	373	55,4
Entre 3 y 5	287	42,7
Más de 6	13	1,9
Personas con las que comparte el hogar		
Solo	23	3,4
Padres	400	59,4
Familia propia	106	15,8
Otros	107	15,9
Familiares y familia propia	37	5,5

Fuente: elaboración propia en base a datos encuesta socio-demográfica

El análisis conjunto entre nivel educativo y género permite afirmar que no hay evidencias de asociación estadística significativa entre los varones y mujeres estudiados en su totalidad ($\chi^2 = 6,290$, $p = 0,179$). Aunque al profundizar el análisis en aquellos que se encontraban desempleados se advierte una asociación estadística significativa ($\chi^2 = 12,586$, $p^* = 0,013$).

Un 68% de los jóvenes desempleados ($n = 285$) tenían un nivel entre nulo y medio (146 varones y 139 mujeres) y 133 técnico o superior (50 varones y 83 mujeres).

Entre los 166 jóvenes que alguna vez tuvieron empleo y lo perdieron, el estudio del tiempo de desempleo según género permite indicar que se encontraban más varones que mujeres con tiempo de desempleo de un año (83,1% y 76,4%, respectivamente); el desempleo considerado en el tiempo que varía entre el año y los dos años, no presentó diferencias a destacar entre varones y mujeres (13% y 12,3%, respectivamente). Pero para el tiempo de desempleo que supera los dos años, se halló un 11,2% de mujeres versus 3,9% de varones.

Al analizar la distribución de jóvenes según posición en el mercado productivo y por Distrito Municipal de residencia, se advierte que en la casi totalidad de los distritos, hay un mayor número de desempleados entre los jóvenes que conformaron la muestra, con excepción del Distrito Noroeste. Se hallaron evidencias de asociación estadística altamente significativa ($\chi^2 = 37,07$; $p^{***} = 0,00000058$). Los guarismos de jóvenes desempleados según distrito fueron: Distrito Centro: 61,4%; Distrito Norte: 56,6%; Distrito Sur: 60,2%; Distrito Oeste: 86,7%; Distrito Noroeste: 44,2% y Distrito Sudoeste: 56,8%.

Con respecto al estado civil de los jóvenes según la condición de desempleo, se puede observar que entre los 418 no empleados, 52 de ellos (12,4%) eran casados o vivían en unión consensual, mientras que entre los empleados esta cifra llega al 26,7% (68 de 255 jóvenes). Se encontraron evidencias de asociación estadística altamente significativa ($\chi^2 = 41,13$; $p^{***} = 0,000$).

Cuando se analiza el tipo de convivencia según los jóvenes estuvieran empleados o no, puede observarse que un alto porcentaje de los jóvenes vivía con sus padres y de éstos, 276 jóvenes no tenían empleo (276 de 400). Es de resaltar que dentro de los desempleados, un 5,3% ($n = 36$) convivía con su familia propia, es decir que tenían pareja. Un 5,2% ($n = 35$) tenían pareja o eran mujeres solteras con sus hijos, y convivían con sus parejas o hijos y con los padres de alguno de ellos.

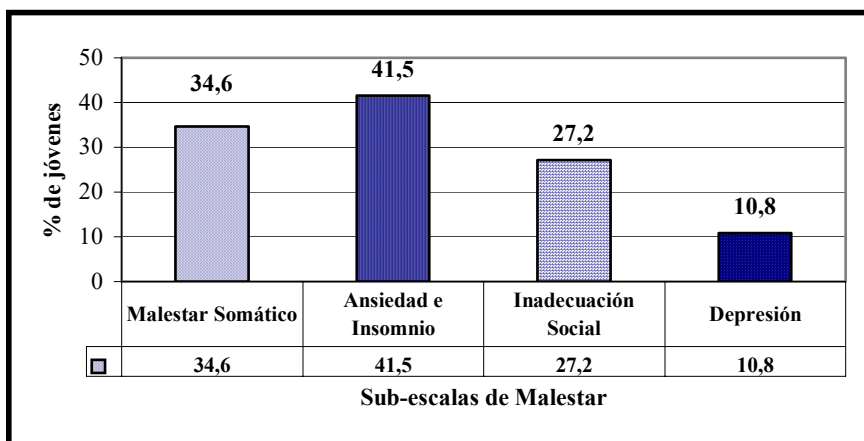
Las tablas de contingencia correspondientes al análisis presentado hasta el momento pueden consultarse en el Anexo II del presente informe.

2. Características de los jóvenes en estudio según malestar psíquico.

Entre los 673 jóvenes estudiados, se detectó malestar somático en 233 (34.6 %), ansiedad e insomnio en 279 (41.5 %), inadecuación social en 183 (27.2 %) y depresión en 73 (10.8 %).

Gráfico I

Percepción de Malestar Psíquico en los jóvenes estudiados, según sub-escalas del GHQ-28. Rosario, septiembre de 2003

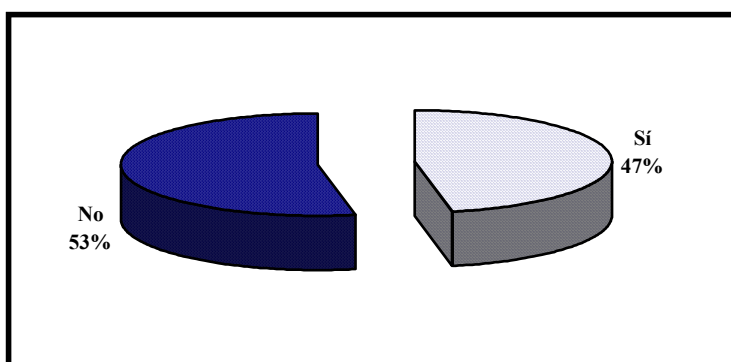


Fuente: elaboración propia en base a datos Cuestionario General de Salud GHQ-28

A partir de los resultados obtenidos en las cuatro sub-escalas, se evaluó la presencia de malestar psíquico según la puntuación total del GHQ-28 de los jóvenes estudiados (Gráfico N° 2).

Gráfico II

Percepción de Malestar Psíquico en los jóvenes estudiados. Rosario, septiembre de 2003



Fuente: elaboración propia en base a datos Cuestionario General de Salud GHQ-28

Se encontró malestar psíquico en 316 de los 673 jóvenes (47 %).

El análisis entre pares de sub-escalas del GHQ-28, permite afirmar que hay evidencias de asociación con una alta significación estadística, en todas ellas; esto es, que aquellos jóvenes que percibieron malestar somático también percibieron malestar de ansiedad e insomnio ($\chi^2= 145.751$, $p^{***} = 0.000$), de adecuación social ($\chi^2= 106.38$, $p^{***} = 0.000$) y de depresión ($\chi^2= 35.062$, $p^{***} = 0.000$). De igual manera, los jóvenes que percibieron malestar de ansiedad e insomnio conjuntamente con malestar de adecuación social ($\chi^2= 127.201$, $p^{***} = 0.000$) y depresión ($\chi^2= 45.258$, $p^{***} = 0.000$). Finalmente, los jóvenes que percibieron malestar de adecuación social manifestaron malestar de depresión ($\chi^2= 90.512$, $p^{***} = 0.000$).

Al analizar conjuntamente las cuatro escalas de malestar se encontró que los resultados que indicaron presencia de malestar para depresión no estaban asociados con los resultados de las otras.

3. Percepción de malestar psíquico entre los jóvenes desempleados y empleados.

Tabla N° 4
Percepción de Malestar Psíquico de los jóvenes, según inserción en el mercado productivo. Rosario, setiembre de 2003.

Empleado		Percepción de Malestar Psíquico		Total
		No	Sí	
Si	N°	127	128	255
	%	49,8%	50,2%	100,0%
	Total %	18,9%	19,0%	37,9%
No	N°	230	188	418
	%	55,0%	45,0%	100,0%
	Total %	34,2%	27,9%	62,1%
Total	N°	357	316	673
	Total %	53,0%	47,0%	100,0%

Fuente: elaboración propia en base a datos Cuestionario General de Salud GHQ-28

Nota: %, refiere a la frecuencia relativa por fila y Total %, refiere a la frecuencia relativa por celda y al total de jóvenes encuestados.

Los jóvenes desempleados tuvieron percepción de malestar psíquico en menor porcentaje que los empleados (45% de 418 desempleados y 50,2% de 255 empleados). No se encontraron evidencias de asociación estadística significativa ($\chi^2= 1,733$, $p = 0,188$).

La percepción de malestar para las diferentes sub-escalas del GHQ-28, se presenta a continuación.

Tabla N° 5
Percepción de Malestar Somático de los jóvenes, según inserción en el mercado productivo. Rosario, setiembre de 2003.

Empleado		Percepción de Malestar Somático		Total
		No	Sí	
Si	N°	158	97	255
	%	62,0%	38,0%	100,0%
	Total %	23,5%	14,4%	37,9%
No	N°	282	136	418
	%	67,5%	32,5%	100,0%
	Total %	41,9%	20,2%	62,1%
Total	N°	440	233	673
	Total %	65,4%	34,6%	100,0%

Fuente: elaboración propia en base a datos Cuestionario General de Salud GHQ-28

Nota: %, refiere a la frecuencia relativa por fila y Total %, refiere a la frecuencia relativa por celda y al total de jóvenes encuestados

Considerando el grupo de empleados y desempleados en forma separada, la frecuencia de percepción de malestar somático fue menor entre los desempleados (32,5% de 418 desempleados y 38% de 255 empleados). No se encontraron evidencias de una asociación estadística significativa ($\chi^2 = 2,119$, $p = 0,145$).

Tabla N° 6
Percepción de Malestar de Ansiedad e Insomnio de los jóvenes, según inserción en el mercado productivo. Rosario, setiembre de 2003.

Empleado		Percepción Malestar Ansiedad e Insomnio		Total
		No	Sí	
Si	N°	147	108	255
	%	57,6%	42,4%	100,0%
	Total %	21,8%	16,0%	37,9%
No	N°	247	171	418
	%	59,1%	40,9%	100,0%
	Total %	36,7%	25,4%	62,1%
Total	N°	394	279	673
	Total %	58,5%	41,5%	100,0%

Fuente: elaboración propia en base a datos Cuestionario General de Salud GHQ-28

Nota: %, refiere a la frecuencia relativa por fila y Total %, refiere a la frecuencia relativa por celda y al total de jóvenes encuestados.

La percepción de malestar de ansiedad e insomnio se expresó de manera similar en ambos grupos, aunque los jóvenes desempleados presentaron una menor frecuencia de malestar (40,9% de 418 desempleados y 42,4% de 255 empleados). No se hallaron evidencias de asociación estadística significativa ($\chi^2 = 0,136$, $p = 0,712$).

Tabla N° 7
Percepción de Malestar de Adecuación Social de los jóvenes, según inserción
en el mercado productivo. Rosario, setiembre de 2003.

Empleado		Percepción Malestar de Adecuación Social		Total
		No	Sí	
Si	N°	179	76	255
	%	70,2%	29,8%	100,0%
	Total %	26,6%	11,3%	37,9%
No	N°	311	107	418
	%	74,4%	25,6%	100,0%
	Total %	46,2%	15,9%	62,1%
Total	N°	490	183	673
	Total %	72,8%	27,2%	100,0%

Fuente: elaboración propia en base a datos Cuestionario General de Salud GHQ-28

Nota: %, refiere a la frecuencia relativa por fila y Total %, refiere a la frecuencia relativa por celda y al total de jóvenes encuestados.

En la tabla se puede observar que la percepción de malestar de adecuación social se expresa de manera similar a las otras sub-escalas. Tomando cada grupo en particular los jóvenes desempleados percibieron menor malestar que los empleados (25,6% de 418 desempleados y 29,8% de 255 empleados). No se hallaron evidencias de asociación estadística significativa ($\chi^2= 1,415$, $p = 0,234$).

Tabla N° 8
Percepción de Malestar de Depresión de los jóvenes, según inserción
en el mercado productivo. Rosario, setiembre de 2003.

Empleado		Percepción de Malestar de Depresión		Total
		No	Sí	
Si	N°	226	29	255
	%	88,6%	11,4%	100,0%
	Total %	33,6%	4,3%	37,9%
No	N°	374	44	418
	%	89,5%	10,5%	100,0%
	Total %	55,6%	6,5%	62,1%
Total	N°	600	73	673
	Total %	89,2%	10,8%	100,0%

Fuente: elaboración propia en base a datos Cuestionario General de Salud GHQ-28

Nota: %, refiere a la frecuencia relativa por fila y Total %, refiere a la frecuencia relativa por celda y al total de jóvenes encuestados.

La presencia de malestar de depresión fue baja y similar para ambos grupos (10,5% de 418 jóvenes desempleados y 11,4% de 255 jóvenes empleados). No se encontraron evidencias de asociación estadística significativa ($\chi^2 = 0,117$, $p = 0,732$).

Al observar las diferencias entre los síntomas relevados por el GHQ-28, en sus diferentes sub-escalas, entre los jóvenes desempleados y empleados y considerando conjuntamente los dos ítems que indicarían presencia de malestar: bastante y mucho más que lo habitual, se evidenció que los jóvenes desempleados centraron sus **malestares desde el punto de vista somático** en la sensación de agotamiento y sin fuerzas (127 de 418 = 30,4%) y en padecer dolores de cabeza (131 de 418 = 31,3%).

Los jóvenes empleados, por su parte, tuvieron mayores frecuencias relativas cuando refirieron sentirse peor de salud (67 de 255 = 26,3%); 65 jóvenes (25,5%) necesitaron un reconstituyente; 66 (25,9%) tuvieron la sensación de estar enfermos; 75 (29,4%) sintieron opresión en la cabeza y 61 (23,9%) tuvieron oleadas de calor o frío.

En la sub-escala de **malestar de ansiedad e insomnio** los jóvenes desempleados percibieron (bastante y mucho más que lo habitual) que sus preocupaciones les hacían perder sueño ($n = 133$, 31,8%); dificultad para dormir toda la noche ($n = 129$, 30,9%) y 181 (43,3%) jóvenes se sintieron nerviosos y malhumorados.

En cambio, 95 jóvenes empleados (37,3%) se notaron constantemente agobiados y en tensión; 56 (22%) se asustaron o tuvieron pánico sin motivo; 83 (32,5%) tuvieron la sensación que todo se les venía encima y 93 (36,5%) se notaron nerviosos y a punto de explotar.

Para la sub-escala de **malestar de adecuación social**, analizando conjuntamente los dos ítems que indicarían presencia de malestar (bastante y mucho más que lo habitual), 77 jóvenes desempleados (18,4%) tuvieron la impresión que hacían las cosas peor que lo habitual.

Sintieron que no estaban desempeñando un papel útil en la vida ambos grupos por igual (56 empleados, 22%; 92 desempleados, 22%).

Los jóvenes empleados, en cambio, se las arreglaban menos para mantenerse ocupados (22%); les costaba más tiempo hacer las cosas (24,8%); no se sentían satisfechos con la manera de hacer las cosas (26,3%); no se sentían capaces de tomar decisiones (21,2%); no eran capaces de disfrutar las actividades normales del día (25,5%).

En la sub-escala de **malestar de depresión**, analizando conjuntamente los dos ítems que indicarían presencia de malestar (bastante y mucho más que lo habitual), los jóvenes desempleados percibieron con mayor frecuencia que no valían como personas ($n = 56$,

13,4%); 38 (9,1%) habían pensado en la posibilidad de quitarse del medio; 63 (15,1%); que no podían hacer nada porque tenían los nervios desquiciados y 40 (9,6%) habían notado que la idea de quitarse la vida les venía repetidamente a la cabeza.

Los jóvenes empleados, a diferencia de los desempleados, sintieron que estaban viviendo la vida sin esperanza (10,2%); tenían el sentimiento de que la vida no merece la pena vivirse (7,8%); y notaban que deseaban estar muertos y lejos de todo (7,5%).

Las tablas de contingencia por preguntas del GHQ-28, según respuestas de los jóvenes y su inserción en el mercado productivo, se encuentran a disposición en el Anexo III.

4. Percepción de Malestar Psíquico de los jóvenes desempleados según variables en estudio.

4.1. Género

La comparación de percepción de malestar psíquico según género de los jóvenes desempleados analizada para cada género en particular, evidenció que en las mujeres el malestar psíquico fue mayor que para los varones (102 de 222, 45,9% y 86 de 196, 43,9%, respectivamente). No fueron encontradas evidencias de asociación estadística significativa ($\chi^2 = 0.180$, $p = 0.671$).

Tabla N° 9
Percepción de Malestar Psíquico de los jóvenes desempleados según género.
Rosario, setiembre de 2003.

Género		Percepción de malestar psíquico		Total
		No	Sí	
Masculino	N°	110	86	196
	%	56.1%	43.9%	100.0%
	Total %	26.3%	20.6%	46.9%
Femenino	N°	120	102	222
	%	54.1%	45.9%	100.0%
	Total %	28.7%	24.4%	53.1%
Total	N°	230	188	418
	Total %	55.0%	45.0%	100.0%

Fuente: elaboración propia en base a datos Cuestionario General de Salud GHQ-28

Nota: %, refiere a la frecuencia relativa por fila y Total %, refiere a la frecuencia relativa por celda y al total de jóvenes desempleados

El análisis de cada una de las sub-escalas del GHQ-28, permite observar diferencias según género (las tablas de contingencia pueden observarse en el Anexo IV).

En la sub-escala de **malestar somático** los varones percibieron mayor malestar (64 de 196, 32,7%) que las mujeres (72 de 222, 32,4%). Estadísticamente, no hubo evidencias de una asociación significativa ($\chi^2 = 0.02$, $p = 0.962$).

Se observaron diferencias en los síntomas percibidos al analizar conjuntamente las respuestas bastante y mucho más que lo habitual por cada pregunta de la sub-escala de malestar somático. Los varones se sintieron peor de salud (49 de 196 = 25%) y tuvieron la sensación de estar enfermos (25%); en cambio, en las mujeres se destaca la sensación de necesitar un reconstituyente (45 de 222 = 20,3%); padecer dolores de cabeza (32%) y oleadas de calor o frío (21,2%).

Cuando se analizó la percepción de los jóvenes desempleados en cuanto a **malestar de ansiedad e insomnio** según género, se evidenció que los varones percibieron mayor malestar de ansiedad e insomnio (81 de 196, 41,3%) que las mujeres (90 de 222, 40,5%). No se encontraron evidencias de una asociación estadística significativa ($\chi^2 = 0.27$, $p = 0.870$).

La presencia de malestar de ansiedad e insomnio para los varones (analizando conjuntamente las respuestas bastante y mucho más que lo habitual), se concentró en pérdida de sueño por las preocupaciones (64 de 196 = 32,7%); dificultad para dormir toda la noche (32,1%) y sentirse agobiado o en tensión (38,3%). En cambio las mujeres se sintieron más nerviosas y malhumoradas (100 de 222 = 45%) y se asustaban o sentían pánico sin motivo (18%).

La percepción de **malestar en cuanto a adecuación social** fue superior para las mujeres (58 de 222, 26,1%) en comparación con los varones (49 de 196, 25%). Estadísticamente, no se encontró una asociación significativa ($\chi^2 = 0.69$, $p = 0.792$).

Los síntomas percibidos -analizando conjuntamente las respuestas bastante y mucho menos que lo habitual- muestran que los varones se sintieron menos ocupados y activos (40 de 196 = 20,4%) y les costaba más tiempo que lo habitual hacer las cosas (22,6%); en cambio las mujeres se sintieron menos satisfechas con la manera de hacer las cosas (64 de 222 = 28,8%); sintieron que no estaban desempeñando un papel útil en la vida (23,4%) y se sintieron menos capaces de tomar decisiones (19,8%). No se presentaron diferencias a destacar en las otras preguntas.

Percibieron mayor **malestar de depresión** las mujeres (25 de 222, 11,3%) que los varones (19 de 196, 9,7%). No se encontró una asociación estadística significativa ($\chi^2 = 0.272$, $p = 0.602$).

Al analizar conjuntamente las respuestas bastante y mucho más que lo habitual en esta sub-escala, las mujeres presentaron mayores frecuencias relativas que los varones en todas las preguntas. Se destacan con mayor porcentaje las preguntas “ha notado que no pude hacer nada porque tiene los nervios desquiciados”(36 de 222, 16,2%) y “ha pensado que es una persona que no vale para nada” (34 de 222, 15,3%).

4.2. Edad.

Se pudo observar que la percepción de malestar psíquico fue mayor en el grupo de 18 a 19 años (72 de 151, 47,7%) que para los jóvenes entre 20 y 25 años (116 de 267, 43,4%). No se hallaron evidencias de asociación estadística significativa ($\chi^2 = 0,70$, $p = 0,40295$).

Tabla N° 10
Percepción de Malestar Psíquico en los jóvenes desempleados según edad.
Rosario, setiembre de 2003.

Edad		Percepción de malestar psíquico		Total
		No	Sí	
Entre 18 y 19 años	N°	79	72	151
		52.3%	47.7%	100.0%
	Total %	18.9%	17.2%	36.1%
Entre 20 y 25 años	N°	151	116	267
		56.6%	43.4%	100.0%
	Total %	36.1%	27.8%	63.9%
Total	N°	230	188	418
	Total %	55.0%	45.0%	100.0%

Fuente: elaboración propia en base a datos Cuestionario General de Salud GHQ-28

Nota: %, refiere a la frecuencia relativa por fila y Total %, refiere a la frecuencia relativa por celda y al total de jóvenes desempleados

Cuando se compara la percepción de los jóvenes en la sub-escala de **malestar somático**, se observa que un 34,4% de jóvenes entre 18 y 19 años, percibieron malestar (52 de 151) a diferencia de un 31,5% de los jóvenes entre 20 y 25 años (84 de 267). No se hallaron evidencias estadísticas de una asociación significativa ($\chi^2 = 0,389$, $p = 0,533$).

Al observar la presencia de síntomas, tomando los ítems bastante y mucho más en su conjunto, los jóvenes entre 20 y 25 años se sintieron peor de salud (63 de 267 = 23,6%); agotados y sin fuerzas (35,6%) y se sintieron enfermos (24,7%), en mayor frecuencia relativa que los jóvenes de 18 y 19 años. En cambio los jóvenes de 18 a 19 años tuvieron necesidad de un reconstituyente (31 de 151 = 20,5%); padecieron dolores de cabeza (32,5%) y tuvieron sensación de opresión en la cabeza (27,8%).

En cuanto al **malestar de ansiedad e insomnio**, se pudo observar que los jóvenes entre 20 y 25 años percibieron mayor malestar que los de 18 y 19 años (113 de 267, 42,3% y 58 de 151, 38,4%, respectivamente). No se hallaron evidencias de una asociación estadística significativa ($\chi^2 = 0,610$, $p = 0,435$).

Al analizar la presencia de síntomas, se observa que los jóvenes entre 20 y 25 años percibieron síntomas con mayor frecuencia que los jóvenes de 18 a 19. Sus preocupaciones

les hicieron perder mucho sueño (94 de 267 = 35,2%); tuvieron dificultad para dormir toda la noche (33%); se sintieron agobiados y en tensión (39,7%); con los nervios a flor de piel y malhumorados (46,4%); sintieron que todo se les venía encima (31,5%) y se notaron nerviosos a punto de explotar (34,8). Los jóvenes de 18 y 19 años sólo sintieron en mayor frecuencia que se asustaban o tenían pánico sin motivos (26 de 151 = 17,2%).

Los jóvenes entre 20 y 25 años percibieron **malestar de adecuación social** en un 26,6% (n = 71) en cambio los de menor edad percibieron malestar en un 23,8% (n = 36). Estadísticamente, no se encontró una asociación significativa ($\chi^2 = 0,338$, $p = 0,536$).

Cuando se observaron los síntomas percibidos (analizando conjuntamente los ítems bastante y mucho menos) se encontró que a los jóvenes de 18 y 19 años les costaban más tiempo hacer las cosas (35 de 151 = 23,2%); en cambio en el resto de las preguntas el grupo de jóvenes entre 20 y 25 años puntuaron superior: “siente que no esta haciendo las cosas bien” (50 jóvenes de 267 = 18,7%); “se ha sentido insatisfecho con su manera de hacer las cosas” (26,2%); “ha sentido que no esta desempeñando un papel útil en la vida” (23,2%); “no se ha sentido capaz de tomar decisiones” (18,4%); y “no ha sido capaz de disfrutar las actividades normales del día” (25,8%).

Los jóvenes de 20 a 25 años percibieron mayor **malestar de depresión** (29 de 267, 10,9%) que los de 18 y 19 años (15 de 151, 9,9%). No se encontraron evidencias de asociación estadística significativa ($\chi^2 = 0,88$, $p = 0,767$).

Al analizar la presencia de síntomas se encontró que los jóvenes de 20 a 25 años tuvieron frecuencias superiores en los síntomas relevados en seis de los siete aspectos: “ha pensado que es una persona que no vale para nada” (42 jóvenes de 267 = 15,7%); “ha estado viviendo la vida sin esperanzas” (9,4%); “ha tenido el sentimiento que la vida no merece la pena vivirse” (7,1%); “ha pensado claramente en la posibilidad de quitarse del medio” (9,4%); “ha notado que desea estar muerto y lejos de todo” (8,2%); y “ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repetidamente a la cabeza” (10,9%).

Las tablas de contingencia de las sub-escalas del GHQ-28 se encuentran en el Anexo V

4.3 Nivel Educativo

Al observar los resultados para la puntuación total del GHQ-28 con relación al nivel educativo de los jóvenes desempleados, se puede señalar que aquellos con un nivel superior y nulo fueron los que menos percibieron malestar psíquico (40%, en ambos casos), siendo muy similar el porcentaje de malestar en los otros niveles educativos: bajo (46,5%), medio (46,4%) y técnico (42,2%). No se hallaron evidencias de asociación estadística significativa ($\chi^2 = 0,742$, $p = 0,946$).

Tabla N° 11
Percepción sobre Malestar Psíquico de los jóvenes desempleados,
según Nivel Educativo. Rosario, setiembre de 2003

Nivel Educativo		Percepción de Malestar Psíquico		Total
		No	Sí	
Nulo	N°	3	2	5
	%	60.0%	40.0%	100.0%
	Total %	.7%	.5%	1.2%
Bajo	N°	54	47	101
	%	53.5%	46.5%	100.0%
	Total %	12.9%	11.2%	24.2%
Medio	N°	96	83	179
	%	53.6%	46.4%	100.0%
	Total %	23.0%	19.9%	42.8%
Técnico	N°	74	54	128
	%	57.8%	42.2%	100.0%
	Total %	17.7%	12.9%	30.6%
Superior	N°	3	2	5
	%	60.0%	40.0%	100.0%
	Total %	.7%	.5%	1.2%
Total	N°	230	188	418
	Total %	55.0%	45.0%	100.0%

Fuente: elaboración propia en base a datos Cuestionario General de Salud GHQ-28

Nota: %, refiere a la frecuencia relativa por fila y Total %, refiere a la frecuencia relativa por celda y al total de jóvenes desempleados

Al analizar cada sub-escala de malestar (*tablas de contingencia en Anexo VI*), se observó que el **malestar somático** fue mayor en los jóvenes con nivel educativo nulo y superior (40%, en ambos casos). En los jóvenes con nivel bajo y medio se observa una mínima diferencia (33,7% y 33,5%, respectivamente), en aquellos con nivel educativo técnico el malestar fue manifestado por el 29,7%. No se hallaron evidencias de asociación estadística significativa ($\chi^2 = 0,864$, $p = 0,930$).

Al analizar en particular cada pregunta de esta sub-escala de malestar somático, y considerando en forma conjunta a los jóvenes con nivel nulo/bajo y con nivel técnico/superior, se pudo observar que los jóvenes con nivel bajo o nulo tuvieron mayor porcentaje de respuestas en la pregunta “sentirse agotado y sin fuerzas” (33 de 106 = 31,1%), igual que los jóvenes con nivel técnico y superior (48 de 136 = 36,1%); en cambio, en los jóvenes con nivel

educativo medio se registraron los mayores guarismos en la pregunta “padecer dolores de cabeza” (56 de 179 = 31,3%).

La percepción de **malestar de ansiedad e insomnio**, por cada grupo de jóvenes según nivel educativo, fue mayor para los que tenían un nivel educativo superior (3 de 5, 60%) y los de nivel técnico (55 de 128, 43%) y bajo (41 de 101, 40,6%). No se encontró evidencias de asociación estadística significativa ($\chi^2 = 1,225$, $p = 0,874$).

La percepción de síntomas en lo que respecta a adecuación social, se ubicó con mayor frecuencia relativa en la pregunta “se ha sentido con los nervios a flor de piel y malhumorado”, en todos los niveles educativos: nivel educativo bajo o nulo (43 de 106 = 40,6%); nivel técnico o superior (69 de 133 = 51,9%) y jóvenes con nivel medio (69 de 179, 38,5%).

En la sub-escala de **malestar de adecuación social** se observa que los jóvenes con nivel educativo superior no tuvieron malestar y que en los jóvenes con otros niveles educativos la percepción de malestar fue mayor para el nivel medio (26,3%), siguiendo en forma descendente los que tenían nivel técnico (25,8%) y bajo (24,8%). No se hallaron evidencias de asociación estadística significativa ($\chi^2 = 2,346$, $p = 0,672$).

Analizando cada ítems de esta sub-escala, en los jóvenes con nivel nulo o bajo la mayor frecuencia relativa se obtuvo en la pregunta “le cuesta más tiempo hacer las cosas” y “siente que no desempeña un papel útil en la vida” (25 de 106, 23,6%, en ambos casos); para los jóvenes con nivel educativo medio se ubicó en la pregunta “insatisfecha con la manera de hacer las cosas” (43 de 179, 24%), mientras que para los jóvenes con nivel técnico o superior el mayor porcentaje se encontró en la pregunta “incapaz de disfrutar las actividades normales” (40 de 133, 30,1%).

En la última sub-escala del GHQ-28 sobre **malestar de depresión**, no se evidenció malestar en los jóvenes con nivel educativo nulo y superior, siendo similar la percepción de malestar en los otros niveles. No se hallaron evidencias de asociación estadística significativa ($\chi^2 = 2,157$, $p = 0,707$).

Al analizar el malestar, según las preguntas de la sub-escala, se encontró que para los jóvenes con nivel educativo nulo/bajo y técnico/superior, el mayor porcentaje se presentó ante la pregunta “nota que no puede hacer nada porque tiene los nervios desquiciados” (21 de 104, 19,8%, para el nivel nulo o bajo y 18 de 133, 13,5%, para el nivel técnico o superior), mientras que para los jóvenes con nivel educativo medio el mayor porcentaje fue ante la pregunta “piensa que es una persona que no vale nada” (27 de 179, 15,1%).

4.4. Actividad educativa.

Percibieron malestar psíquico para la puntuación total del GHQ-28 mayormente los jóvenes que realizaban alguna actividad educativa. No se encontraron evidencias de asociación estadística significativa ($\chi^2 = 3,743$, $p = 0,053$).

Tabla N° 12
Percepción de Malestar Psíquico de los jóvenes desempleados, según realicen actividad educativa. Rosario, setiembre de 2003.

Actividad educativa		Percepción de Malestar Psíquico		Total
		No	Sí	
No	N°	106	69	175
	%	60.6%	39.4%	100.0%
	Total %	25.4%	16.5%	41.9%
Si	N°	124	119	243
	%	51.0%	49.0%	100.0%
	Total %	29.7%	28.5%	58.1%
Total	N°	230	188	418
	Total %	55.0%	45.0%	100.0%

Fuente: elaboración propia en base a datos Cuestionario General de Salud GHQ-28

Nota: %, refiere a la frecuencia relativa por fila y Total %, refiere a la frecuencia relativa por celda y al total de jóvenes desempleados

En la sub-escala de **malestar somático** se pudo observar una situación similar a la hallada para el total del GHQ-28, tuvieron mayor percepción de malestar, 89 de los 243 jóvenes (36,6%), que se encontraban realizando alguna actividad educativa. Se encontraron evidencias de asociación estadística significativa ($\chi^2 = 4,423$, $p = 0,035$).

Al analizar las diferencias por cada grupo en función de los síntomas que revelan cada pregunta de la sub-escala de malestar somático (tomado conjuntamente los ítems bastante y mucho más que lo habitual), se observó que los jóvenes que no se encontraban estudiando percibían malestar en una mayor frecuencia relativa que los que estudiaban en seis (6) de las preguntas: “padecer dolores de cabeza” (32,9%); “sentirse agotado y sin fuerzas” (30%); “sentirse peor de salud” (28,4%); “tener la sensación de estar enfermo” (25,9%) y “tener la sensación de necesitar un reconstituyente” (25,5%).

La excepción se presentó en la pregunta “sensación de opresión en la cabeza” en donde los jóvenes que realizaban alguna actividad académica alcanzaron el 26,9% ($n = 47$) en comparación con un 25,1% ($n = 61$) de los que no estudiaban.

Con respecto a la percepción de **malestar de ansiedad e insomnio**, los jóvenes que no se encontraban realizando una actividad educativa percibieron mayor malestar que los que

estaban estudiando ($n = 72$ de 175, 41,1% y $n = 99$ de 243, 40,7%, respectivamente). No se hallaron evidencias de asociación estadística significativa ($\chi^2 = 0,007$, $p = 0,934$).

Cuando se observan las diferencias según los síntomas que estarían indicando la presencia de malestar (analizando en forma conjunta los ítems bastante y mucho más), se encontró que las mayores frecuencias relativas en los jóvenes que realizaban alguna actividad educativa se ubicaron en: “sentirse con los nervios a flor de piel y malhumorado” (81 de 175 = 46,3%); “notarse agobiado y en tensión” (37,7%); “sus preocupaciones le hacen perder el sueño” (32%); “tener la sensación de que todo se le viene encima” (32%) y “notarse nervioso a punto de explotar” (32%).

Al analizar la percepción de **malestar de adecuación social**, se observa que los jóvenes que estaban realizando alguna actividad educativa percibieron mayor malestar en comparación con los que no estudiaban (28,8% y 21,1%, respectivamente). No se encontraron evidencias de asociación estadística significativa ($\chi^2 = 3,137$, $p = 0,077$).

Analizando conjuntamente las respuestas que estarían indicando malestar, se observó que las frecuencias relativas fueron superiores para los que no estudiaban en las preguntas: “sentirse insatisfecho con la manera de hacer las cosas” (25,1%); “le cuesta más tiempo hacer las cosas” y “ha sentido que no esta desempeñando un papel útil en la vida” (23,5%, respectivamente); “no ha sido capaz de disfrutar las actividades normales del día” (22,6%); y “no se las arregla para mantenerse ocupado y activo” (21,8%).

Se destaca un mayor porcentaje de respuesta en los jóvenes que se encontraban realizando una actividad educativa sólo en la pregunta N° 7 “no ha sido capaz de disfrutar sus actividades normales de cada día” con un 24,6% ($n = 43$).

En la sub-escala de **malestar de depresión**, la percepción fue similar en ambos grupos (10,3% y 10,7%). No se hallaron evidencias de asociación estadística significativa ($\chi^2 = 0,019$, $p = 0,892$).

Cuando se analizan las respuestas a cada pregunta, se observa que los jóvenes que no estudiaban tuvieron mayores porcentajes en las siguientes: “ha notado que no puede hacer nada porque tiene los nervios desquiciados” (15,2%) y “ha pensado que es una persona que no vale nada” (14%), en cambio los jóvenes que estudiaban presentaron mayor frecuencia en las preguntas “ha pensado en la posibilidad de quitarse del medio” (12%) y “ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repetidamente a la cabeza” (11,4%).

Las tablas de contingencia de las cuatro sub-escalas del GHQ-28, se encuentran en el Anexo VII.

4.5. Estado Civil

La comparación entre la percepción de malestar de los jóvenes desempleados por estado civil, se presenta a continuación.

Tabla N° 13
Percepción de Malestar Psíquico de los jóvenes desempleados, según estado civil.
Rosario, setiembre de 2003.

Estado Civil		Percepción de Malestar Psíquico		Total
		No	Sí	
Casados o en pareja	N°	23	29	52
		44.2%	55.8%	100.0%
	Total %	5.5%	6.9%	12.4%
Solteros	N°	207	159	366
		56.6%	43.4%	100.0%
	Total %	49.5%	38.0%	87.6%
Total	N°	230	188	418
	Total %	55.0%	45.0%	100.0%

Fuente: elaboración propia en base a datos Cuestionario General de Salud GHQ-28

Nota: %, refiere a la frecuencia relativa por fila y Total %, refiere a la frecuencia relativa por celda y al total de jóvenes desempleados

La percepción de malestar psíquico fue mayor para los jóvenes casados o en unión consensual ($n = 29$, 55,8%). No se encontraron evidencias de asociación estadística significativa ($\chi^2 = 2$, 796, $p = 0,095$).

La percepción de malestar según las escalas del GHQ-28 mantiene una tendencia similar (las tablas de contingencia por sub-escala del GHQ-28 se encuentran en el Anexo VIII)

Los jóvenes desempleados casados fueron los que percibieron en mayor medida **malestar somático** (48,1% y 30,3%, respectivamente). En esta sub-escala se encontraron evidencias de una asociación estadística significativa ($\chi^2 = 6$, 535, $p^* = 0,011$).

Al analizar en forma particular las diferencias en cuanto a la presencia de malestar (analizando conjuntamente los ítems bastante y mucho más que lo habitual), los jóvenes casados o en pareja fueron los que tuvieron frecuencias relativas más altas para cada uno de los síntomas relevados en la sub-escala.

Las respuestas que se destacaron por presentar frecuencias superiores al 30%, en forma descendente fueron: “sentirse agotado y sin fuerzas” (27 de 52 = 51,9%); “padecer dolores de cabeza” (48,1%); “tener sensación de opresión en la cabeza” (38,5%) y “sentirse peor de salud” (38,5%).

Percibieron **malestar de ansiedad e insomnio** los jóvenes casados en mayor proporción que los solteros (51,9% y 39,3%, respectivamente). No se encontraron evidencias de una asociación estadística significativa ($\chi^2 = 2,980$, $p = 0,084$).

Con respecto a la presencia de malestares según síntomas (ítems bastante y mucho más), se destacan las frecuencias relativas obtenidas por los jóvenes casados, superiores al 40% en todos los casos a excepción de la pregunta “se ha asustado o tenido pánico sin motivo”, en donde se evidencia el mayor porcentaje en los solteros (29%).

La sensación de “sentirse con los nervios a flor de piel y malhumorado”, se halló en 34 jóvenes casados (65,4%) y en 147 jóvenes solteros (40,2%).

La percepción de **malestar de adecuación social** fue mayor para los jóvenes casados (36,5%). No se encontraron evidencias de una asociación estadística significativa ($\chi^2 = 3,732$, $p = 0,053$).

Al analizar las diferencias en la percepción de malestar (ítems menos y mucho menos), se encontró que la mayor frecuencia en los jóvenes casados fue para la pregunta “le cuesta más tiempo hacer las cosas” (38,5%, $n = 20$), en cambio la mayor frecuencia para los jóvenes solteros fue en la pregunta “se sintió menos satisfecho con su manera de hacer las cosas” (24,6%, $n = 90$).

Los jóvenes casados percibieron **malestar en cuanto a depresión** con un porcentaje escasamente mayor que los solteros (11,5% y 10,4%, respectivamente). No se encontraron evidencias de una asociación estadística significativa ($\chi^2 = 0,065$, $p = 0,799$).

Al analizar las diferencias en la percepción de malestar, es de resaltar que para ambos grupos el mayor porcentaje se concentró en la pregunta sobre “ha notado que no puede hacer nada porque tiene los nervios desquiciados”, en los jóvenes casados la frecuencia relativa al menos duplicó los valores obtenidos en las otras preguntas (13 casados de 52 = 25%; 50 solteros de 366 = 13,7%).

En cambio los jóvenes solteros tuvieron una mayor frecuencia sobre los casados en “ha pensado en la posibilidad de quitarse del medio” (35 solteros = 9,6% y 3 casado = 5,8%).

4.6. Presencia de hijos

Para la puntuación total del GHQ-28, los jóvenes que tenían hijos percibieron mayor malestar psíquico que los que no tenían (62,3% y 42,5%, respectivamente). Se encontraron evidencias de asociación estadísticamente muy significativa ($\chi^2 = 7,330$, $p^{**} = 0.007$).

Tabla N° 14
Percepción de Malestar Psíquico de los jóvenes desempleados
según presencia de hijos. Rosario, setiembre de 2003.

Hijos		Percepción de Malestar Psíquico		Total
		No	Sí	
Sí	N°	20	33	53
	%	37.7%	62.3%	100.0%
	Total %	4.8%	7.9%	12.7%
No	N°	210	155	365
	%	57.5%	42.5%	100.0%
	Total %	50.2%	37.1%	87.3%
Total	N°	230	188	418
	Total %	55.0%	45.0%	100.0%

Fuente: elaboración propia en base a datos Cuestionario General de Salud GHQ-28

Nota: %, refiere a la frecuencia relativa por fila y Total %, refiere a la frecuencia relativa por celda y al total de jóvenes desempleados

Al analizar cada sub-escala del GHQ-28 (*las tablas de contingencia se encuentran en el Anexo IX*), percibieron **malestar somático** en un mayor porcentaje los jóvenes con hijos que los sin hijos (43,4% y 31%, respectivamente). No se encontraron evidencias de asociación estadística significativa ($\chi^2 = 3,261$, $p = 0.071$).

Cuando se analiza la percepción de malestar según síntomas relevados (analizando conjuntamente los ítems bastante y mucho más), se encontró que las frecuencias relativas mayores para los jóvenes con hijos se ubicaron en las preguntas: “sentirse agotado y sin fuerzas” ($n = 26$, 49,1%); “padecer dolores de cabeza” (45,3%); “sentirse peor de salud” (34%) y “sentirse enfermo” (30,2%).

La percepción de **malestar de ansiedad e insomnio** fue mayor para los jóvenes con hijos (60,4% versus 38,1%). Se encontraron evidencias de asociación estadística muy significativa ($\chi^2 = 9,516$, $p^{**} = 0.002$).

Al analizar cada una de las preguntas se evidenció en casi todas una frecuencia relativa superior al 40% en los jóvenes con hijos, con excepción de la pregunta “ha tenido oleadas de calor o frío”, en la cual se observó la menor frecuencia (20,8%). Para los jóvenes con hijos la mayor frecuencia fue para la pregunta “padecer dolores de cabeza” (29,3%).

Los jóvenes con hijos percibieron mayor **malestar de adecuación social** que los que no tenían hijos (35,8% y 24,1%, respectivamente). No se encontraron evidencias de una asociación estadística significativa ($\chi^2 = 3,349$, $p = 0.067$).

Las preguntas que se destacaron en los jóvenes con hijos (analizando conjuntamente los ítems menos y mucho menos), fueron: “no se ha sentido capaz de tomar decisiones” (34%); “ha tenido la impresión de que esta haciendo las cosas peor” (32,1%) y “no se ha sentido satisfecho con la manera de hacer las cosas”(30,2%).

Para la pregunta “se las ha arreglado menos para mantenerse ocupado y activo”, se evidenció lo contrario en la percepción de malestar ya que los jóvenes sin hijos tuvieron un porcentaje mayor ($n = 66$, 18,1%), que los jóvenes con hijos ($n = 8$, 15,1%).

Los jóvenes con hijos percibieron **malestar de depresión** en mayor proporción que los que no tenían hijos (17% y 9,6%, respectivamente). No se hallaron evidencias de significación estadística ($\chi^2 = 2,685$, $p = 0.101$).

Al analizar cada una de las respuestas en esta sub-escala, se pudo observar que los jóvenes con hijos tuvieron las mayores frecuencias en todas las preguntas, destacándose la pregunta “ha notado que no pude hacer nada porque tiene los nervios desquiciados”, con un porcentaje de 30,2% ($n = 16$), donde también se destaca la mayor frecuencia relativa para los jóvenes sin hijos ($n = 47$, 12,9%).

4.7. Búsqueda activa de trabajo.

Cuando se analiza la percepción de malestar psíquico con relación a la búsqueda activa de empleo, se observó que aquellos jóvenes que buscaban activamente un empleo percibían malestar en mayor proporción que los que no buscaban (48.6 % y 39.9%, respectivamente). No se encontraron evidencias de asociación significativa estadísticamente ($\chi^2 = 3,092$, $p = 0.079$).

Tabla N° 15
Percepción sobre Malestar Psíquico de los jóvenes desempleados,
según búsqueda activa de trabajo. Rosario, setiembre de 2003

Búsqueda activa de empleo		Percepción de Malestar Psíquico		Total
		No	Sí	
Sí	N°	126	119	245
	%	51.4%	48.6%	100.0%
	Total %	30.1%	28.5%	58.6%
No	N°	104	69	173
	%	60.1%	39.9%	100.0%
	Total %	24.9%	16.5%	41.4%
Total	N°	230	188	418
	Total %	55.0%	45.0%	100.0%

Fuente: elaboración propia en base a datos Cuestionario General de Salud GHQ-28

Nota: %, refiere a la frecuencia relativa por fila y Total %, refiere a la frecuencia relativa por celda y al total de jóvenes desempleados

En la sub-escala de **malestar somático** se evidenció una situación similar que para la puntuación total del GHQ-28, los jóvenes que buscaban activamente un empleo percibieron más malestar que los que no buscaban (34,7% y 29,5%, respectivamente). No se encontraron evidencias de asociación estadística significativa ($\chi^2 = 1,256$, $p = 0,262$).

Cuando se analiza la percepción de síntomas en la sub-escala de malestar somático (analizando conjuntamente los ítems bastante y mucho más que habitualmente), se encontró que la mayor frecuencia relativa se ubicó en los jóvenes que buscaban activamente un empleo en la pregunta “padecer dolores de cabeza” (84 de 245 = 34,3%). Le siguieron en orden descendente las preguntas “sentirse agotado y si fuerzas” (33,9%); “sensación de estar enfermo” (26,9%); “sensación de opresión en la cabeza” (26,1%) y “sensación de bienestar de salud” (25,7%).

Los jóvenes que no buscaban activamente un empleo presentaron la mayor frecuencia relativa en las preguntas “sentirse agotado y si fuerzas” y “sensación de opresión en la cabeza” (44 de 173 = 25,4%, en ambos casos).

Para la sub-escala de **malestar de ansiedad e insomnio**, los jóvenes que buscaban activamente un empleo fueron los que percibieron malestar en mayor porcentaje que los que no buscaban: 44.5 % y 35.8 %, respectivamente. No se encontraron evidencias de asociación estadística significativa ($\chi^2 = 3,140$, $p = 0,076$).

Al analizar conjuntamente los ítems bastante y mucho más que habitualmente, los jóvenes que buscaban activamente un empleo puntuaron en forma superior a los que no buscaban en casi todas las preguntas, con excepción de “asustarse o tener pánico sin motivos” (no buscaban 30 de 173 jóvenes = 17,3%; buscaban 39 de 245 jóvenes, 15,9%). La mayor frecuencia para ambos grupos se encontró en la pregunta “sentirse con los nervios a flor de piel y malhumorado” (116 que buscaban, 47,3%; 65 de los que no buscaban, 37,6%).

En la sub-escala de **malestar de adecuación social** también se evidenció una pequeña diferencia en la percepción de malestar en los jóvenes que buscaban un trabajo que en aquellos que no lo estaban haciendo: 26.1 % y 24.9 %, respectivamente. No se encontraron evidencias de asociación estadística significativa ($\chi^2 = 0,085$, $p = 0,770$).

En esta sub-escala se encontró, en términos generales, mayor malestar en función de los síntomas percibidos entre los jóvenes que no buscaban activamente empleo en comparación con los que buscaban (analizando conjuntamente los ítems menos y mucho menos). Los que no buscaban empleo puntuaron más en las preguntas “se las arregla para mantenerse ocupado y activo” (32 de 173 = 18,5% en comparación a 42 de 245 = 17,1%); “satisfacción con las maneras de hacer las cosas” (25,4% y 24,5%); “capaz de tomar decisiones” (19,7% y 15,1%) y “capaz de disfrutar de las actividades normales del día” (24,3% y 22,9%).

Los jóvenes que buscaban activamente un empleo percibieron mayor **malestar de depresión** que los jóvenes que no buscaban empleo: 11.4 % y 9.2 %, respectivamente. No se encontraron evidencias de asociación significativa estadísticamente ($\chi^2 = 0,512$, $p = 0,474$).

Cuando se analiza conjuntamente los ítems bastante y mucho más que lo habitual, en una sola pregunta los jóvenes que no buscaban empleo evidenciaron un mayor malestar que aquellos jóvenes que buscaban activamente un empleo: “ha notado que desea estar muerto y lejos de todo” (13 de 173 = 7,5% frente a 15 de 245 = 6,1%). En la pregunta “no puede hacer nada por tener los nervios desquiciados”, fue donde se presentaron los mayores porcentajes para ambos grupos (45 de 245 = 18,4% y 18 de 173 = 10,4%).

Las tablas de contingencia de las cuatro sub-escalas del GHQ-28, pueden consultarse en el Anexo X.

4.8 Tiempo de desempleo.

Los jóvenes que no superaban el año en su condición de desempleado presentaron los porcentajes mayores de malestar psíquico. No se encontraron evidencias de asociación estadística significativa ($\chi^2 = 3,156$, $p = 0.076$).

Tabla N° 16
Percepción sobre Malestar Psíquico de los jóvenes, según tiempo de desempleo.
Rosario, setiembre de 2003

Tiempo de desempleo		Percepción de Malestar Psíquico		Total
		No	Sí	
Hasta un año	N°	59	73	132
	%	44.7%	55.3%	100.0%
	Total %	35.5%	44.0%	79.5%
Más de un año	N°	21	13	34
	%	61.8%	38.2%	100.0%
	Total %	12.7%	7.8%	20.5%
Total	N°	80	86	166
	Total %	48.2%	51.8%	100.0%

Fuente: elaboración propia en base a datos Cuestionario General de Salud GHQ-28

Nota: %, refiere a la frecuencia relativa por fila y Total %, refiere a la frecuencia relativa por celda y al total de jóvenes desempleados

En cada sub-escala se observó una situación similar (*las tablas de contingencia se pueden observar en el Anexo XI*).

En la sub-escala de **malestar somático** los guarismos fueron de un 43,9% para los con un tiempo de desempleo de hasta un año y de 26,5% para los que llevaban más de un año desempleados. No se encontraron evidencias de asociación estadística significativa ($\chi^2 = 3.427$, $p = 0,064$).

Cuando se analizan las respuestas a cada pregunta de esta sub-escala (en forma conjunta los ítems bastante y mucho más que lo habitual), se observa una presencia de síntomas mayor en los jóvenes con un tiempo de desempleo de hasta un año en seis de las siete preguntas, destacándose la pregunta N° 5 “padecer dolores de cabeza” con un 40,2% (53 de 132 jóvenes).

La percepción de **malestar de ansiedad e insomnio** fue de 53,8% para los jóvenes con un tiempo de desempleo de hasta un año y de 44,1% en los otros. No se encontraron evidencias de asociación estadística significativa ($\chi^2 = 1,013$, $p = 0.314$).

Cuando se observan las diferencias en las respuestas a cada pregunta de esta sub-escala (analizando conjuntamente los ítems bastante y mucho más que lo habitual), los

jóvenes con un tiempo de desempleo de hasta un año presentaron porcentajes por encima del 40% en las preguntas: “se ha sentido con los nervios a flor de piel y malhumorado” (53%, 70 de 132); “se ha notado constantemente agobiado y en tensión” (45,5) y “se ha notado nervioso y a punto de explotar constantemente” (40,2%).

Las preguntas con mayor porcentaje para los jóvenes que estaban desempleados por un tiempo mayor a un año fueron: “se ha sentido con los nervios a flor de piel y malhumorado” (15 de 34, 44,1%); “sus preocupaciones le han hecho perder sueño”, “se ha notado constantemente agobiado y en tensión” y “ha tenido la sensación de que todo se le viene encima”, con frecuencias similares (35,3%).

En la sub-escala de **malestar de adecuación social**, al igual que en las anteriores, los jóvenes con un tiempo de desempleo menor de un año presentaron una mayor frecuencia relativa de malestar (31,1%, frente a 26,5%). No se encontraron evidencias de asociación estadística significativa ($\chi^2 = 0,271$, $p = 0.603$).

Al observar las respuestas “menos y mucho menos que lo habitual” en forma conjunta en cada pregunta de esta sub-escala, los jóvenes con un tiempo de desempleo superior a un año tuvieron un porcentaje mayor que el otro grupo en las preguntas: “ha sentido que no esta desempeñando un papel útil en la vida” y “no se ha sentido capaz de tomar decisiones” (8 de 34 = 23,5%, en ambos casos), y “no ha sido capaz de disfrutar las actividades normales del día” (29,4%).

Para los jóvenes con un tiempo de desempleo igual o menor de un año la pregunta con mayor porcentaje fue: “satisfecho con su manera de hacer las cosas” (37 de 132 = 28%).

Los resultados para la sub-escala de **malestar de depresión** fueron similares a los encontrados en las otras ya que los jóvenes con un tiempo de desempleo igual o menor de un año fueron los que percibieron mayor malestar (9,1% y 5,9%, respectivamente). No se encontraron evidencias de asociación estadística significativa ($\chi^2 = 0,360$, $p = 0,548$).

En la sub-escala de malestar de depresión se pudo observar (analizando conjuntamente los ítems bastante y mucho más que lo habitual), que en la pregunta “ha estado viviendo totalmente sin esperanza” los jóvenes con más de un año de desempleados tuvieron mayor porcentaje (4 de 34 = 11,8%).

4.9. Distrito Municipal de residencia

La percepción de Malestar Psíquico fue diferencial según el Distrito Municipal de residencia de los jóvenes, destacándose por su mayor frecuencia el Distrito Sudoeste y por la menor el Distrito Centro. Se encontraron evidencias de asociación estadística muy significativa ($\chi^2 = 20,815$, $p^{**} = 0,001$).

Tabla N° 17
Percepción de Malestar Psíquico de los jóvenes desempleados según
Distrito Municipal de residencia. Rosario, setiembre de 2003

Distrito Municipal		Percepción de Malestar Psíquico		Total
		No	Sí	
Centro	N°	94	43	137
	%	68.6%	31.4%	100.0%
	Total %	22.5%	10.3%	32.8%
Norte	N°	33	33	66
	%	50.0%	50.0%	100.0%
	Total %	7.9%	7.9%	15.8%
Sur	N°	36	26	62
	%	58.1%	41.9%	100.0%
	Total %	8.6%	6.2%	14.8%
Oeste	N°	32	33	65
	%	49.2%	50.8%	100.0%
	Total %	7.7%	7.9%	15.6%
Noroeste	N°	20	26	46
	%	43.5%	56.5%	100.0%
	Total %	4.8%	6.2%	11.0%
Sudoeste	N°	15	27	42
	%	35.7%	64.3%	100.0%
	Total %	3.6%	6.5%	10.0%
Total	N°	230	188	418
	Total %	55.0%	45.0%	100.0%

Fuente: elaboración propia en base a datos Cuestionario General de Salud GHQ-28

Nota: %, refiere a la frecuencia relativa por fila y Total %, refiere a la frecuencia relativa por celda y al total de jóvenes desempleados

Al analizar la percepción de malestar según sub-escalas (ver tablas de contingencia en Anexo XII), se evidencia un comportamiento similar al obtenido para la puntuación total del GHQ-28, mayor percepción de **malestar somático** en el Distrito Sudoeste y menor en el Distrito Centro (54,8% y 33,6%, respectivamente). Se encontraron evidencias de asociación estadística altamente significativa ($\chi^2 = 47,320$, $p^{***} = 0,000$).

Al observar las diferencias en función de las respuestas obtenidas en la sub-escala de malestar somático (considerando en forma conjunta los ítems bastante y mucho más que lo

habitual), en el Distrito Sudoeste los jóvenes allí residentes tuvieron mayores porcentajes en cinco de las siete preguntas, a saber: “sensación de bienestar de salud” (22 de 42 = 52%); “sensación de necesitar un reconstituyente” (40%); “padece dolores de cabeza” (57,1%); “sensación de opresión en la cabeza” (47,6%) y “oleadas de frío o calor” (42,9%).

En el Distrito Centro el porcentaje más alto fue en la pregunta “sensación de agotamiento y sin fuerzas” (30 de 137, 21,9%).

La frecuencia más alta encontrada en el Distrito Norte fue en la pregunta “padece dolores de cabeza” (28 de 66, 42,4%).

En el Distrito Sur, la mayor frecuencia fue en la pregunta “sensación de agotamiento y sin fuerza” (19 de 62, 30,6%).

Para el Distrito Oeste el mayor porcentaje se ubicó en la pregunta “sensación de agotamiento y sin fuerza” (25 de 65, 38,5%).

En el Distrito Noroeste la mayor frecuencia estuvo en la pregunta “padece dolores de cabeza” (19 de 46, 41,3%).

Para la sub-escala de **malestar de ansiedad e insomnio** se observa malestar en primer lugar en los jóvenes que residen en el Distrito Sur y por último en los que habitan en el Distrito Centro (54,8% y 33,6%). No se encontraron evidencias de asociación estadística significativa ($\chi^2 = 9,141$, $p = 0,104$).

Cuando se analiza en forma conjunta los ítems de “bastante y mucho más que lo habitual”, la percepción de malestar de ansiedad e insomnio se expresó con el mayor porcentaje en las siguientes preguntas: Distrito Centro, “preocupaciones que le hacen perder sueño” y “nervios a flor de piel y malhumorado” (43 de 137, 31,4%, en ambos casos); Distrito Norte, “nervios a flor de piel y malhumorado” (36 de 66, 54,5%); Distrito Sur, “nervios a flor de piel y malhumorado” (26 de 62, 41,9%); Distrito Oeste, “nervios a flor de piel y malhumorado” (39 de 65, 60%); Distrito Noroeste, “agobiado y en tensión”, “sensación de que todo se le viene encima” y “nervioso y a punto de explotar” (20 de 46, 43,5%, en todos los casos) y Distrito Sudoeste, “nervios a flor de piel y malhumorado” (20 de 42, 47,6%).

En la sub-escala de **malestar de adecuación social** la frecuencia mayor de percepción de malestar fue de 45,2% en el Distrito Sudoeste y la menor (17,5%) en el Distrito Centro. Se encontraron evidencias de asociación estadística muy significativa ($\chi^2 = 15,995$, $p^{**} = 0,007$).

Analizando en forma conjunta los ítems menos y mucho menos que lo habitual, se encontró que las preguntas con mayor frecuencia relativa fueron: Distrito Centro, “satisfecho con su manera de hacer las cosas” (30 de 137, 21,9%); Distrito Norte, “satisfecho con su

manera de hacer las cosas” (17 de 66, 25.8%); Distrito Sur, “le cuesta más tiempo hacer las cosas” (19 de 62, 30,6%); Distrito Oeste, “tiene la impresión de hacer bien las cosas” y “satisfecho con su manera de hacer las cosas” (18 de 65, 27,7%, en ambos casos); Distrito Noroeste, “capaz de tomar decisiones” y “capaz de disfrutar las actividades normales del día” (14 de 46, 30,4%, en ambos casos) y Distrito Sudoeste, “se las arregla para mantenerse ocupado y activo”, “le cuesta más tiempo hacer las cosas”, “satisfecho con su manera de hacer las cosas” y “capaz de disfrutar las actividades normales del día” (14 de 42, 33,3%, en todos los casos).

En la sub-escala de **malestar de depresión** los jóvenes residentes en el Distrito Sudoeste presentaron mayor percepción de malestar (14,3%) y en el Distrito Centro menor percepción de malestar (7,3%). No se encontraron evidencias de asociación estadística significativa ($\chi^2 = 4,272$, $p = 0,118$).

Analizando conjuntamente los ítems bastante y mucho más que lo habitual, se observa el mayor porcentaje para cada Distrito en las siguientes preguntas: Distrito Centro, “ha notado que a veces no puede hacer nada porque tiene los nervios desquiciados” (27 de 137, 19,7%); Distrito Norte, “pensó en la posibilidad de quitarse del medio” (10 de 66, 15,2%); Distrito Sur, “piensa que es una persona que no vale nada” (8 de 62, 12,9%); Distrito Oeste, “piensa que es una persona que no vale nada” (16 de 65, 24,6%); Distrito Noroeste, “la idea de quitarse la vida le viene repetidamente a la cabeza” (7 de 46, 15,2%) y Distrito Sudoeste, “piensa que es una persona que no vale nada” (7 de 42, 16,7%).

4.10. Características de la vivienda

Cuando se analiza la percepción de Malestar Psíquico en función de las características de la vivienda, se observa como aumenta el malestar en la medida que desciende la calidad de la vivienda, situación similar en las diferentes sub-escalas (*ver tablas de contingencia en Anexo XIII*). No se encontraron evidencias de asociación estadística significativa para la puntuación total del GHQ-28 ($\chi^2 = 5,145$, $p = 0,076$).

Tabla N° 18
Percepción de Malestar Psíquico de los jóvenes desempleados, según características de la vivienda. Rosario, setiembre de 2003.

Características de la vivienda		Percepción de Malestar Psíquico		Total
		No	Sí	
MB	N°	209	157	366
	%	57.1%	42.9%	100.0%
	Total %	50.0%	37.6%	87.6%
B	N°	13	19	32
	%	40.6%	59.4%	100.0%
	Total %	3.1%	4.5%	7.7%
R	N°	8	12	20
	%	40.0%	60.0%	100.0%
	Total %	1.9%	2.9%	4.8%
Total		230	188	418
		55.0%	45.0%	100.0%

Fuente: elaboración propia en base a datos Cuestionario General de Salud GHQ-28

Nota: %, refiere a la frecuencia relativa por fila y Total %, refiere a la frecuencia relativa por celda y al total de jóvenes desempleados

La percepción de **malestar somático** aumenta cuando las condiciones de la vivienda pasan de muy buenas (30.3 %) a regular (45 %) y buenas (50 %). Se encontraron evidencias de asociación estadística significativa ($\chi^2 = 6,675$, $p^* = 0,036$). Al analizar los síntomas de esta sub-escala, se pudo observar que en términos generales la presencia de malestar fue en ascenso en la medida que las condiciones de vivienda disminuían.

Las frecuencias relativas más altas se ubicaron para todos los casos en la pregunta “padecer dolores de cabeza”: 28,7% en jóvenes con condiciones de vivienda muy buenas (105 de 366); 53,1% en jóvenes con condiciones de vivienda buenas (17 de 32) y 45% en jóvenes con condiciones de vivienda regulares (9 de 20). Se hallaron frecuencias similares en la pregunta “sentirse agotado y sin fuerzas” para aquellos jóvenes que tenían condiciones de vivienda buenas (53,1%) y regulares (45%).

Con relación a la percepción de **malestar de ansiedad e insomnio**, se mantiene la relación inversa entre el aumento de malestar y condiciones de la vivienda (MB: 38,3%; B:

59,4% y R: 60%). Se encontraron evidencias de asociación estadística significativa ($\chi^2 = 8,599$, $p^* = 0,014$).

Los jóvenes con diferentes condiciones de vivienda tuvieron la mayor frecuencia en todos los casos para la pregunta "sentirse con los nervios a flor de piel" (149 de 366 con hábitat Muy Bueno, 40,7%; 19 de 32 jóvenes con hábitat Bueno, 59,4% y 13 de 20 con hábitat Regular, 65%). Se observó además, que la frecuencia más alta, siguiente a la anterior, se dio para todos los casos en la pregunta "se ha notado agobiado y en tensión".

La menor presencia de **malestar de adecuación social** fue para los jóvenes con condiciones de vivienda muy buena (22,7%), hallándose proporciones muy similares de percepción de este malestar, en los jóvenes que habitan en viviendas con condiciones buenas y regulares (46.9 % y 45.9 %, respectivamente). Se encontraron evidencias de asociación estadística muy significativa ($\chi^2 = 13,198$, $p^{**} = 0,001$).

Al analizar las respuestas por cada pregunta de esta sub-escala, para aquellos jóvenes con características de vivienda muy buena, la mayor percepción de malestar se ubicó en la pregunta "sentirse insatisfecho con la manera de hacer las cosas" (90 de 366 jóvenes, 24,6%); para los jóvenes con características de vivienda buena el porcentaje más alto fue en la pregunta "tener la impresión de estar haciendo las cosas mal" (16 de 32, 50%) y para los jóvenes con características de vivienda regular, el mayor porcentaje se presentó en dos preguntas: "haber tenido la impresión de no estar haciendo las cosas bien" y "sentir que no estaba desempeñando un papel útil en la vida" (45%, en ambos casos).

Para la sub-escala de **malestar de depresión** en los jóvenes con condiciones de vivienda regulares la presencia de percepción de malestar tuvo la mayor frecuencia (25 %), siguiéndole los jóvenes con condiciones de vivienda muy buenas (10.1 %) y en último lugar, los jóvenes con condiciones de vivienda buenas (6.3 %). No se encontraron evidencias de asociación estadística significativa ($\chi^2 = 5,137$, $p = 0,077$).

Las similitudes encontradas, al analizar las respuestas a las preguntas de esta sub-escala, se ubicaron en la pregunta "ha notado que no puede hacer nada porque tiene los nervios desquiciados", con el mayor porcentaje para los jóvenes con condiciones de vivienda muy buena (53 de 366, 14,5%) y regular (7 de 20, 35%). Los jóvenes con condiciones de vivienda buena presentaron el mayor porcentaje en la pregunta "ha pensado que es una persona que no vale para nada" (5 de 32, 15,6%).

4.11. Personas con las que comparte el hogar

La percepción de malestar psíquico fue superior para los jóvenes que vivían solos o con su familia propia. Se encontraron evidencias de asociación estadística muy significativa para la puntuación total del GHQ-28 ($\chi^2 = 14,709$, $p^{**} = 0,005$).

Tabla N° 19
Percepción de Malestar Psíquico de los jóvenes desempleados, según personas con las que comparte el hogar. Rosario, setiembre de 2003.

Personas con las que comparte el hogar		Percepción de Malestar Psíquico		Total
		No	Sí	
Solo	N°	4	9	13
	%	30.8%	69.2%	100.0%
	Total %	1.0%	2.2%	3.1%
Padres	N°	160	116	276
	%	58.0%	42.0%	100.0%
	Total %	38.3%	27.8%	66.0%
Familia propia	N°	12	24	36
	%	33.3%	66.7%	100.0%
	Total %	2.9%	5.7%	8.6%
Otros	N°	38	20	58
	%	65.5%	34.5%	100.0%
	Total %	9.1%	4.8%	13.9%
Familiares y familia propia	N°	16	19	35
	%	45.7%	54.3%	100.0%
	Total %	3.8%	4.5%	8.4%
Total	N°	230	188	418
	Total %	55.0%	45.0%	100.0%

Fuente: elaboración propia en base a datos Cuestionario General de Salud GHQ-28

Nota: %, refiere a la frecuencia relativa por fila y Total %, refiere a la frecuencia relativa por celda y al total de jóvenes desempleados

La percepción de **malestar somático** fue superior para los jóvenes que vivían con la familia propia y solos (58,3% y 46,2%, respectivamente). Se encontraron evidencias de asociación estadística muy significativa ($\chi^2 = 14,508$, $p^{**} = 0,006$).

Analizando conjuntamente los ítems bastante y mucho más que lo habitual de las preguntas de esta sub-escala, el mayor porcentaje se observó en las siguientes preguntas: “se ha sentido agotado y sin fuerzas para nada”, para los que vivían solos (8 de 13, 61,5%) y que vivían con la familia propia (23 de 36, 63,9%) y con otros (17 de 58, 29,3%); “ha padecido dolores de cabeza”, para los jóvenes que vivían con los padres (77 de 276, 27,9%) y con familiares y la familia propia (12 de 35, 34,3%).

En la sub-escala de **malestar de ansiedad e insomnio**, la percepción de malestar fue superior en los jóvenes que vivían solos (69,2%) y con su familia propia más otros familiares

(57,1%). Se encontraron evidencias de asociación estadística muy significativa ($\chi^2 = 14,389$, $p^{**} = 0,006$).

En esta sub-escala los mayores porcentajes (tomando conjuntamente los ítems bastante y mucho más que lo habitual), se encontraron en casi todas las situaciones de convivencia en la pregunta “sentirse con los nervios a flor de piel y malhumorado”(con los padres, 38,8%; con la familia propia, 63,9%; con otros, 37,9% y con la familia propia y los padres, 60%), excepto cuando el joven vivía solo que se destacó en la pregunta “sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño” (69,2%).

En la sub-escala de **malestar de adecuación social**, el mayor malestar fue percibido por los jóvenes que compartían el hogar con su familia propia (38,9%) y con su familia y otros familiares o padres (34,3%). No se encontraron evidencias de asociación estadística significativa ($\chi^2 = 8,391$, $p = 0,078$).

En esta sub-escala, los mayores porcentajes se encontraron en casi todas las situaciones de convivencia en la pregunta “sentirse insatisfecho con su manera de hacer las cosas”. Los jóvenes que vivían solos presentaron un 38,5%, además de la anterior, en la pregunta “no se las ha arreglado para mantenerse ocupado y activo”, “ha tenido la impresión de que no esta haciendo las cosas bien” y “siente que no desempeña un papel útil en la vida”. En el caso del joven que vivía con su familia propia, el mayor porcentaje se presentó en la pregunta “le cuesta más tiempo hacer las cosas” (19 de 36, 52,8%).

Para la sub-escala de **malestar de depresión**, la mayor percepción de malestar fue para los jóvenes que vivían solos (15,4%) y con su familia propia, además otros familiares (14,3%). No se encontraron evidencias de asociación estadística significativa ($\chi^2 = 1,028$, $p = 0,905$).

Analizando conjuntamente los ítems bastante y mucho más que lo habitual, en la pregunta “nota que a veces no puede hacer nada porque tiene los nervios desquiciados”, se encontraron los mayores porcentajes para los jóvenes que vivían solos (3 de 13, 23,1%), para los que vivían con sus padres (35 de 276, 12,7%) y para los que vivían con su familia propia (9 de 36, 25%).

Frente a la pregunta “ha pensado que es una persona que no vale para nada”, los jóvenes que vivían con otros tuvieron un 19% (11 de 58) y los que vivían con otros familiares y su familia propia un 31,4% (11 de 35).

Ver las tablas de contingencia por sub-escala en el Anexo XIV

CAPITULO IV. DISCUSION

En primer lugar se quiere destacar que se observó que casi la mitad los jóvenes estudiados percibían malestar psíquico. La primera impresión que surge es que este grupo etéreo no es ajeno a los grandes cambios que se han operado en el seno de la sociedad rosarina en los últimos años.

Como producto de estos cambios estructurales se transformó el perfil productivo, al realizarse el pasaje de una economía basada en la producción industrial metal mecánico¹ y la producción siderometalúrgica y petroquímica², a una economía sustentada en la venta de servicios. Esta situación impactó severamente en los jóvenes dado que en este nuevo escenario productivo comenzaron a requerirse competencias laborales y culturales mucho más desarrolladas que las que implicaba la sociedad industrial³.

A este hecho se deben sumar las marcadas crisis sociales y económicas que han desarrollado un escenario de pobreza generalizada, con fuertes tendencias al conflicto y al crecimiento del malestar. Por otra parte, y según lo relevado como antecedentes en esta Tesis, se ha producido una fuerte segmentación social que ha impactado en la deserción de los jóvenes del sistema educativo formal y en la asunción de compromisos familiares tempranos (Diez de Medina, 2000; Lozano, 1999; DINAJU, 2003, entre otros).

Teniendo en cuenta que, por las características propias de los jóvenes, el malestar percibido no generaría consultas con los profesionales de la salud, los resultados obtenidos deberían alertar a las autoridades sanitarias para implementar estrategias de detección precoz a nivel comunitario. En particular se debería reformular las funciones del personal de enfermería en el ámbito de la Atención Primaria de la Salud ya que los datos estarían reflejando una demanda de ayuda por parte de los jóvenes.

La asociación estadística, expuesta en el capítulo de resultados de esta Tesis, entre la percepción de malestar psíquico y la inserción de los jóvenes en el mercado productivo, no resultó significativa. Al analizar la percepción de malestar psíquico tomando cada grupo en particular (empleados o desempleados), los jóvenes desempleados percibían menor malestar para la puntuación total y en las cuatro sub-escalas del GHQ-28, que los empleados.

¹ Se hace referencia a la actividad prioritaria desarrollada hasta la década de los '90 en el cordón industrial que se situaba a lo largo de la Av. Ovidio Lagos de la ciudad de Rosario.

² El Sistema Metropolitano del Gran Rosario (SMGR) incluía el cordón industrial de las vecinas localidades de San Lorenzo y Villa Constitución.

³ La irrupción de nuevos procesos tecnológicos, que alcanzó a todos los sectores: primario, secundario y terciario, aumentó las exigencias para el acceso al trabajo tales como: estudios secundarios completos, manejo de programas computacionales, idiomas, entre otros.

Sin embargo al observar la expresión de síntomas en cada sub-escala, los jóvenes desempleados presentaron guarismos altos en algunos de ellos y diferenciados de los que percibían los empleados.

Los antecedentes relevados en este sentido muestran una situación diferente, una asociación entre la presencia de malestar y el desempleo (Kessler, 1996; Fergusson y col, 1997; entre otros). Sin embargo cabe señalar que en los estudios señalados se agruparon los malestares en un rango de edad más abarcativo, lo que pudiera interpretarse sensiblemente diferente ya que no es lo mismo la capacidad de identificación con el trabajo que tienen los más jóvenes.

El resultado obtenido en esta Tesis permitiría inferir que en la sociedad actual todos los actores se ven afectados por la situación de crisis. Este supuesto tiene un correlato al observar las diferencias cuanti-cualitativas en la expresión de síntomas entre jóvenes empleados y desempleados. Es posible que la expresión del malestar sea diferencial para cada grupo social en función de los recursos con los que esos sujetos cuenten y el contexto social en donde estén inmersos.

Por esta razón, no resultaría extraño que los jóvenes empleados presenten mayor malestar ya que se encontraban insertos en un contexto de marcada desocupación, instalado desde hace más de una década en el país y particularmente en Rosario. Esta situación habría impactado negativamente sobre el bienestar psicológico de los jóvenes empleados, entre otras cuestiones, por el miedo a perder el trabajo.

Para fundamentar con mayor claridad esta hipótesis se debe destacar el hecho de que los colectivos sociales construyen representaciones que están determinadas por la fuerte significación que tiene el trabajo como herramienta de ascenso social. La identidad estaría dada por la pertenencia al mundo del trabajo. En esta cultura el que trabaja, el que hace algo, el que está ocupado, es útil.

Durante gran parte de la segunda mitad del siglo veinte esta representación se vio reforzada por los altos niveles de inclusión social existentes en el mundo capitalista. Con el agotamiento del modelo de acumulación (Estado de Bienestar), instalado con mayor fuerza hasta la década del '70, y la hegemonía del neoliberalismo, que implicó la restauración conservadora de los '80, las posibilidades del mundo del trabajo cambiaron. Los procesos de desindustrialización, terciarización y reindustrialización implicaron un nuevo modelo de organización de la producción y una creciente exclusión del mercado laboral de grandes masas de trabajadores.

Coincidiendo con Germán Rama (1994), en los países desarrollados este proceso tuvo una cierta racionalidad y se ensayaron recetas de distinta índole para atenuar el impacto del proceso (disminuir la jornada de trabajo, crear redes de contención social, aumentar los aportes al desarrollo de pequeñas y micro empresas, etc.). En cambio en otros países, entre los que se puede incluir a Argentina, se optó por la desregulación del mercado laboral con el consecuente aumento del desempleo y la pobreza.

Ante las crecientes demandas de los sectores afectados por las políticas vigentes, quienes tenían responsabilidades de gestión, eligieron el camino simple pero inútil de subsidiar a quienes eran más afectados con los llamados planes de asistencia social. Estos planes, además de no solucionar los problemas laborales de quienes los reciben, segmentan más aún dicho mercado y tienen un efecto paralizante sobre los actores sociales a los que están dirigidos.

Volviendo a la región en la que se realizó esta Tesis, la situación de inseguridad laboral instalada fuertemente en gran parte de las familias rosarinas se pudo ver magnificada con los datos y comentarios provenientes de los medios masivos de comunicación. Es de destacar que los mismos cumplen un papel muy importante en la configuración de representaciones sociales.

Si se tiene en cuenta que gran parte de los titulares de los principales informativos escritos y orales de la ciudad de Rosario, durante la década precedente, se dedicaron a marcar la terrible desocupación existente y cómo impactaba la misma en los sectores juveniles, es posible entender el nivel de angustia y ansiedad que se puede haber generando en amplios sectores de la comunidad. Si bien este aspecto no fue relevado científicamente en éste trabajo, merecería ser tenido en cuenta en futuras investigaciones ya que la experiencia acumulada en este sentido, habilita la conjetura anterior.

El otro dato a considerar y que podría haber impactado en la subjetividad de los jóvenes empleados, es que en los últimos años de la década de los '90 y en la actualidad, las posibilidades de empleo para los jóvenes se vieron reducidas a aquellos trabajos que implican una retribución mínima, que ubica al sujeto por debajo de la línea de indigencia, muy frecuentes en el sector de servicios. Esta situación podría reavivar, en aquellos jóvenes que poseían un trabajo mejor remunerado, los temores a quedar desempleado y tener que recurrir a este tipo de trabajo para subsistir. Tal como se entiende al trabajo en esta Tesis, esta clase de empleo no constituye un trabajo sino sólo una estrategia de sobrevivencia.

Con respecto a la percepción de malestar psíquico encontrado en los jóvenes

desempleados se pueden identificar expresiones de malestar diferentes a los relevados en otras investigaciones con relación a los adultos en iguales condiciones. En los adultos se ha documentado una gran carga de pesimismo, resignación y malestares depresivos, entre otros (Montgomery, 1999; Proudfoot, 1999; Ytterdahl, 1999; Bonantini, et al, 2003).

Los jóvenes desempleados podrían hallarse en mejor posición ya que no deberían sobrellevar tantas presiones económicas al depender, en algunos casos, de sus padres. En estos sujetos también existiría una conciencia de mayor disponibilidad de tiempo para enmendar su situación actual.

Si los mercados laborales de la presente coyuntura fueran más proclives a reclutar personas jóvenes con condiciones laborales dignas, este grupo etéreo podría construir una representación menos traumática de la problemática de la falta de empleo y considerar que sus posibilidades de acceder a una nueva ocupación remunerada son mayores que las del resto de la población.

En los jóvenes, la capacidad de identificación con el trabajo podría ser menor en comparación a sujetos cuya dedicación, esfuerzo e implicación en el trabajo forma la parte nuclear y esencial de sus vidas. La situación de desempleo, si bien sería una experiencia negativa, por las características optimistas propias de los jóvenes podría constituirse en un paso hacia una futura inserción laboral.

Al avanzar en la situación de los desempleados, es importante referir que en la muestra estudiada 252 jóvenes nunca estuvieron empleados, situación que refuerza el supuesto anterior. En los jóvenes que no accedieron a su primer empleo se podría encontrar una visión más optimista que en aquellos que perdieron su empleo ya que la falta de éste puede ser percibida como una continuación de su situación escolar, construyendo representaciones basadas en expectativas determinadas por la posibilidad laboral futura.

En términos generales, ante la situación de desempleado, el joven tendería a adoptar una actitud pasiva-receptiva en el ámbito familiar. Esta situación en ocasiones podría favorecer los vínculos de dependencia parental sin que se generen demasiados conflictos en la psiquis del sujeto. En otras oportunidades, coincidiendo con lo expresado por Moise (2000), podrían surgir estados depresivos reactivos que dificultarían la utilización de recursos orientados a la concreción de un empleo.

Otra situación es la de aquellos jóvenes que experimentaron la pérdida de su empleo habitual y estable, que en esta investigación representaban un 39,7% (166 jóvenes). Esto supondría un evento traumático que afectaría al sentimiento de seguridad y autoestima del

sujeto, motivado por la incertidumbre sobre un futuro trabajo, por los problemas económicos derivados de la situación o, incluso, por la incomprensión de que serían objeto por determinadas personas o estamentos sociales.

Es importante insistir en el señalamiento de que cada situación es vivenciada de manera diferente por cada sujeto, dependiendo de la manera particular que se tiene de percibir las crisis, de los recursos psicológicos con que se cuenta y del apoyo social que el joven reciba.

Para resumir, se puede decir que el menor malestar encontrado en el grupo de jóvenes desempleados se debería a un optimismo que se podría definir como socialmente prescripto, lo que los llevaría a minimizar su mirada sobre la crisis y sus consecuencias posibles, reduciendo la significatividad de la ocurrencia de los malestares que sufren producto de la situación en la que se encuentran.

En el análisis de la variable edad y su relación con la percepción de malestar psíquico no se halló una asociación estadísticamente significativa, aún así es importante destacar que se encontró menor malestar en general (puntuación total del GHQ-28) pero mayor frecuencia en la percepción de malestar de ansiedad e insomnio, adecuación social y depresión en el grupo de jóvenes entre 20 a 25 años, tomados en forma particular.

Este resultado permite reflexionar sobre el hecho de que la inserción laboral constituye uno de los acontecimientos más importantes para el joven con mayor edad, por que marca la entrada de éste en las responsabilidades de la vida adulta, además de un cambio en la posición familiar. Para los jóvenes con mayor edad la situación de desempleo significa un retraso en los planes de vida futuros, implica continuar con la dependencia económica que tienen con sus padres, en el caso de pertenecer a sectores de mayor sustento económico, o verse obligados a recurrir a trabajos precarios y mal remunerados que les provean una parte de su sustento, cuando sus familias pertenecen a sectores con menores recursos.

La percepción de malestar somático en los de menor edad podría relacionarse con la mayor dificultad que tienen los jóvenes para controlar un cuerpo que se encuentra en crecimiento y que ellos perciben como cambiante, por lo que se constituye en una parte vulnerable de su identidad.

Si bien es cierto que los jóvenes tienen un fuerte horizonte de visibilidad de futuro y también una intensa vida social con sus pares, lo que funciona como un contenedor o soporte social, la percepción de malestar de adecuación social en una cuarta parte de los jóvenes desempleados en estudio (25,6%, tomando ambas franjas etáreas), merece una especial

atención ya que la participación social se encuentra asociada a la autoestima, al sentido de la vida y al control que las personas tienen sobre los eventos del contexto en donde interactúan. Esto se relaciona también con los estilos de vida por medio de los cuales las personas generan determinadas estrategias para resolver las situaciones problemáticas.

La presencia de un menor malestar de adecuación social en los jóvenes, a diferencia de lo que ocurre con las personas adultas⁴ (Bonantini, C.; Simonetti, G., et al, 1999, 2001, 2003), puede tener relación con que los jóvenes actúan desde una perspectiva más gregaria, participando en diversos grupos de pares que constituyen una contención que les permite elaborar las representaciones negativas que se describen mas arriba.

En términos generales en los jóvenes no se establecen cambios importantes en el uso del tiempo libre o una disminución de las relaciones sociales como puede darse en otros grupos de edad, como consecuencia de la prolongación del desempleo. Mantenerse ocupado se encuentra más ligado a lo social, dependiendo por supuesto de que los factores socioeconómicos sean favorables. En cambio en las personas adultas el estar desempleado implica una carga importante de ansiedad y angustia que favorece el sentimiento de exclusión social.

El mayor riesgo para la salud mental que enfrentan los jóvenes se ha encontrado asociado directamente a la falta de soportes sociales eficientes que presten apoyo práctico y afectivo en momentos de crisis. La evidencia empírica sobre el efecto protector que tiene una red social estable frente a eventuales dificultades, ya ha sido descripta en el desarrollo de este trabajo (INJUV, 1999; Proudfoot, 1999).

Entre el nivel educativo y la percepción de malestar psíquico no se encontraron evidencias de asociación estadística significativa. Entre los jóvenes con un nivel educativo superior y los que tenían una formación educativa nula, se encontró una menor percepción de malestar psíquico que en los jóvenes con otros niveles educativos, expresándose diferencias entre las sub-escalas de malestar. Al observar la presencia de malestar en la muestra completa la situación se invirtió.

Estos resultados no coinciden con los documentados por otros investigadores en donde generalmente las personas con nivel educativo más bajo fueron las que presentaron mayores puntuaciones en los tests de screening (Ludermir, A., 2000; Alvarez Gálvez, E., y Otros, 2002).

⁴ En las investigaciones realizadas con adultos desocupados se pudo observar, en particular en los varones, un sentimiento de invalidación que los tensionaría y favorecería la segregación del grupo social más próximo como también presencia de mayor malestar psíquico.

En la realidad actual es posible que los bajos niveles de educación disminuyan las posibilidades de incorporación al mercado laboral de los jóvenes. La descalificación educativa constituye un factor de discriminación que comprende no sólo a aquellos que no asistieron sino también a una parte de quienes recibieron una educación primaria o básica.

Los estudios relevados como antecedentes permiten inferir que en la actualidad ni siquiera los jóvenes con estudios universitarios tienen un empleo garantizado (Rama; G., 1994; Thezá Manriquez, M., 2003; Pantin, D., 2000; Diez de Medina, R., 2000).

Según los resultados obtenidos en este trabajo, se podría decir que la pertenencia al grupo de los que poseen estudios superiores reforzaría el optimismo de los jóvenes, por las connotaciones que tiene el imaginario de progreso implícito en la posesión de este tipo de estudios (que los universitarios y los que tienen estudios superiores se ven menos afectados por el desempleo y obtienen empleos mejor remunerados), aunque en la realidad esto no suceda así en forma taxativa.

En los que tienen estudios nulos o bajos, la explicación residiría en una cuestión muy preocupante establecida en otras investigaciones (Bonantini, C. et al, 2003; Beccaria, L., López, N., 1996), en donde se observó que entre las personas con bajos niveles educativos (indicador indirecto y aproximado del nivel socioeconómico) crece la resignación que les hace abandonar a los sujetos toda expectativa de progreso social y los centra en la captura de subsidios del Estado.

La asociación entre la variable malestar psíquico en general y el estar realizando alguna actividad educativa al momento de realizarse la encuesta, no fue estadísticamente significativa. Sin embargo se hallaron evidencias de asociación estadística significativa con el malestar somático. Este hecho permitiría formular como hipótesis de trabajo, para futuras investigaciones, que los jóvenes experimentan alteración en su salud mental que se expresa con mayor intensidad en el cuerpo. Esta hipótesis tiene importancia desde la prevención en salud y habilita la necesidad de desarrollar redes de contención social y psicológica que vayan más allá de la mera asistencia económica.

En este estudio, los que se encontraban realizando alguna actividad educativa tenían nivel educativo bajo y medio, esto podría interpretarse como natural en un país donde los estudios secundarios están muy devaluados en la sociedad, porque al masificarse se constituyeron en la mínima exigencia que se requiere en las solicitudes de empleo. El imaginario de progreso que tenían estos estudios en la primera mitad del siglo XX se fue perdiendo y en la actualidad poseer estudios medios sólo sirve como llave de acceso a

estudios superiores, pero no aporta mayores expectativas de conseguir empleo y menos aún empleos muy bien remunerados.

Lo preocupante es que los jóvenes desempleados con bajo nivel educativo (un 25,4% de la muestra) no se encontraran realizando alguna actividad formativa, reflejando con ello una disyuntiva entre la necesidad de encontrar un trabajo remunerado que satisfaga sus necesidades básicas y las posibilidades de continuar estudiando. Esta tensión que se origina entre la educación y el trabajo tiende a obstaculizar la formación de las calificaciones requeridas por el mismo mercado de trabajo.

Cuando esta problemática se concentra en los sectores juveniles con menores recursos se convierte en un círculo vicioso: la necesidad de incorporarse al mercado de trabajo para paliar las necesidades de ingresos familiares, sin contar con las calificaciones requeridas, redundando en situaciones de desempleo, en precariedad laboral y en una situación de mayor pobreza.

Otro dato de suma importancia relevado en esta investigación fue que casi la mitad de los jóvenes desempleados, no realizaban ninguna actividad. Este sector es lo que la mayoría de los especialistas denomina como excluidos del sistema y constituyen un grupo especialmente vulnerable y en riesgo social, en muchos casos vinculados al desarrollo de formas ilegales y extra-legales de subsistencia (Metlika y Ticera, 2002; DINAJU, 2003).

Es importante destacar que cuando los jóvenes no logran representar una actividad, ya sea laboral o educativa, pueden sentirse ineficaces, desvalorizados y en casos extremos pueden exacerbarse las ideas de suicidio que están más presentes en ciertas etapas de los jóvenes (Desjarlais, 1997; De María, 1997; Claussen, 1998).

Otra de las relaciones entre variables estudiadas fue la de género y percepción de malestar psíquico, la que no fue estadísticamente significativa. Dentro del total de los que percibieron malestar psíquico, se halló mayor malestar en general y en las diferentes sub-escalas, por parte de las mujeres. En este punto existe coincidencia con los resultados obtenidos en otros trabajos de investigación (INJUV, 1999; Bonantini, C.; Simonetti, G., et al, 2001, 2003).

Cuando se observó el grupo de los varones en particular, éstos percibieron mayor malestar somático, de ansiedad e insomnio.

Las diferencias según género entre el malestar general y las sub-escalas, hipotéticamente se podrían asignar a la presencia de representaciones sociales según las cuales las mujeres perciben mayor malestar al hacerse cargo de todas las problemáticas

familiares como proveedoras de afecto. Situación que luego no se traduce en síntomas más específicos por no tener la urgencia para trabajar de la misma manera que la tiene el varón, como parte de un cumplimiento de la función social de proveedor económico.

La percepción de malestar psíquico asociada con el estado civil no fue significativa para la puntuación total del GHQ, sin embargo se encontró asociación significativa en la sub-escala de malestar somático.

Los jóvenes casados o que vivían en unión consensual tuvieron mayor malestar, según la puntuación total, en las sub-escalas del GHQ-28 y cuando se observaron las expresiones de síntomas entre cada grupo. Los estudios revisados dan cuenta de resultados disímiles en este aspecto (Ludermir, 2000; Alvarez Gálvez y Crespo Hervás, 2002, entre otros).

En los jóvenes que tenían hijos fue mayor la percepción de malestar psíquico, tanto para el puntaje total como para las sub-escalas de malestar y en las expresiones de síntomas. Se hallaron evidencias de asociación estadística muy significativa para la percepción de malestar en general y malestar de ansiedad e insomnio. Esta asociación ha sido evidenciada en otros trabajos de investigación referidos en esta Tesis.

Estos resultados se podrían relacionar con las responsabilidades exigidas por la cultura desde la perspectiva de género y desde el imaginario del adulto proveedor. En la actualidad, aunque la sociedad industrial esté desapareciendo persisten sus imaginarios según los cuales son los adultos y los varones los responsables de proveer lo necesario para la subsistencia en el hogar, esto actuaría de tal manera que posibilita los resultados antes expuestos.

Lo indicado también explicaría la presencia de una percepción mayor de malestar en los sujetos que tienen responsabilidades conyugales (casados o en unión consensual) y menor percepción en quienes pueden eludir esas exigencias como los que están solteros. Estos jóvenes se constituyen en otro grupo vulnerable y que merecerían ser objeto prioritario de atención.

Los jóvenes que buscaban activamente un empleo tuvieron una mayor percepción de malestar psíquico para el total del GHQ y por cada una de las sub-escalas, que los que no buscaban empleo, aunque no se evidenció una asociación significativa. Este resultado es similar al documentado en las investigaciones referidas en este trabajo con adultos en situación de desempleo (Bonantini et al, 1999 y 2003).

Durante el período de búsqueda laboral es donde el desempleado debe acarrear una gran carga de frustración, que le imprime secuelas negativas tanto consciente como inconscientemente. A medida que el tiempo transcurre y las presiones familiares y

económicas crecen, se debilita su actitud positiva en cuanto a sus capacidades. A esto, se le suma que los sujetos no pueden sostener un método para poder iniciar la búsqueda laboral, debido a que sienten una gran pérdida en la autoestima.

En estudios realizados anteriormente por la autora de este trabajo, se ha visto que cuando se prestaban a entrevistas o participaban en talleres pasaban con suma facilidad de estados eufóricos y omnipotentes a formas depresivas. En el comienzo pareciera que la tarea de buscar empleo es una tarea sencilla, que nadie puede enseñarles nada en este aspecto, que mágicamente van a obtener trabajo, y en otro instante, el pesimismo y el escepticismo se adueña de la persona o grupo, generando un discurso poblado de imposibilidades, en cuyo fondo se puede observar la angustia por la situación en la que se encuentran y la ansiedad que sienten cada día ante la duda sobre la resolución de esa situación.

Se produciría, entonces una situación de desgano. Se ha observado en otras investigaciones que el sujeto no tiene “voluntad” de salir a buscar trabajo. Por otra parte, a medida que va tomando contacto con la realidad, surge la disyuntiva entre no tener empleo y tener uno mal remunerado y precarizado. El comportamiento de una persona sin empleo tendría en general un fuerte componente de variabilidad, esta situación es mucho más grave si se considera que la familia ejerce mucha presión sobre el sujeto sin empleo. La discriminación que en no pocos casos aparecería bajo la forma de recriminación porque el desempleado “*no hace nada*”, “*se la pasa todo el día sentado mirando televisión*”⁵, implicarían profundas transformaciones en la manera de ser y de actuar del actor mencionado.

Estos cambios en la subjetividad del desempleado, que se verificarían en cada jornada, se irían acentuando con el correr del tiempo. Es posible que quien ha perdido recientemente su empleo concurra al mercado laboral con un fuerte ímpetu, con la consideración de que además de conseguir empleo va a encontrar uno igual o mejor que el que tenía.

En función de estos resultados, se puede considerar el valor de la acción como elemento de construcción de una identidad útil en los sujetos ya que el hecho de buscar pero no encontrar en las primeras etapas llevaría a sentirse útil, lo peligroso aparece cuando esta situación se prolonga sin resultados porque se tendería a caer en un estado de desesperanza. Las necesidades de subsistir y de realizarse interactúan y se retroalimentan constantemente, produciendo a su vez la necesidad de convivir, aprender, expresarse y crear.

⁵ Las expresiones entre comillas son producto de los relatos obtenidos en diversos trabajos de campo en los que el autor de esta tesis ha participado.

Es importante considerar que los jóvenes, por sus propias características, tienden a querer algo en el momento o nunca, o pueden sentir que hay tiempo para todo y negar las urgencias generando actitudes contrapuestas o paradójales: si pierden el empleo y no lo consiguen rápido, se angustian o por el contrario se resignan y dejan de buscar empleo activamente.

Cuando se analizó el tiempo de desempleo en los jóvenes se encontró que aquellos que hacía más de dos años que estaban desempleados percibieron menor malestar psíquico que los que estaban desempleados por un período menor o igual a un año. Esta situación se evidenció de la misma manera en todas las sub-escalas de malestar. No se hallaron evidencias estadísticas de asociación entre éstas variables.

La posible explicación de estos resultados tiene que ver con que a medida que aumenta el tiempo de desempleo puede suceder que el sujeto se adapte a su condición o se debilita la representación del trabajo como factor de progreso social, asumiendo los actores su identidad de desempleado, lo que implicaría la posibilidad de desarrollar nuevas estrategias de sobrevivencia, en detrimento de la búsqueda de calidad de vida.

La asociación entre percepción de malestar psíquico y el Distrito Municipal en el que vivían los jóvenes, fue muy significativa. La menor percepción de malestar se observó en el Distrito Centro y la mayor en el Distrito Sudoeste. Se hallaron diferencias entre los Distritos que muestran una manera de expresión del malestar diferente para cada su-escala, encontrándose asociación estadística altamente significativa con las sub-escalas de malestar somático y de adecuación social.

Las diferencias observadas en la percepción de malestar por parte de los jóvenes según su residencia en los diferentes Distritos Municipales, podrían explicarse por las características poblacionales y de condiciones de vida en cada uno de ellos.

Es importante destacar que el nivel de formación educativa en la primer zona es mucho mayor que en la segunda, agregándose a esto que las personas de las zonas periféricas son trabajadores con muy bajo nivel de calificación y habilidades sobresaturadas en el mercado laboral.

Por otra parte, como se encontró en investigaciones anteriores (Bonantini, et al, 1999, 2003), mientras que el 83 % (5 de cada 6) de los desempleados de la zona centro de la ciudad de Rosario habían recuperado su empleo, en las zonas periféricas (donde se ubicaría al Distrito Sudoeste), sólo el 40% lo había hecho. Cuando el entrevistador inquirió sobre las expectativas de los sujetos, mientras en la zona centro respondieron que buscaban trabajo,

poniendo de manifiesto la persistencia de esa representación del trabajo como fuente de progreso, en las zonas periféricas decían que buscaban Planes Trabajar, es decir, aceptarían pasivamente el lugar marginal y vulnerable que la sociedad les asignó, y abandonarían la representación de progreso, desarrollando estrategias de sobrevivencia caracterizadas por la búsqueda de subsidios asignados por el Estado.

La asociación entre las características de la residencia de los jóvenes y la percepción de malestar psíquico en general, no fue significativa. Sin embargo se hallaron evidencias de asociación significativa con la sub-escala de malestar somático, de ansiedad e insomnio y de adecuación social.

La menor percepción de malestar psíquico fue para aquellos jóvenes que tenían condiciones de vivienda muy buenas, le siguieron en frecuencia relativa aquellos con condiciones buenas y regulares. La misma situación se evidenció en las cuatro sub-escalas de malestares, con pequeñas diferencias.

Resulta importante considerar este dato, por cuanto pareciera que quienes tienen mejores condiciones de hábitat tienen mayores reservas intelectuales y afectivas para hacer frente a situaciones problemáticas, aquellos que en cambio no las poseen podrían tender hacia la desesperación o la resignación con lo cual los llevaría a la posibilidad de invalidación propia y social consecuentemente.

Cuando se analizó la percepción de malestar psíquico en general con relación a las personas con quienes los jóvenes compartían el hogar, se encontraron evidencias de una asociación estadística muy significativa. La misma situación se presentó con las sub-escalas de malestar somático y de ansiedad e insomnio.

Es de destacar que la presencia de malestar psíquico fue mayormente percibida por los jóvenes desempleados que vivían con sus padres.

Como se manifestó anteriormente en el desarrollo de este trabajo, el joven se encuentra en la búsqueda de su propia identidad, en un proceso ya no cronológico sino fenomenológico, de ida y vuelta entre el pasado y el futuro, entre la experiencia personal acumulada y la posibilidad de cambio respecto del futuro anticipado. En este camino se le presentan situaciones de ambivalencia que irrumpirían fundamentalmente en la relación con sus padres, esa ambivalencia también la sufrirían los padres.

Es posible que los progenitores le exijan al joven que tome más responsabilidades pero lo seguirían tratando como inexperto o inmaduro para algunas cosas, en esta situación tal vez el joven trate de comportarse como adulto y en ese comportamiento puede competir con la

autoridad de aquellos, situación que generaría tensiones dentro del ámbito familiar y podrían explicar la percepción de malestar psíquico hallada en los jóvenes que viven con sus padres.

Una situación similar surgiría cuando los jóvenes casados o con hijos viven en la casa de sus padres, donde además de lo comentado anteriormente, aparecen las competencias por quien tiene la autoridad del hogar (en este estudio más del 50% de los jóvenes casados o con hijos que vivían con sus padres percibieron malestar psíquico). La situación de los jóvenes con responsabilidades familiares que conviven con sus progenitores ha sido objeto de estudio en otros contextos, aunque no se hallaron evidencias de asociación concretas (Fernández Palacioa, M, 2000).

Aunque en esta Tesis no fue estudiado, cabría la posibilidad de que la familia de los jóvenes sienta el impacto del desempleo (tal como ha sido documentado por Pantin, 2000 y Aguilar, 2002). En los padres esta situación se comenzaría a vivir como insoportable, en particular por las actitudes del joven, que forma parte de su escenario habitual pero que en una situación de total inactividad se intensificaría, como por ejemplo dormir gran parte del tiempo, mirar televisión o escuchar música, sin un objetivo claro con respecto a su vida. La presencia continua del joven en la casa podría ser vivida por los padres como una carga, reforzando los sentimientos de que el joven no responde como debería en función del sacrificio efectuado por ellos para educarlo.

En función de lo expuesto hasta el momento resulta necesario resaltar que la presencia de malestar en los jóvenes podría estar indicando una mayor probabilidad de presencia de trastornos psíquicos y que éstos pueden prevenirse, diagnosticarse y tratarse. Las actividades de prevención son especialmente necesarias en los jóvenes ya que las conductas y los hábitos saludables adquiridos durante la juventud pueden generar efectos beneficiosos notables en la población de los futuros adultos y ancianos.

CAPITULO V. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

Conclusiones:

De los resultados obtenidos se concluye que en los jóvenes la percepción de malestar psíquico no se encuentra asociada a la posición que tengan en el mercado de trabajo.

Se encontró una asociación estadística significativa entre el desempleo y la percepción de malestar psíquico en general, en aquellos jóvenes que tenían hijos, que residían en el Distrito Sudoeste y que vivían solos.

Cuando se valoraron los resultados según las cuatro sub-escalas en las que se divide el GHQ-28, se pudo reconocer una asociación estadística significativa entre la percepción de malestar somático en los jóvenes desempleados que estaban realizando alguna actividad educativa, casados, que residían en el Distrito Sudoeste, con condiciones de vivienda regulares y los que vivían con su familia propia.

Entre desempleo y percepción de malestar de ansiedad e insomnio se hallaron evidencias de asociación estadística significativa en los jóvenes con hijos, con condiciones de vivienda regulares y que vivían solos.

Se hallaron evidencias de asociación estadística significativa entre la percepción de malestar de adecuación social con la residencia en el Distrito Sudoeste y las condiciones de vivienda regulares de los jóvenes desempleados.

Sugerencias:

En función de lo expuesto en la discusión y en estas conclusiones, se abre un espectro de inquietudes que resultan insoslayables al momento de realizar nuevas propuestas de investigación, de repensar y adecuar la oferta de atención de salud mental en el primer nivel de atención, como así también con relación al proceso de formación de los recursos humanos en salud.

Es posible que los jóvenes vivencien la situación de desempleo de manera diferente a los adultos en iguales condiciones; que expresen su malestar con mayor intensidad en el cuerpo; que la intensidad o expresión de los malestares dependan de los conocimientos o creencias sobre la salud que tienen éstos y su entorno familiar; que los efectos del desempleo no resulten evidentes inmediatamente sino cuando ha pasado cierto tiempo y que éstos efectos estén condicionados por el tipo de personalidad de cada joven, de las expectativas y valores que tengan con respecto al trabajo y/o de los apoyos sociales con los que cuenten.

Con relación a lo antedicho, para futuras investigaciones se debería valorar las ventajas de un abordaje cualitativo y desde una perspectiva interdisciplinaria, con el objeto de

profundizar y comprender la experiencia subjetiva de los jóvenes en función de los interrogantes formulados anteriormente. La interdisciplina supone que cada saber profesional particular se entrelaza con el otro conformando una red de nuevos conocimientos, un proceso de circularidad discursiva que borra las fronteras disciplinarias y democratiza la estructuración de saberes, produciendo conocimientos cada vez más abarcativos.

Los resultados hallados en este proceso investigativo permitieron reconocer que los jóvenes desempleados perciben malestar psíquico, el cual se expresa fundamentalmente como somatizaciones y ansiedad e insomnio. Esta situación amerita la necesidad del impulso de políticas de prevención en salud mental que incluyan el desarrollo de redes de contención social y psicológica.

En términos generales los programas de asistencia destinados a la población desempleada –jóvenes y adultos- se han limitado a la mera ayuda económica, sin tener en cuenta los padecimientos y sufrimientos psicofísicos de los actores sociales destinatarios de los mismos.

En cuanto a la atención de salud, los postulados filosóficos e epistemológicos de la Teoría del Auto-cuidado, de Dorothea Orem, pueden orientar las prácticas profesionales de los diferentes actores que conforman el equipo de salud, ya que a partir de ésta se rescata la autonomía de los sujetos de atención y de los propios profesionales.

Necesariamente el abordaje de la problemática de salud mental de los jóvenes desde la perspectiva del auto-cuidado, implica el establecimiento de una estrategia que conduzca a una transformación en el modelo de atención dominante. Es de reconocer que a pesar de los cambios de paradigma acontecidos en las disciplinas de la salud en estos últimos años, las prácticas de los profesionales de la salud (enfermeros, médicos, psicólogos) aún siguen centradas en un modelo de atención que prioriza el componente curativo. Por lo general esta mirada determina que las decisiones con respecto al cuidado se realicen sin considerar la perspectiva de quienes reciben la atención, posicionando a las personas como sujetos pasivos.

Para generar auto-cuidado, una vez identificadas las necesidades de cada sujeto o grupo, los profesionales deben transformarse en facilitadores del proceso de aprendizaje para que surjan de la propia persona, en este caso el joven y su familia, el potencial y conocimientos para que desarrollen sus habilidades de auto-cuidado.

Esta tarea no es fácil, implica mucha dedicación y fundamentalmente un cambio de mentalidad al interior de las organizaciones de salud, en las cuales todo gira en torno de los profesionales, en especial los médicos.

Se deberán facilitar las normas para permitir la participación del usuario y su familia, incluyendo al miembro de mayor influencia en la persona que necesita ayuda y ofrecer capacitación para todo el personal.

Por otra parte, la problemática del desempleo en los jóvenes debe abordarse desde una perspectiva integrada, desde una mirada intersectorial y con participación activa de los propios destinatarios.

El establecimiento de un programa de salud en las escuelas puede constituirse en un elemento clave a la hora de atender las necesidades de salud de los jóvenes. En este aspecto se debe rescatar la importancia del rol de enfermería como educador y facilitador del autocuidado.

El establecimiento de programas de información y divulgación también se convierte en un insumo imprescindible, en concordancia con lo anteriormente expresado. Se deben elaborar materiales informativos para los jóvenes y sus familias que involucren aspectos relacionados con la promoción de la salud mental y que colaboren con la reducción de la estigmatización que al respecto existe.

Podría ser interesante la realización de actividades de recreación que incluyan estrategias de divulgación -destinadas exclusivamente para los jóvenes- y que permitan la interacción entre pares, ya que las relaciones entre iguales suelen ser muy apropiadas para estos sectores.

Evidentemente existen numerosas estrategias que pueden programarse para la promoción y prevención en el ámbito de la salud mental y desde los efectores de salud de nivel primario, éstas propuestas son solamente un punto de partida.

Desde otra mirada y considerando la situación de desempleo en particular, resulta evidente que las diferentes estrategias públicas desarrolladas hasta el momento -entre las cuales se pueden citar: Proyecto Joven, Proyecto Imagen, Proyecto Micro, Proyecto Ocupacional, Plan Trabajar, Plan Jefas y Jefes de Hogar Desocupados, Plan Manos a la Obra, entre otros-, sólo tuvieron su momento épico y desaparecieron sin dejar rastro de los efectos logrados en la lucha contra la empleabilidad ⁶, por lo cual sería importante la redefinición de las políticas laborales (y obviamente las económicas) y comenzar a desarrollar estrategias serias de formación de recursos humanos para el trabajo y el empleo, es decir, propuestas que

⁶ Para mayores datos comparar Bonantini C. Simonetti G., et al. (1999) El mito de Saturno. Desocupación y vida cotidiana. UNR Editora. Rosario y Bonantini C. Simonetti G., Quiroga V. et. al. (2004) Trabajo y no trabajo. La otra mirada. UNR Editora. Rosario

se aboquen a la formación continua de los sujetos desempleados en la búsqueda de la autogestión del propio trabajo por parte de los actores involucrados.

En este caso el término formación no se utiliza como sinónimo de capacitación. La capacitación atiende a mejorar competencias laborales presentes en los sujetos con el fin de permitirles realizar con mayor solvencia la tarea que venían realizando. Cuando se habla de formación, se hace referencia no sólo al desarrollo de competencias existentes en el sujeto, sino también de nuevas competencias laborales y de gestión de la tarea.

BIBLIOGRAFÍA

- ¹ ----Tasas de actividad, empleo, desocupación y subocupación, según aglomerado urbano, mayo 2003". Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC), Encuesta Permanente de Hogares.
- ² Bonantini, C.; Simonetti, G.; Di Menza, L. y Michelín, M. "Capital intelectual y desarrollo de recursos humanos". Revista Iberoamericana: Educación, Salud y Trabajo. N° 0. Abril de 1999. I.S.B.N.: 84-7723-373-X. Coedición Universidad Nacional de Rosario, Argentina y Universidad de Extremadura, España, págs. 159-170.
- ³ Bonantini, C.; Simonetti, G.; Michelín, M. y otros."Cultura, posmodernidad, salud y trabajo en el capitalismo del tercer milenio". Cuadernos Sociales 3. Psicología, psicosociología, análisis institucional y psicoanálisis, 10 años de producción teórica-académica. UNR Editora, Rosario, ISSN 1515-3584, diciembre de 2001.
- ⁴ ----"La tasa de desempleo permanece constante en la Zona Euro". Noticias, La Bolsa.com, setiembre de 2001. Tomado de <http://www.labolsa.com/cronica/2069>.
- ⁵ ----Cuadernos del Observatorio de Empleo y Formación de CC.OO. Madrid, junio de 2002, N° 1. Tomado de <http://www.madrid.ccoo.es/Cuaderno/desempleo.htm>. Consulta setiembre de 2003.
- ⁶ Organización Internacional del Trabajo. Informe sobre el trabajo en el mundo 2000. La seguridad de los ingresos y la protección social en un mundo en plena transformación. OIT, Ginebra, Suiza, 2000. ISBN 92-2.310831-4, 339 págs.
- ⁷ Organización Internacional del Trabajo. Información sobre el empleo de los jóvenes. OIT, 2003. Tomado de <http://www.cinterfor.org.uy/public/spanish/region/ampro/cinterfor/temas/youth/cint/youth.pdf>. Consulta setiembre de 2003.
- ⁸ Rama, Germán. La ocupación y los jóvenes en Europa y América Latina: reflexiones para un debate. Organización Iberoamericana de Juventud (OIJ), Centro Latinoamericano de Investigación y Documentación sobre Formación Profesional, servicio técnico de la OIT (CINTERFOR), abril de 1994. Tomado de <http://www.cinterfor.org.uy/public/spanish/region/ampro/cinterfor/temas/youth/doc/not/libro8/libro8.pdf>. Consulta setiembre de 2003.
- ⁹ CELADE, CEPAL y OIJ. Adolescencia y juventud en América Latina y el Caribe. Problemas, oportunidades y desafíos en el comienzo de un nuevo siglo. CELADE, 2000. Tomado de <http://www.cinterfor.org.uy/public/spanish/region/ampro/cinterfor/temas/youth/doc/not7libro101/libro101.pdf>. Consulta setiembre de 2003.
- ¹⁰ CEPAL. Panorama Social de América Latina.2002-2003. CEPAL, 2003. Tomado de http://www.eclac.cl/publicacionesDesarrolloSocial/9/LCG2209PE/PSE_2003_sintesis.pdf. Consulta setiembre de 2003.
- ¹¹ Thezá Manriquez, Marcel. Jóvenes y Empleo: notas sobre un permanente desencuentro. Enero de 2003. Tomado de <http://www.cinterfor.org.uy/public/spanish/region/ampro/cinterfor/temas/youth/doc/not7libro294/libro294.pdf>. Consulta setiembre de 2003.
- ¹² Pantin, Dennis. "Repasando el desafío del empleo juvenil en el Caribe". Capacitación laboral de los jóvenes. Boletín Técnico Interamericano de Formación Profesional. CINTERFOR/OIT, N°150, setiembre-diciembre, 2000. Tomado de <http://cinterfor.org.uy/public/spanish/region/ampro/cinterfor/publ/boletin/150/pantin.pdf>. Consulta setiembre de 2003.
- ¹³ INJUV. "La eventualidad de la inclusión. Jóvenes chilenos a comienzos del nuevo siglo", Tercera Encuesta Nacional de Juventud, Instituto Nacional de la Juventud, Santiago, 2002.
- ¹⁴ Díez de Medina, Rafael. "Calificación, empleo y desempleo en los jóvenes del MERCOSUR". Capacitación laboral de los jóvenes. Boletín Técnico Interamericano de Formación Profesional. CINTERFOR/OIT, N°150, setiembre-diciembre 200. Tomado de <http://www.cinterfor.org.uy/public/spanish/region/ampro/cinterfor/publ/boletin/150/diaz.pdf>. Consulta setiembre de 2003.
- ¹⁵ Díez de Medina, Rafael. El trabajo de los jóvenes del MERCOSUR y Chile en el fin de siglo. OIT, 2001. Tomado de <http://www.cinterfor.org.uy/public/spanish/region/ampro/cinterfor/temas/youth/doc/not/libro278/libro278.pdf>. Consulta setiembre de 2003.
- ¹⁶ Lozano, Claudio. "El trabajo de los Jóvenes. Tendencias estructurales". Empleo Joven. Mayo, 1999. Tomado de <http://www.cinterfor.org.uy/public/spanish/region/ampro/cinterfor/temas/youth/doc/not7libro270/libro270.pdf>. Consulta setiembre de 2003.
- ¹⁷ ----"La Juventud en Argentina, 2003" Hoja Mural de Datos Estadísticos N° 2. Tomado de <http://www.oij.org/pdf/EncuestaNacionalJuventudargentina.pdf>. Consulta setiembre de 2003.
- ¹⁸ Metlika, U. y Tissera; S. "El particular mundo de los jóvenes en el Aglomerado Gran Buenos Aires". Revista Laboratorio. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, N° 10, primavera 2002. Tomado de <http://www.catedras.fsoc.uba.ar/salvia/lavbo/textos/10-2.htm>. Consulta setiembre 2003.
- ¹⁹ ----Tasas de actividad, empleo, desocupación y subocupación, según aglomerado urbano, mayo 2003". Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC), Encuesta Permanente de Hogares.

- ²⁰ Kessler, G. "Algunas implicancias de la experiencia de desocupación para el individuo y su familia". Sin Trabajo. Las características del desempleo y sus efectos en la sociedad argentina. UNICEF/LOSADA; Buenos Aires, 1996.
- ²¹ Desjarlais, R.; Eisenberg, L.; Good, B. y Kleinman, A. Salud Mental en el Mundo. Problemas y prioridades en poblaciones de bajos ingresos. OPS/OMS. 1997.
- ²² Ferguson, D.; Horwood, L. Y Lynskey, M. "The effects of unemployment on psychiatric illness during young adulthood". Psychol Med. 1997; Mar; 27 (2): 371-381.
- ²³ Lai, JC.; Chan, R. Y Luk, C. "Unemployment and psychological health among Hong Kong Chinese wome". Psichol. Rep. 1997, Oct; 81 (2): 499-505.
- ²⁴ De María F.; Pascolo, E.; Oretti, A.; Valentinis, A.; y Bertoli, M. "Indicatori sociali e tassi parasuicidari giovanili". Giornale Italiano di Suicidologia. 1996; Oct; Vol 6 (2): 103-106.
- ²⁵ Claussen, B. "Suicidal ideation among the long-term unemployed: a 5-year follow-up". Acta Psychiatrica Scandinavica, 1998, págs. 480-486.
- ²⁶ Martinez, Victor. "Estudio sobre la salud mental de los jóvenes urbanos de los noventa", Instituto Nacional de la Juventud (INJUV) y Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile. Santiago de Chile, marzo de 1999. Tomado de <http://www.interjuven.cl/salud-mental.doc>. Consulta setiembre de 2003.
- ²⁷ Montgomery, S.; Cook, D.; Bartley, M y Wadsworth, M. "Unemployment pre-dates symptoms of depression and anxiety resulting in medical consultation in young men". Int. J. Epidemiol. 1999; Feb; 28 (1): 95-100.
- ²⁸ Proudfoot, J.; Gray, J.; Guest, D. y Dunn, G. "Psychological training improves mental health and job-finding among unemployed people" Int. Arch. Occup. Environ Health. 1999; Jan; 72 Suppl: S40-S42.
- ²⁹ Ytterdaht, T. "Routine health check-ups of unemployed in Norway". Int. Arch. Occup. Environ Health. 1999; Jan; 72 Suppl: S38-S39.
- ³⁰ Varela Novo, M. "Unemployment and mental health in Galicia, Spain". Int. Arch. Occup. Environ Health. 1999; Jan; 72 Suppl: S14-S15.
- ³¹ Bonantini, C.; Simonetti, G, Michelin, M. y Napione Bergé, M. El Mito de Saturno. Desocupación y vida cotidiana. U.N.R. Editora, Rosario, Argentina. 1999.
- ³² Pradales, I. "Jóvenes desempleados/as y Salud Mental". Revista GOZE, vol. III, N° 10, octubre de 2000.
- ³³ Pirkis, J.; Burgess, P. y Dunt, D. "Suicidal ideation and suicide attempts among Australian adults". Crisis. 2000; 21 (1): 16-25.
- ³⁴ Ludermir, A. "Inserção productiva, gênero e saúde mental". Cad. Saúde Pública, setiembre 2000, Vol. 16, N° 3. ISSN 0102-311X, págs. 647-659.
- ³⁵ Moise, C. "Trabajo, desempleo e impacto subjetivo". Estado, Salud y desocupación. De la vulnerabilidad a la exclusión. Editorial Paidós, Buenos Aires, 2000, págs. 121-141.
- ³⁶ Aguilar, E. "La desocupación: algunas reflexiones sobre sus repercusiones psicosociales". Foros Temáticos. Tomado de <http://www.psiconet.com/foros/egp/desocupacion.htm>. Consulta setiembre de 2003.
- ³⁷ Aguilera Fernández, M.y Leyvas Pérez, M.. "Intentos suicidas y suicidios consumados". Revista Cubana de Enfermería, Vol 19, N° 1, enero-abril 2003. Tomado de <http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol19-1/enf03103.htm>. Setiembre de 2003.
- ³⁸ Bonantini, C.; Simonetti, G. y otros. "Desocupación y Salud Mental". Memorias de las X Jornadas de investigación: aportes a la investigación en psicología. Facultad de Psicología, UBA, 14 y 15 de agosto de 2003. Tomo I, págs. 131-133.
- ³⁹ Rajmil, L; Gispert Magarolas, R; Roset Gamisans, M; Muñoz Rodríguez; P y Segura Benedicto, A. "Prevalencia de trastornos mentales en la población general de Catalunya" Revista Gaceta Sanitaria. Publicación de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria, Julio de 1998, Vol. 12, N° 4, págs. 153-159. Tomado de <http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbegi.exe/doyma/mrevista.fulltex?piden=13012015>, setiembre de 2003.
- ⁴⁰ Duch Campodarbe, F.; Ruiz de Porras Rosselló, L.; Gimeno Ruiz de Porras, D.; Allué Torra, B.; y Palou Vall, I. "Psicometría de la ansiedad, la depresión y el alcoholismo en Atención Primaria". SEMERGEN, Revista de la Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista, N° 3, marzo de 1999, págs. 209-225.
- ⁴¹ Fernández del Palacioa, M.; García Domíngueza, J.C.; López Fernández, I.; Etxebarria Forondaa, I.; Díaz de Alda Aizpurúaa, M. y López Díazb, A. "Familia extensa troncal y enfermedad mental en un área de salud rural". Revista Atención Primaria. Publicación Oficial de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, Vol. 26 N° 3, julio 2003, págs. 59-75. Tomado de <http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbegi.exe/doyma/mrevista.fulltex?piden=11298>. Setiembre de 2003.
- ⁴² Brugulat, P; Séculi, E y Fusté, J. "Estado de salud y género en Cataluña. Una aproximación a través de las fuentes de información disponibles" Revista Gaceta Sanitaria. Publicación de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria, enero de 2001, Vol. 15, N° 1, págs. 54-60. Tomado de <http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbegi.exe/doyma/mrevista.Fulltex?piden=12003320>, setiembre de 2003.
- ⁴³ Gabarrón Hortal, E.; Vidal Royo, JM; Haro Abad, JM; Boix Soriano, I.; Jover Blanca, A y Arenas Prat, M. "Prevalencia y detección de los trastornos depresivos en atención primaria". Revista Atención Primaria.

- Publicación Oficial de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, Vol. 28 N° 8, noviembre 2001, págs. 543-549. Tomado de <http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbegi.exe/doyma/mrevista.fulltex?piden=13023840>. Consulta Setiembre de 2003.
- ⁴⁴ Alvarez Gálvez, E.; Crespo Hervás, H. "Detección de trastornos psicopatológicos en Atención Primaria: resultados de un estudio epidemiológico en una consulta ambulatoria" Anales de Psiquiatría, Vol 18, N° 9, 2002, págs. 398-406.
- ⁴⁵ Noriega Mariano. En defensa de la salud en el trabajo. Mexico.SITUAM.1989.
- ⁴⁶ Bonantini, Carlos. El Proceso de trabajo como fundante de lo social. Cátedra de Trabajo de Campo -Area Laboral-. Facultad de Psicología. U.N.R. 1989.
- ⁴⁷ Schvarstein, L y Leopold, L. Trabajo y subjetividad. Entre lo existente y lo necesario. Edit. Paidós, Buenos Aires, 2005.
- ⁴⁸ Betancourt, O. Para la enseñanza e investigación de la salud y Seguridad en el trabajo. FUNDAD-OPS/OMS, Quito, Ecuador, 1999.
- ⁴⁹ Bonantini, C.; Domínguez, E.; Michelín, M. y Simonetti, G. "El desarrollo humano como concepto estratégico en la formación para el empleo". Relevancia de actividades en materia de formación de actores laborales en Alentejo y Extremadura. Servicio de Publicaciones Universidad de Extremadura, Cáceres, España, 2002.
- ⁵⁰ Bonantini, C. et al. Op-cit, 1999.
Bonantini, C. et al Op-cit, 2003
- ⁵¹ Galli, V., Malfe, R. "Desocupación, identidad y salud". Sin trabajo. Las características del desempleo y sus efectos en la sociedad argentina. UNICEF/LOSADA, 1996.
- ⁵² Moya i Ollé, J. "La salud mental en el siglo XXI. Una reflexión sobre el porvenir del malestar psíquico en el marco de las transformaciones sociales". Revista Asoc. Esp. Neuropsiquiatría, 1999, vol XIX, n° 72, pp. 693-702.
- ⁵³ Noriega, Mariano. Op-cit, pp. 10-12.
- ⁵⁴ Ferrara, Floreal Antonio. Teoría Social y Salud. Catálogos Editora, Buenos Aires, 1985, pp. 9-14.
- ⁵⁵ Ministerio de Salud y Medio Ambiente. "Salud Mental, definiciones y problemas", Dirección Nacional de Salud Mental, Buenos Aires, Argentina, 1986.
- ⁵⁶ Breilh, J. Epidemiología Crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad. Lugar Editorial, Buenos Aires, 2003.
- ⁵⁷ Álvaro, J; Torregrosa, J. y Garrido Luque, A. Influencias Sociales y Psicológicas en la Salud Mental. Siglo XXI de España Editores. Madrid. 1992.
- ⁵⁸ Fahrre, Rodolfo y Col. "Manual de Psiquiatría". 2º ed., Editores, La Prensa Médica Argentina, Buenos Aires, 2003, pp. 41-44.
- ⁵⁹ Corominas, J. Breve diccionario etimológico de la lengua castellana. Ed. Gredos, Madrid, 1996, pp. 179.
- ⁶⁰ Sferrader Mora, A. Diccionario de Filosofía. Ed. Ariel Filosofía, Madrid, 1999, pp728-730.
- ⁶¹ Quiroga, A. Crisis, Procesos Sociales, Sujeto y Grupo. Ediciones cinco, Buenos Aires, 1998. Quiroga, A. Op.cit. pp 11-31.
- ⁶² Fahrre, Rodolfo y Col. Op-cit. pp. 41-44.
- ⁶³ Johnson, B. Enfermería de salud mental y psiquiátrica. 4ta. Edición, McGraw-Hill, Interamericana de España, 2000.
- ⁶⁴ Quiroga, A. Op.cit. pp 11-31.
- ⁶⁵ Ministerio de Sanidad y Consumo de España. Salud Mental y Medios de Comunicación. Guía de Estilo. Pub. el 27/01/2004. Tomado de http://www.msc.es/Diseno/enfermedadesLesiones/enfermedades_salud_mental.htm. Consulta septiembre de 2005.
- ⁶⁶ Organización Mundial de la Salud. Invertir en salud mental, ISBN 92 4 356257 6, OMS, 2004. Tomado de http://who.int/mental_health/advocacy/en/spanish_final.pdf. Consultado en septiembre de 2005.
- ⁶⁷ Gersenovich, M. "The ICD Family of Classification". Meth Inform Med 1995; 34 (2) : 172 - 175.
- ⁶⁸ OPS-OMS. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Décima Revisión. Volumen 2. Paltex. 1996.
- ⁶⁹ American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. (DSM-IV). Washington, D.C.1994.
- ⁷⁰ Johnson, Barbara. Op-cit., pp 128
- ⁷¹ Orem, D. Nursin Concepts of Practice. Second Edition, Mac Graw-Hill Book Company. New York, 1980.
- ⁷² Castoriadis, C. Figuras de lo pensable, Fondo de Cultura Económica, 1999.
- ⁷³ Dirección General de Salud Pública. Ganar Salud con la Juventud. Ministerio de Sanidad y Consumo de España, 2003. Tomado de http://www.msc.es/Diseno/proteccionSalud/proteccion_adolescencia.htm. Consulta realizada en septiembre de 2005.
- ⁷⁴ Delval, J. "La adolescencia". El desarrollo humano. Siglo XXI Editores, S.A., España, 1994.
- ⁷⁵ Urzúa, R. "El desarrollo psicológico y los problemas de salud mental del adolescente". Crecimiento y Desarrollo, hechos y tendencias. OPS/OMS; Publicación Científica N° 510, Washington, 1998.
- ⁷⁶ Dolto, F. La causa de los adolescentes. SeixBarral, Francia, 1988.

-
- ⁷⁷ Knobel, R. "Características y problemas de la psicología de los adolescentes". Crecimiento y Desarrollo, hechos y tendencias. OPS/OMS; Publicación Científica N° 510, Washington, 1998.
- ⁷⁸ Deval, J., Op-cit, 1994.
- ⁷⁹ Martinez, Victor. "Marco Conceptual: Estudio sobre la salud mental de los jóvenes urbanos de los noventa", Instituto Nacional de la Juventud (INJUV) y Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile. Santiago de Chile, marzo de 1999. Tomado de <http://www.interjoven.cl/salud-mental.doc>. Consulta setiembre de 2003.
- ⁸⁰ Urzúa, R., Op-cit, 1998.
- ⁸¹ Municipalidad de Rosario. Tomado de <http://www.rosario.gov.ar>. Consulta setiembre de 2003.
- ⁸² Aronna, A. "Epidemiología y desigualdades en los grupos poblacionales". Ponencia presentada en las 1° Jornadas de Epidemiología. Condiciones de vida y salud: nuevos desafíos frente a la inequidad. Instituto Juan Lazarte. Facultad e Ciencias Médicas. U.N.R., 12 y 13 de setiembre de 2003.
- ⁸³ Lobo, A., Muñoz, P. Cuestionario de salud general. Guía para el usuario de las distintas versiones. Versiones en lengua española validadas. MASSON, S.A. Barcelona. 1996.
- ⁸⁴ Goldberg, David. The detection of psychiatric illness by questionnaire. Institute of Psychiatry. Oxford University Press. Londres, 1972.
- ⁸⁵ Lobo, A., Muñoz, P. Op-cit, pág. 21.
- ⁸⁶ Dala,-M.; Kapur,-M.; Subbakrishna,-D. "Prevalence and pattern of psychological disturbance in school going adolescent girls". Indian-Journal-of-Clinical-Psychology. 1990 Sep; Vol 17(2): 83-88.
- ⁸⁷ Monck,-Elizabeth; Graham,-Philip; Richman,-Naomi; Dobbs,-Rebecca. "Adolescent girls: I. Self-reported mood disturbance in a community population". British-Journal-of-Psychiatry. 1994 Dec; Vol 165(6): 760-769
- ⁸⁸ Tobin,-P.-Joe; Carson,-Jerome. "Stress and the student social worker". Social-Work-and-Social-Sciences-Review. 1994; Vol 5(3): 246-255.
- ⁸⁹ Guthrie,-E.-A.; Black,-D.; Shaw,-C.-M.; Hamilton,-J.; et-al. "Embarking on a medical career: Psychological morbidity in first year medical students". Medical-Education. 1995 Sep; Vol 29(5): 337-341.
- ⁹⁰ Martinez,-A.-Diaz; Mendoza,-M.-Romero; Gomez,-C. "Mental health in a sample of first-year university students: A descriptive study of Mexican population". New-Trends-in-Experimental-and-Clinical-Psychiatry. 1996 Oct-Dec; Vol 12(4): 231-241.
- ⁹¹ Werneke,U; Goldberg, D.; Yalcin, I. "The stability of the factor structure of the General Health Questionnaire". Psychological Medicine, Vol. 30, N°4, julio 2000, págs. 823-829.
- ⁹² Nagyova, I.; Krol, B.; Szilasiova, A.; Stewart, R.; van Dijk, J. y van den Heuvel; W. "General health questionnaire-28: Psychometric evaluation of the Slovak version". Studia Psychologica, vol. 42, N° 4, 2000, págs.351-361.
- ⁹³ Furukawa,T.; Goldberg, D.; Rabe Hesketh, S. y Ustun, T. "Stratum-specific likelihood ratios of two versions of the General Health Questionnaire". Psychological Medicine, Vol. 31, N° 3, abril 2001, págs. 519-529.
- ⁹⁴ Lobo, A.; Perez Echeverría, M.; y Artal, J. "Validity of the scaled version of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in a Spanish population". Psychological Medicine, Vol. 16, 1986, 'págs. 135-140.
- ⁹⁵ Medina Mora, M.; Padilla, G.; Campillo Serrano, C.; as, C.; Ezban, M.; Caraveo, J. y Corona, J. "The factor structure of the GHQ: a scaled version of a hospital's general practice service in Mexico". Psychological Medicine, Vol 13, 1983, págs. 355-362.
- ⁹⁶ Lobo, A., Muñoz, P., Op-cit, 1996.

Anexos

Anexo I



UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO

El presente cuestionario es parte de una investigación de la Universidad Nacional de Rosario y tiene como objetivo recabar información sobre la salud de los jóvenes de la ciudad de Rosario.

Acta de Consentimiento

Declaro que recibí una explicación detallada en forma verbal de las actividades que se realizarán y de lo que se espera de mí.

Mi participación en el estudio es completamente voluntaria y no soy obligado a tomar parte, por lo que firmo el presente formulario dando mi consentimiento. Acepto participar y puedo retirarme del estudio en cualquier momento que lo desee, sin necesidad de justificación alguna.

La información que se obtenga sobre mi persona será confidencial. En los registros del estudio apareceré con un código personal y los datos que yo aporte a este estudio serán publicados exclusivamente en el marco de esta investigación.

En el caso de que en el desarrollo del estudio se detectara la necesidad de asistencia médica o psicológica, seré informado en forma personal y derivado para realizar la consulta que se considere pertinente.

Mi colaboración en esta investigación no implicará ningún tipo de costo monetario de mi parte, ni percibiré por ello retribución económica alguna. Una vez concluida las actividades a las que se hizo mención, renuncio a cualquier tipo de reclamo, siempre y cuando se mantengan las condiciones más arriba explicitadas.

Firma:

Aclaración:

Fecha:

CUESTINARIO SOBRE CARACTERISTICAS SOCIO-DEMOGRAFICAS

- Fecha:
- Código de Identificación:
- Edad:
- Sexo: M ☐ F ☐
- Ocupación remunerada: Si: ☐ No: ☐
- Busca activamente una ocupación remunerada: Si: ☐ No: ☐
- Tiempo sin ocupación remunerada fija:
- Estudios cursados:
 - Analfabeto: ☐
 - Primaria incompleta: ☐
 - Primaria completa: ☐
 - Secundario incompleto: ☐
 - Secundario completo: ☐
 - Terciario incompleto: ☐
 - Terciario completo: ☐
 - Universitario incompleto: ☐
 - Universitario completo: ☐
- Estudios o cursos realizados en la actualidad:
- Estado civil:
 - Soltero: ☐
 - Casado: ☐
 - Unión consensual: ☐
- Hijos: .No: ☐ Si: ☐ (n° y edad):
- Distrito Municipal de residencia:
- Personas con las que comparte el hogar:
- Acceso a servicios de saneamiento: Si: ☐ No: ☐.
(En el caso de marcar No), cuáles:.....
- Tipo de vivienda:
- Cantidad de cuartos:.....



CUESTIONARIO DE SALUD GENERAL DE GOLDBERG

MASSON, S.A.

(GHQ-28)

Por favor lea esto cuidadosamente

Nos gustaría saber si tiene algún problema médico y cómo ha estado de salud, en general, *durante las últimas semanas*. Por favor, conteste a TODAS las preguntas subrayando simplemente la respuesta que, a su juicio, mejor puede aplicarse a usted. Recuerde que sólo debe responder sobre los problemas recientes y los que tiene ahora, no sobre los que tuvo en el pasado. Es importante que intente contestar TODAS las preguntas. Muchas gracias por su colaboración.

Ultimamente

A.1. ¿Se ha sentido perfectamente bien de salud y en plena forma?

Mejor que lo habitual

Igual que lo habitual

Peor que lo habitual

Mucho peor que lo habitual

2. ¿Ha tenido la sensación de que necesitaba un reconstituyente?

No, en absoluto

No más que lo habitual

Bastante más que lo habitual

Mucho más que lo habitual

3. ¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas para nada?

No, en absoluto

No más que lo habitual

Bastante más que lo habitual

Mucho más que lo habitual

4. ¿Ha tenido la sensación de que estaba enfermo?

No, en absoluto

No más que lo habitual

Bastante más que lo habitual

Mucho más que lo habitual

5. ¿Ha padecido dolores de cabeza?

No, en absoluto

No más que lo habitual

Bastante más que lo habitual

Mucho más que lo habitual

6. ¿Ha tenido sensación de opresión en la cabeza, o de que la cabeza le va a estallar?

No, en absoluto

No más que lo habitual

Bastante más que lo habitual

Mucho más que lo habitual

7. ¿Ha tenido oleadas de calor o escalofríos?

No, en absoluto

No más que lo habitual

Bastante más que lo habitual

Mucho más que lo habitual

B.1. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?

No, en absoluto

No más que lo habitual

Bastante más que lo habitual

Mucho más que lo habitual

2. ¿Ha tenido dificultades para seguir durmiendo de un tirón toda la noche?

No, en absoluto

No más que lo habitual

Bastante más que lo habitual

Mucho más que lo habitual

3. ¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión?

No, en absoluto

No más que lo habitual

Bastante más que lo habitual

Mucho más que lo habitual

4. ¿Se ha sentido con los nervios a flor de piel y malhumorado?

No, en absoluto

No más que lo habitual

Bastante más que lo habitual

Mucho más que lo habitual

5. ¿Se ha asustado o ha tenido pánico sin motivo?

No, en absoluto

No más que lo habitual

Bastante más que lo habitual

Mucho más que lo habitual

6. ¿Ha tenido la sensación de que todo se le viene encima?

No, en absoluto

No más que lo habitual

Bastante más que lo habitual

Mucho más que lo habitual

7. ¿Se ha notado nervioso y —a punto de explotara constantemente»?

No, en absoluto

No más que lo habitual

Bastante más que lo habitual

Mucho más que lo habitual

ÚLTIMAMENTE:

C. 1. ¿Se las ha arreglado para mantenerse ocupado y activo?									
Más activo que lo habitual	Igual que lo habitual que lo habitual	Bastante menos que lo habitual	Mucho menos						
2. ¿Le cuesta más tiempo hacer las cosas?									
Más rápido que lo habitual	Igual que lo habitual	Más tiempo que lo habitual	Mucho más tiempo que lo habitual						
3. ¿Ha tenido la impresión, en conjunto, de que está haciendo las cosas bien?									
Mejor que lo habitual	Aproximadamente lo mismo que lo habitual	Peor que lo habitual	Mucho peor que lo habitual						
4. ¿Se ha sentido satisfecho con su manera de hacer las cosas?									
Más satisfecho que lo habitual	Aproximadamente o mismo que lo habitual	Menos satisfecho que lo habitual	Mucho menos satisfecho						
5. ¿Ha sentido que está desempeñando un papel útil en la vida?									
Más tiempo que lo habitual	Igual que lo habitual	Menos útil que lo habitual	Mucho menos útil que lo habitual						
6. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?									
Más que lo habitual habitual	Igual que lo habitual	Menos que lo habitual	Mucho menos que lo						
7. ¿Ha sido capaz de disfrutar de sus actividades normales de cada día?									
Más que lo habitual habitual	Igual que lo habitual	Menos que lo habitual	Mucho menos que lo						
D. 1. ¿Ha pensado que Ud. es una persona que no vale para nada?									
No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual						
2. ¿Ha estado viviendo la vida totalmente sin esperanza?									
No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual						
3. ¿Ha tenido el sentimiento de que la vida no merece la pena vivirse?									
No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual						
4. ¿Ha pensado en la posibilidad de -quitarse de en medio-?									
Claramente, no	Me parece que no	Se me ha cruzado por la mente	Claramente lo he pensado						
5. ¿Ha notado que a veces no puede hacer nada porque tiene los nervios desquiciados?									
No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual						
6. ¿Ha notado que desea estar muerto y lejos de todo?									
No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual						
7. ¿Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repetidamente a la cabeza?									
Claramente, no	Me parece que no	Se me ha cruzado por la mente	Claramente lo he pensado						
A		B		C		D		TOTAL	

Reservados todos los derechos. No puede reproducirse, almacenarse en un sistema de recuperación o transmitirse en forma alguna por medio de cualquier procedimiento, sea éste mecánico, electrónico, de fotocopia, grabación o cualquier otro, sin el previo permiso escrito del editor.

© 1996. MASSON, S.A. Ronda General Mitre, 149. Barcelona (España). Versión en lengua española de A. Lobo y cols. (1981, 1986).

GHQ-28 © David Goldberg and The Institute of Psychiatry, 1981. Translated by permission of the Publishers, NFER-NELSON, Darville House, 2 Oxford Road East, Windsor SL4 1DF, England. All rights reserved

. GHQ-28 © David Goldberg and The Institute of Psychiatry, 1981. Traducido con autorización de los Editores, NFER-NELSON, Darville House, 2 Oxford Road East, Windsor SL4 1DF, England. Reservados todos los derechos.

Anexo II

Tablas de Contingencia sobre características generales de los jóvenes estudiados

Tabla de contingencia Nivel Educativo * Género

		Género		Total
		Masculino	Femenino	
Nivel Educativo	Nulo	1 ,1%	5 ,7%	6 ,9%
	Bajo	66 9,8%	64 9,5%	130 19,3%
	Medio	169 25,1%	135 20,1%	304 45,2%
	Técnico	103 15,3%	106 15,8%	209 31,1%
	Superior	10 1,5%	14 2,1%	24 3,6%
	Total	349 51,9%	324 48,1%	673 100,0%

Tabla de contingencia Tiempo desempleado * Género

		Sexo		Total
		Masculino	Femenino	
Tiempo desempleado	Entre 1 y 6 meses	40 24,1%	43 25,9%	83 50,0%
	Entre 7 y 12 meses	24 14,5%	25 15,1%	49 29,5%
	Entre 13 y 18 meses	3 1,8%	2 1,2%	5 3,0%
	Entre 19 y 24 meses	7 4,2%	9 5,4%	16 9,6%
	Mas de 25 meses	3 1,8%	10 6,0%	13 7,8%
	Total	77 46,4%	89 53,6%	166 100,0%

Tabla de contingencia Distrito * Empleado

		Empleado		Total
		Si	No	
Distrito	Centro	86 12,8%	137 20,4%	223 33,1%
	Norte	28 4,2%	66 9,8%	94 14,0%
	Sur	41 6,1%	62 9,2%	103 15,3%
	Oeste	10 1,5%	65 9,7%	75 11,1%
	Noroeste	58 8,6%	46 6,8%	104 15,5%
	Sudoeste	32 4,8%	42 6,2%	74 11,0%
	Total	255 37,9%	418 62,1%	673 100,0%

Tabla de contingencia Estado civil * Empleado

		Empleado		Total
		Si	No	
Estado civil	Soltero	187	366	553
		27,8%	54,4%	82,2%
	Casado	49	17	66
		7,3%	2,5%	9,8%
	Unión consensual	19	35	54
		2,8%	5,2%	8,0%
Total		255	418	673
		37,9%	62,1%	100,0%

Tabla de contingencia Con quien vive * Empleado

		Empleado		Total
		Si	No	
Con quien vive	Solo	10	13	23
		1,5%	1,9%	3,4%
	Con los padres	124	276	400
		18,4%	41,0%	59,4%
	Familia propia	70	36	106
		10,4%	5,3%	15,8%
	Con otros	49	58	107
		7,3%	8,6%	15,9%
	Parientes y Familia propia	2	35	37
		,3%	5,2%	5,5%
Total	255	418	673	
	37,9%	62,1%	100,0%	

Anexo III

Tablas de contingencia sobre Malestar Psíquico en los jóvenes desempleados y empleados, según ítems o preguntas del GHQ-28

Tabla de contingencia Sentirse bien de salud * Empleado

			Empleado		Total
			Si	No	
Sentirse bien de salud	Mejor que lo habitual	Recuento	19	37	56
		% de Sentirse bien de salud	33,9%	66,1%	100,0%
	Igual que lo habitual	Recuento	169	284	453
		% de Sentirse bien de salud	37,3%	62,7%	100,0%
	Peor que lo habitual	Recuento	63	91	154
		% de Sentirse bien de salud	40,9%	59,1%	100,0%
	Mucho peor que lo habitual	Recuento	4	6	10
		% de Sentirse bien de salud	40,0%	60,0%	100,0%
Total		Recuento	255	418	673
		% de Sentirse bien de salud	37,9%	62,1%	100,0%

Tabla de contingencia Necesidad reconstituyente * Empleado

			Empleado		Total
			Si	No	
Necesidad reconstituyente	No, en lo absoluto	Recuento	73	174	247
		% de Necesidad reconstituyente	29,6%	70,4%	100,0%
	No más que lo habitual	Recuento	116	163	279
		% de Necesidad reconstituyente	41,6%	58,4%	100,0%
	Bastante más que lo habitual	Recuento	60	73	133
		% de Necesidad reconstituyente	45,1%	54,9%	100,0%
	Mucho más que lo habitual	Recuento	5	8	13
		% de Necesidad reconstituyente	38,5%	61,5%	100,0%
Total		Recuento	254	418	672
		% de Necesidad reconstituyente	37,8%	62,2%	100,0%

Tabla de contingencia Agotado y sin fuerzas * Empleado

			Empleado		Total
			Si	No	
Agotado y sin fuerzas	No, en lo absoluto	Recuento	55	95	150
		% de Agotado y sin fuerzas	36,7%	63,3%	100,0%
	No más que lo habitual	Recuento	133	196	329
		% de Agotado y sin fuerzas	40,4%	59,6%	100,0%
	Bastante más que lo habitual	Recuento	59	114	173
		% de Agotado y sin fuerzas	34,1%	65,9%	100,0%
	Mucho más que lo habitual	Recuento	8	13	21
		% de Agotado y sin fuerzas	38,1%	61,9%	100,0%
Total		Recuento	255	418	673
		% de Agotado y sin fuerzas	37,9%	62,1%	100,0%

Tabla de contingencia Sentirse enfermo * Empleado

			Empleado		Total
			Si	No	
Sentirse enfermo	No, en lo absoluto	Recuento	98	188	286
		% de Sentirse enfermo	34,3%	65,7%	100,0%
	No más que lo habitual	Recuento	91	130	221
		% de Sentirse enfermo	41,2%	58,8%	100,0%
	Bastante más que lo habitual	Recuento	56	91	147
		% de Sentirse enfermo	38,1%	61,9%	100,0%
	Mucho más que lo habitual	Recuento	10	9	19
		% de Sentirse enfermo	52,6%	47,4%	100,0%
Total	Recuento	255	418	673	
	% de Sentirse enfermo	37,9%	62,1%	100,0%	

Tabla de contingencia Sensación de opresión * Empleado

			Empleado		Total
			Si	No	
Sensación de opresión	No, en lo absoluto	Recuento	78	162	240
		% de Sensación de opresión	32,5%	67,5%	100,0%
	No más que lo habitual	Recuento	102	148	250
		% de Sensación de opresión	40,8%	59,2%	100,0%
	Bastante más que lo habitual	Recuento	65	94	159
		% de Sensación de opresión	40,9%	59,1%	100,0%
	Mucho más que lo habitual	Recuento	10	14	24
		% de Sensación de opresión	41,7%	58,3%	100,0%
Total	Recuento	255	418	673	
	% de Sensación de opresión	37,9%	62,1%	100,0%	

Tabla de contingencia Oleadas de calor o escalofríos * Empleado

			Empleado		Total
			Si	No	
Oleadas de calor o escalofríos	No, en lo absoluto	Recuento	100	216	316
		% de Oleadas de calor o escalofríos	31,6%	68,4%	100,0%
	No más que lo habitual	Recuento	94	120	214
		% de Oleadas de calor o escalofríos	43,9%	56,1%	100,0%
	Bastante más que lo habitual	Recuento	52	74	126
		% de Oleadas de calor o escalofríos	41,3%	58,7%	100,0%
	Mucho más que lo habitual	Recuento	9	8	17
		% de Oleadas de calor o escalofríos	52,9%	47,1%	100,0%
Total		Recuento	255	418	673
		% de Oleadas de calor o escalofríos	37,9%	62,1%	100,0%

Tabla de contingencia Pérdida de sueño * Empleado

			Empleado		Total
			Si	No	
Pérdida de sueño	No, en lo absoluto	Recuento	51	94	145
		% de Pérdida de sueño	35,2%	64,8%	100,0%
	No más que lo habitual	Recuento	138	191	329
		% de Pérdida de sueño	41,9%	58,1%	100,0%
	Bastante más que lo habitual	Recuento	58	114	172
		% de Pérdida de sueño	33,7%	66,3%	100,0%
	Mucho más que lo habitual	Recuento	8	19	27
		% de Pérdida de sueño	29,6%	70,4%	100,0%
Total	Recuento	255	418	673	
	% de Pérdida de sueño	37,9%	62,1%	100,0%	

Tabla de contingencia Dificultad para dormir toda la noche * Empleado

			Empleado		Total
			Si	No	
Dificultad para dormir toda la noche	No, en lo absoluto	Recuento	66	129	195
		% de Dificultad para dormir toda la noche	33,8%	66,2%	100,0%
	No más que lo habitual	Recuento	116	160	276
		% de Dificultad para dormir toda la noche	42,0%	58,0%	100,0%
	Bastante más que lo habitual	Recuento	66	108	174
		% de Dificultad para dormir toda la noche	37,9%	62,1%	100,0%
	Mucho más que lo habitual	Recuento	7	21	28
		% de Dificultad para dormir toda la noche	25,0%	75,0%	100,0%
Total		Recuento	255	418	673
		% de Dificultad para dormir toda la noche	37,9%	62,1%	100,0%

Tabla de contingencia Agobiado y en tensión * Empleado

			Empleado		Total
			Si	No	
Agobiado y en tensión	No, en lo absoluto	Recuento	54	90	144
		% de Agobiado y en tensión	37,5%	62,5%	100,0%
	No más que lo habitual	Recuento	106	175	281
		% de Agobiado y en tensión	37,7%	62,3%	100,0%
	Bastante más que lo habitual	Recuento	80	123	203
		% de Agobiado y en tensión	39,4%	60,6%	100,0%
	Mucho más que lo habitual	Recuento	15	30	45
		% de Agobiado y en tensión	33,3%	66,7%	100,0%
Total	Recuento	255	418	673	
	% de Agobiado y en tensión	37,9%	62,1%	100,0%	

Tabla de contingencia Nervioso y malhumorado * Empleado

			Empleado		Total
			Si	No	
Nervioso y malhumorado	No, en lo absoluto	Recuento	64	98	162
		% de Nervioso y malhumorado	39,5%	60,5%	100,0%
	No más que lo habitual	Recuento	95	139	234
		% de Nervioso y malhumorado	40,6%	59,4%	100,0%
	Bastante más que lo habitual	Recuento	73	153	226
		% de Nervioso y malhumorado	32,3%	67,7%	100,0%
	Mucho más que lo habitual	Recuento	23	28	51
		% de Nervioso y malhumorado	45,1%	54,9%	100,0%
Total	Recuento	255	418	673	
	% de Nervioso y malhumorado	37,9%	62,1%	100,0%	

Tabla de contingencia Pánico sin motivos * Empleado

			Empleado		Total
			Si	No	
Pánico sin motivos	No, en lo absoluto	Recuento	133	245	378
		% de Pánico sin motivos	35,2%	64,8%	100,0%
	No más que lo habitual	Recuento	66	104	170
		% de Pánico sin motivos	38,8%	61,2%	100,0%
	Bastante más que lo habitual	Recuento	41	55	96
		% de Pánico sin motivos	42,7%	57,3%	100,0%
	Mucho más que lo habitual	Recuento	15	14	29
		% de Pánico sin motivos	51,7%	48,3%	100,0%
Total	Recuento	255	418	673	
	% de Pánico sin motivos	37,9%	62,1%	100,0%	

Tabla de contingencia Todo se le viene encima * Empleado

			Empleado		Total
			Si	No	
Todo se le viene encima	No, en lo absoluto	Recuento	81	157	238
		% de Todo se le viene encima	34,0%	66,0%	100,0%
	No más que lo habitual	Recuento	91	133	224
		% de Todo se le viene encima	40,6%	59,4%	100,0%
	Bastante más que lo habitual	Recuento	65	108	173
		% de Todo se le viene encima	37,6%	62,4%	100,0%
	Mucho más que lo habitual	Recuento	18	20	38
		% de Todo se le viene encima	47,4%	52,6%	100,0%
Total	Recuento	255	418	673	
	% de Todo se le viene encima	37,9%	62,1%	100,0%	

Tabla de contingencia Nervioso a punto de explotar * Empleado

			Empleado		Total
			Si	No	
Nervioso a punto de explotar	No, en lo absoluto	Recuento	74	130	204
		% de Nervioso a punto de explotar	36,3%	63,7%	100,0%
	No más que lo habitual	Recuento	88	154	242
		% de Nervioso a punto de explotar	36,4%	63,6%	100,0%
	Bastante más que lo habitual	Recuento	79	111	190
		% de Nervioso a punto de explotar	41,6%	58,4%	100,0%
	Mucho más que lo habitual	Recuento	14	23	37
		% de Nervioso a punto de explotar	37,8%	62,2%	100,0%
Total	Recuento	255	418	673	
	% de Nervioso a punto de explotar	37,9%	62,1%	100,0%	

Tabla de contingencia Se mantiene ocupado y activo * Empleado

			Empleado		Total
			Si	No	
Se mantiene ocupado y activo	Más activo que lo habitual	Recuento	39	87	126
		% de Se mantiene ocupado y activo	31,0%	69,0%	100,0%
	Igual que lo habitual	Recuento	160	257	417
		% de Se mantiene ocupado y activo	38,4%	61,6%	100,0%
	Bastante menos que lo habitual	Recuento	48	65	113
		% de Se mantiene ocupado y activo	42,5%	57,5%	100,0%
	Mucho menos que lo habitual	Recuento	8	9	17
		% de Se mantiene ocupado y activo	47,1%	52,9%	100,0%
Total	Recuento	255	418	673	
	% de Se mantiene ocupado y activo	37,9%	62,1%	100,0%	

Tabla de contingencia Le cuesta más tiempo hacer las cosas * Empleado

			Empleado		Total
			Si	No	
Le cuesta más tiempo hacer las cosas	Más rápido que lo habitual	Recuento	19	23	42
		% de Le cuesta más tiempo hacer las cosas	45,2%	54,8%	100,0%
	Igual que lo habitual	Recuento	172	304	476
		% de Le cuesta más tiempo hacer las cosas	36,1%	63,9%	100,0%
	Más tiempo que lo habitual	Recuento	57	84	141
		% de Le cuesta más tiempo hacer las cosas	40,4%	59,6%	100,0%
	Mucho más tiempo que lo habitual	Recuento	6	6	12
		% de Le cuesta más tiempo hacer las cosas	50,0%	50,0%	100,0%
Total	Recuento	254	417	671	
	% de Le cuesta más tiempo hacer las cosas	37,9%	62,1%	100,0%	

Tabla de contingencia Esta haciendo las cosas bien * Empleado

			Empleado		Total
			Si	No	
Esta haciendo las cosas bien	Mejor que lo habitual	Recuento	45	60	105
		% de Esta haciendo las cosas bien	42,9%	57,1%	100,0%
	Igual que lo habitual	Recuento	170	281	451
		% de Esta haciendo las cosas bien	37,7%	62,3%	100,0%
	Peor que lo habitual	Recuento	40	68	108
		% de Esta haciendo las cosas bien	37,0%	63,0%	100,0%
	Mucho peor que lo habitual	Recuento	0	9	9
		% de Esta haciendo las cosas bien	,0%	100,0%	100,0%
Total	Recuento	255	418	673	
	% de Esta haciendo las cosas bien	37,9%	62,1%	100,0%	

Tabla de contingencia Satisfecho por como hace las cosas * Empleado

			Empleado		Total
			Si	No	
Satisfecho por como hace las cosas	Más que lo habitual	Recuento	55	74	129
		% de Satisfecho por como hace las cosas	42,6%	57,4%	100,0%
	Igual que lo habitual	Recuento	133	240	373
		% de Satisfecho por como hace las cosas	35,7%	64,3%	100,0%
	Menos que lo habitual	Recuento	63	91	154
		% de Satisfecho por como hace las cosas	40,9%	59,1%	100,0%
	Mucho menos satisfecho	Recuento	4	13	17
		% de Satisfecho por como hace las cosas	23,5%	76,5%	100,0%
Total		Recuento	255	418	673
		% de Satisfecho por como hace las cosas	37,9%	62,1%	100,0%

Tabla de contingencia desempeña un papel útil en la vida * Empleado

			Empleado		Total
			Si	No	
desempeña un papel útil en la vida	Más tiempo que lo habitual	Recuento	59	68	127
		% de desempeña un papel útil en la vida	46,5%	53,5%	100,0%
	Igual que lo habitual	Recuento	140	258	398
		% de desempeña un papel útil en la vida	35,2%	64,8%	100,0%
	Menos útil que lo habitual	Recuento	50	75	125
		% de desempeña un papel útil en la vida	40,0%	60,0%	100,0%
	Mucho menos útil que lo habitual	Recuento	6	17	23
		% de desempeña un papel útil en la vida	26,1%	73,9%	100,0%
Total	Recuento	255	418	673	
	% de desempeña un papel útil en la vida	37,9%	62,1%	100,0%	

Tabla de contingencia Capáz de tomar decisiones * Empleado

			Empleado		Total
			Si	No	
Capáz de tomar decisiones	Más que lo habitual	Recuento % de Capáz de tomar decisiones	74 42,5%	100 57,5%	174 100,0%
	Igual que lo habitual	Recuento % de Capáz de tomar decisiones	127 34,0%	247 66,0%	374 100,0%
	Menos que lo habitual	Recuento % de Capáz de tomar decisiones	50 43,5%	65 56,5%	115 100,0%
	Mucho menos que lo habitual	Recuento % de Capáz de tomar decisiones	4 40,0%	6 60,0%	10 100,0%
Total		Recuento % de Capáz de tomar decisiones	255 37,9%	418 62,1%	673 100,0%

Tabla de contingencia Disfruta sus actividades diarias * Empleado

			Empleado		Total
			Si	No	
Disfruta sus actividades diarias	Más que lo habitual	Recuento % de Disfruta sus actividades diarias	52 40,9%	75 59,1%	127 100,0%
	Igual que lo habitual	Recuento % de Disfruta sus actividades diarias	138 36,0%	245 64,0%	383 100,0%
	Menos que lo habitual	Recuento % de Disfruta sus actividades diarias	57 41,0%	82 59,0%	139 100,0%
	mucho menos que lo habitual	Recuento % de Disfruta sus actividades diarias	8 33,3%	16 66,7%	24 100,0%
Total		Recuento % de Disfruta sus actividades diarias	255 37,9%	418 62,1%	673 100,0%

Tabla de contingencia Siente que no vale para nada * Empleado

			Empleado		Total
			Si	No	
Siente que no vale para nada	No, en lo absoluto	Recuento % de Siente que no vale para nada	143 37,0%	243 63,0%	386 100,0%
	No más que lo habitual	Recuento % de Siente que no vale para nada	90 43,1%	119 56,9%	209 100,0%
	Bastante más que lo habitual	Recuento % de Siente que no vale para nada	17 25,0%	51 75,0%	68 100,0%
	Mucho más que lo habitual	Recuento % de Siente que no vale para nada	5 50,0%	5 50,0%	10 100,0%
Total		Recuento % de Siente que no vale para nada	255 37,9%	418 62,1%	673 100,0%

Tabla de contingencia Vive sin esperanzas * Empleado

			Empleado		Total
			Si	No	
Vive sin esperanzas	No, en lo absoluto	Recuento	149	246	395
		% de Vive sin esperanzas	37,7%	62,3%	100,0%
	No más que lo habitual	Recuento	80	136	216
		% de Vive sin esperanzas	37,0%	63,0%	100,0%
	Bastante más que lo habitual	Recuento	24	33	57
		% de Vive sin esperanzas	42,1%	57,9%	100,0%
	Mucho más que lo habitual	Recuento	2	3	5
		% de Vive sin esperanzas	40,0%	60,0%	100,0%
Total	Recuento	255	418	673	
	% de Vive sin esperanzas	37,9%	62,1%	100,0%	

Tabla de contingencia La vida no merece la pena vivirse * Empleado

			Empleado		Total
			Si	No	
La vida no merece la pena vivirse	No, en lo absoluto	Recuento	181	288	469
		% de La vida no merece la pena vivirse	38,6%	61,4%	100,0%
	No más que lo habitual	Recuento	54	106	160
		% de La vida no merece la pena vivirse	33,8%	66,3%	100,0%
	Bastante más que lo habitual	Recuento	15	21	36
		% de La vida no merece la pena vivirse	41,7%	58,3%	100,0%
	Mucho más que lo habitual	Recuento	5	3	8
		% de La vida no merece la pena vivirse	62,5%	37,5%	100,0%
Total	Recuento	255	418	673	
	% de La vida no merece la pena vivirse	37,9%	62,1%	100,0%	

Tabla de contingencia Piensa en quitarse del medio * Empleado

			Empleado		Total
			Si	No	
Piensa en quitarse del medio	Claramente, no	Recuento	189	306	495
		% de Piensa en quitarse del medio	38,2%	61,8%	100,0%
	Me parece que no	Recuento	48	74	122
		% de Piensa en quitarse del medio	39,3%	60,7%	100,0%
	Se me ha cruzado por la mente	Recuento	15	35	50
		% de Piensa en quitarse del medio	30,0%	70,0%	100,0%
	Claramente lo he pensado	Recuento	3	3	6
		% de Piensa en quitarse del medio	50,0%	50,0%	100,0%
Total	Recuento	255	418	673	
	% de Piensa en quitarse del medio	37,9%	62,1%	100,0%	

Tabla de contingencia Tiene los nervios desquiciados * Empleado

			Empleado		Total
			Si	No	
Tiene los nervios desquiciados	No, en lo absoluto	Recuento	157	246	403
		% de Tiene los nervios desquiciados	39,0%	61,0%	100,0%
	No más que lo habitual	Recuento	66	109	175
		% de Tiene los nervios desquiciados	37,7%	62,3%	100,0%
	Bastante más que lo habitual	Recuento	28	53	81
		% de Tiene los nervios desquiciados	34,6%	65,4%	100,0%
	Mucho más que lo habitual	Recuento	4	10	14
		% de Tiene los nervios desquiciados	28,6%	71,4%	100,0%
Total	Recuento	255	418	673	
	% de Tiene los nervios desquiciados	37,9%	62,1%	100,0%	

Tabla de contingencia Desea estar muerto * Empleado

			Empleado		Total
			Si	No	
Desea estar muerto	No, en lo absoluto	Recuento	189	323	512
		% de Desea estar muerto	36,9%	63,1%	100,0%
	No más que lo habitual	Recuento	47	67	114
		% de Desea estar muerto	41,2%	58,8%	100,0%
	Bastante más que lo habitual	Recuento	12	23	35
		% de Desea estar muerto	34,3%	65,7%	100,0%
	Mucho más que lo habitual	Recuento	7	5	12
		% de Desea estar muerto	58,3%	41,7%	100,0%
Total	Recuento	255	418	673	
	% de Desea estar muerto	37,9%	62,1%	100,0%	

Tabla de contingencia Ideas suicidas repetidamente * Empleado

			Empleado		Total
			Si	No	
Ideas suicidas repetidamente	Claramente, No	Recuento	186	312	498
		% de Ideas suicidas repetidamente	37,3%	62,7%	100,0%
	Me parece que no	Recuento	46	66	112
		% de Ideas suicidas repetidamente	41,1%	58,9%	100,0%
	Se me ha cruzado por la mente	Recuento	15	34	49
		% de Ideas suicidas repetidamente	30,6%	69,4%	100,0%
	Claramente lo he pensado	Recuento	8	6	14
		% de Ideas suicidas repetidamente	57,1%	42,9%	100,0%
Total	Recuento	255	418	673	
	% de Ideas suicidas repetidamente	37,9%	62,1%	100,0%	

Anexo IV

Tablas de contingencia sobre Malestar Psíquico en jóvenes desempleados según escalas del GHQ-28 y Género

Crosstab

			DIM1		Total
			0	1	
SEXO	1	Count	132	64	196
		Row %	67.3%	32.7%	100.0%
		Total %	31.6%	15.3%	46.9%
	2	Count	150	72	222
		Row %	67.6%	32.4%	100.0%
		Total %	35.9%	17.2%	53.1%
	Total	Count	282	136	418
		Row %	67.5%	32.5%	100.0%
		Total %	67.5%	32.5%	100.0%

Crosstab

			DIM2		Total
			0	1	
SEXO	1	Count	115	81	196
		Row %	58.7%	41.3%	100.0%
		Total %	27.5%	19.4%	46.9%
	2	Count	132	90	222
		Row %	59.5%	40.5%	100.0%
		Total %	31.6%	21.5%	53.1%
	Total	Count	247	171	418
		Row %	59.1%	40.9%	100.0%
		Total %	59.1%	40.9%	100.0%

Crosstab

			DIM3		Total
			0	1	
SEXO	1	Count	147	49	196
		Row %	75.0%	25.0%	100.0%
		Total %	35.2%	11.7%	46.9%
	2	Count	164	58	222
		Row %	73.9%	26.1%	100.0%
		Total %	39.2%	13.9%	53.1%
	Total	Count	311	107	418
		Row %	74.4%	25.6%	100.0%
		Total %	74.4%	25.6%	100.0%

Crosstab

			DIM4		Total
			0	1	
SEXO	1	Count	177	19	196
		Row %	90.3%	9.7%	100.0%
		Total %	42.3%	4.5%	46.9%
	2	Count	197	25	222
		Row %	88.7%	11.3%	100.0%
		Total %	47.1%	6.0%	53.1%
	Total	Count	374	44	418
		Row %	89.5%	10.5%	100.0%
		Total %	89.5%	10.5%	100.0%

Ref:

- 1. Masculino
- 2. Femenino

DIM1: Malestar Somático; DIM2: Malestar de Ansiedad e Insomnio; DIM3: Malestar de Adecuación Social; DIM4: Malestar de Depresión

Anexo V

Tablas de contingencia sobre Malestar Psíquico en jóvenes desempleados según escalas del GHQ-28 y Rango de Edad

Crosstab

			DIM1		Total
			0	1	
RANGO	1	Count	99	52	151
		Row %	65.6%	34.4%	100.0%
		Total %	23.7%	12.4%	36.1%
	2	Count	183	84	267
		Row %	68.5%	31.5%	100.0%
		Total %	43.8%	20.1%	63.9%
	Total	Count	282	136	418
		Row %	67.5%	32.5%	100.0%
		Total %	67.5%	32.5%	100.0%

Crosstab

			DIM2		Total
			0	1	
RANGO	1	Count	93	58	151
		Row %	61.6%	38.4%	100.0%
		Total %	22.2%	13.9%	36.1%
	2	Count	154	113	267
		Row %	57.7%	42.3%	100.0%
		Total %	36.8%	27.0%	63.9%
	Total	Count	247	171	418
		Row %	59.1%	40.9%	100.0%
		Total %	59.1%	40.9%	100.0%

Crosstab

			DIM3		Total
			0	1	
RANGO	1	Count	115	36	151
		Row %	76.2%	23.8%	100.0%
		Total %	27.5%	8.6%	36.1%
	2	Count	196	71	267
		Row %	73.4%	26.6%	100.0%
		Total %	46.9%	17.0%	63.9%
	Total	Count	311	107	418
		Row %	74.4%	25.6%	100.0%
		Total %	74.4%	25.6%	100.0%

Crosstab

			DIM4		Total
			0	1	
RANGO	1	Count	136	15	151
		Row %	90.1%	9.9%	100.0%
		Total %	32.5%	3.6%	36.1%
	2	Count	238	29	267
		Row %	89.1%	10.9%	100.0%
		Total %	56.9%	6.9%	63.9%
	Total	Count	374	44	418
		Row %	89.5%	10.5%	100.0%
		Total %	89.5%	10.5%	100.0%

Ref:

- 1. Entre 18 y 19 años
- 2. Entre 20 y 25 años
- DM1: Malestar Somático
- DM2: Malestar de Ansiedad e Insomnio
- DM3: Malestar de Adecuación Social
- DM4: Malestar de Depresión

Anexo VI

Tablas de contingencia sobre Malestar Psíquico en jóvenes desempleados según escalas del GHQ-28 y Nivel Educativo

Nivel Educativo		DIM1		
				Total
		No	Sí	
Nulo	N°	3	2	5
	%	60.0%	40.0%	100.0%
	Total %	.7%	.5%	1.2%
Bajo	N°	67	34	101
	%	66.3%	33.7%	100.0%
	Total %	16.0%	8.1%	24.2%
Medio	N°	119	60	179
	%	66.5%	33.5%	100.0%
	Total %	28.5%	14.4%	42.8%
Técnico	N°	90	38	128
	%	70.3%	29.7%	100.0%
	Total %	21.5%	9.1%	30.6%
Superior	N°	3	2	5
	%	60.0%	40.0%	100.0%
	Total %	.7%	.5%	1.2%
Total		282	136	418
Total %		67.5%	32.5%	100.0%

Nivel Educativo		DIM2		
				Total
		No	Sí	
Nulo	N°	3	2	5
	%	60.0%	40.0%	100.0%
	Total %	.7%	.5%	1.2%
Bajo	N°	60	41	101
	%	59.4%	40.6%	100.0%
	Total %	14.4%	9.8%	24.2%
Medio	N°	109	70	179
	%	60.9%	39.1%	100.0%
	Total %	26.1%	16.7%	42.8%
Técnico	N°	73	55	128
	%	57.0%	43.0%	100.0%
	Total %	17.5%	13.2%	30.6%
Superior	N°	2	3	5
	%	40.0%	60.0%	100.0%
	Total %	.5%	.7%	1.2%
Total		247	171	418
Total %		59.1%	40.9%	100.0%

Nivel Educativo		DIM3		
				Total
		No	Sí	
Nulo	N°	3	2	5
	%	60.0%	40.0%	100.0%
	Total %	.7%	.5%	1.2%
Bajo	N°	76	25	101
	%	75.2%	24.8%	100.0%
	Total %	18.2%	6.0%	24.2%
Medio	N°	132	47	179
	%	73.7%	26.3%	100.0%
	Total %	31.6%	11.2%	42.8%
Técnico	N°	95	33	128
	%	74.2%	25.8%	100.0%
	Total %	22.7%	7.9%	30.6%
Superior	N°	5		5
	%	100.0%		100.0%
	Total %	1.2%		1.2%
Total		311	107	418
Total %		74.4%	25.6%	100.0%

Nivel Educativo		DIM4		
				Total
		No	Si	
Nulo	Nº	5		5
	%	100.0%		100.0%
	Total %	1.2%		1.2%
Bajo	Nº	89	12	101
	%	88.1%	11.9%	100.0%
	Total %	21.3%	2.9%	24.2%
Medio	Nº	158	21	179
	%	88.3%	11.7%	100.0%
	Total %	37.8%	5.0%	42.8%
Técnico	Nº	117	11	128
	%	91.4%	8.6%	100.0%
	Total %	28.0%	2.6%	30.6%
Superior	Nº	5		5
	%	100.0%		100.0%
	Total %	1.2%		1.2%
Total		374	44	418
		89.5%	10.5%	100.0%

Ref:

DM1: Malestar Somático

DM2: Malestar de Ansiedad e Insomnio

DM3: Malestar de Adecuación Social

DM4: Malestar de Depresión

Anexo VII

Tablas de contingencia sobre Malestar Psíquico en jóvenes desempleados según escalas del GHQ-28 y Actividad Educativa

Actividad educativa		DIM1		
				Total
		No	Sí	
No	N°	128	47	175
	%	73.1%	26.9%	100.0%
	Total %	30.6%	11.2%	41.9%
Si	N°	154	89	243
	%	63.4%	36.6%	100.0%
	Total %	36.8%	21.3%	58.1%
Total		282	136	418
		67.5%	32.5%	100.0%

Actividad educativa		DM2		Total
		No	Sí	
No	N°	103	72	175
	%	58.9%	41.1%	100.0%
	Total %	24.6%	17.2%	41.9%
Si	N°	144	99	243
	%	59.3%	40.7%	100.0%
	Total %	34.4%	23.7%	58.1%
Total		247	171	418
		59.1%	40.9%	100.0%

Actividad educativa		DIM3		
				Total
		No	Sí	
No	N°	138	37	175
	%	78.9%	21.1%	100.0%
	Total %	33.0%	8.9%	41.9%
Si	N°	173	70	243
	%	71.2%	28.8%	100.0%
	Total %	41.4%	16.7%	58.1%
Total		311	107	418
		74.4%	25.6%	100.0%

Actividad Educativa		DIM4		
				Total
		No	Sí	
No	N°	157	18	175
	%	89.7%	10.3%	100.0%
	Total %	37.6%	4.3%	41.9%
Si	N°	217	26	243
	%	89.3%	10.7%	100.0%
	Total %	51.9%	6.2%	58.1%
Total		374	44	418
		89.5%	10.5%	100.0%

Ref:

DM1: Malestar Somático

DM2: Malestar de Ansiedad e Insomnio

DM3: Malestar de Adecuación Social

DM4: Malestar de Depresión

Anexo VIII

Tablas de contingencia sobre Malestar Psíquico en jóvenes desempleados según escalas del GHQ-28 y Estado Civil

		DIM1		
				Total
		No	Sí	
Casados o en pareja	Nº	27	25	52
	%	51.9%	48.1%	100.0%
	Total %	6.5%	6.0%	12.4%
Solteros	Nº	255	111	366
	%	69.7%	30.3%	100.0%
	Total %	61.0%	26.6%	87.6%
Total	Nº	282	136	418
	Total %	67.5%	32.5%	100.0%

		DIM2		
				Total
		No	Sí	
Casados o en pareja	Nº	25	27	52
	%	48.1%	51.9%	100.0%
	Total %	6.0%	6.5%	12.4%
Solteros	Nº	222	144	366
	%	60.7%	39.3%	100.0%
	Total %	53.1%	34.4%	87.6%
Total	Nº	247	171	418
	Total %	59.1%	40.9%	100.0%

		DIM3		
				Total
		No	Sí	
Casados o en pareja	Nº	33	19	52
	%	63.5%	36.5%	100.0%
	Total %	7.9%	4.5%	12.4%
Solteros	Nº	278	88	366
	%	76.0%	24.0%	100.0%
	Total %	66.5%	21.1%	87.6%
Total	Nº	311	107	418
	Total %	74.4%	25.6%	100.0%

		DIM4		
				Total
		No	Sí	
Casados o en pareja	Nº	46	6	52
	%	88.5%	11.5%	100.0%
	Total %	11.0%	1.4%	12.4%
Solteros	Nº	328	38	366
	%	89.6%	10.4%	100.0%
	Total %	78.5%	9.1%	87.6%
Total	Nº	374	44	418
	Total %	89.5%	10.5%	100.0%

Ref:

DM1: Malestar Somático

DM2: Malestar de Ansiedad e Insomnio

DM3: Malestar de Adecuación Social

DM4: Malestar de Depresión

Anexo IX

Tablas de contingencia sobre Malestar Psíquico en jóvenes desempleados según escalas del GHQ-28 y Presencia de hijos

		DIM1		
				Total
Hijos		No	Sí	
Sí	Nº	30	23	53
	%	56.6%	43.4%	100.0%
	Total %	7.2%	5.5%	12.7%
No	Nº	252	113	365
	%	69.0%	31.0%	100.0%
	Total %	60.3%	27.0%	87.3%
Total	Nº	282	136	418
	Total %	67.5%	32.5%	100.0%

		DIM2		
				Total
Hijos		No	Sí	
Sí	Nº	21	32	53
	%	39.6%	60.4%	100.0%
	Total %	5.0%	7.7%	12.7%
No	Nº	226	139	365
	%	61.9%	38.1%	100.0%
	Total %	54.1%	33.3%	87.3%
Total	Nº	247	171	418
	Total %	59.1%	40.9%	100.0%

		DIM3		
				Total
Hijos		No	Si	
Sí	Nº	34	19	53
	%	64.2%	35.8%	100.0%
	Total %	8.1%	4.5%	12.7%
No	Nº	277	88	365
	%	75.9%	24.1%	100.0%
	Total %	66.3%	21.1%	87.3%
Total	Nº	311	107	418
	Total %	74.4%	25.6%	100.0%

		DIM4		
				Total
Hijos		No	Sí	
Sí	Nº	44	9	53
	%	83.0%	17.0%	100.0%
	Total %	10.5%	2.2%	12.7%
No	Nº	330	35	365
	%	90.4%	9.6%	100.0%
	Total %	78.9%	8.4%	87.3%
Total	Nº	374	44	418
	Total %	89.5%	10.5%	100.0%

Ref:

DM1: Malestar Somático

DM2: Malestar de Ansiedad e Insomnio

DM3: Malestar de Adecuación Social

DM4: Malestar de Depresión

Anexo X

Tablas de contingencia sobre Malestar Psíquico en jóvenes desempleados según escalas del GHQ-28 y Búsqueda activa de empleo

Búsqueda activa de empleo		DIM1		
				Total
		No	Sí	
Sí	Nº	160	85	245
	%	65.3%	34.7%	100.0%
	Total %	38.3%	20.3%	58.6%
No	Nº	122	51	173
	%	70.5%	29.5%	100.0%
	Total %	29.2%	12.2%	41.4%
Total		282	136	418
		67.5%	32.5%	100.0%

Búsqueda activa de empleo		DIM2		
				Total
		No	Sí	
Sí	Nº	136	109	245
	%	55.5%	44.5%	100.0%
	Total %	32.5%	26.1%	58.6%
No	Nº	111	62	173
	%	64.2%	35.8%	100.0%
	Total %	26.6%	14.8%	41.4%
Total		247	171	418
		59.1%	40.9%	100.0%

Búsqueda activa de empleo		DIM3		
				Total
		No	Sí	
Sí	Nº	181	64	245
	%	73.9%	26.1%	100.0%
	Total %	43.3%	15.3%	58.6%
No	Nº	130	43	173
	%	75.1%	24.9%	100.0%
	Total %	31.1%	10.3%	41.4%
Total		311	107	418
		74.4%	25.6%	100.0%

Búsqueda activa de empleo		DIM4		
				Total
		No	Sí	
Sí	Nº	217	28	245
	%	88.6%	11.4%	100.0%
	Total %	51.9%	6.7%	58.6%
No	Nº	157	16	173
	%	90.8%	9.2%	100.0%
	Total %	37.6%	3.8%	41.4%
Total		374	44	418
		89.5%	10.5%	100.0%

Ref:

DM1: Malestar Somático

DM2: Malestar de Ansiedad e Insomnio

DM3: Malestar de Adecuación Social

DM4: Malestar de Depresión

Anexo XI

Tablas de contingencia sobre Malestar Psíquico en jóvenes desempleados según escalas del GHQ-28 y Tiempo de desempleo

Tiempo de desempleo		DIM1		
				Total
		No	Sí	
Hasta un año	Nº	74	58	132
	%	56.1%	43.9%	100.0%
	Total %	44.6%	34.9%	79.5%
Más de un año	Nº	25	9	34
	%	73.5%	26.5%	100.0%
	Total %	15.1%	5.4%	20.5%
Total	Nº	99	67	166
	Total %	59.6%	40.4%	100.0%

Tiempo de desempleo		DIM2		
				Total
		No	Sí	
Hasta un año	Nº	61	71	132
	%	46.2%	53.8%	100.0%
	Total %	36.7%	42.8%	79.5%
Más de un año	Nº	19	15	34
	%	55.9%	44.1%	100.0%
	Total %	11.4%	9.0%	20.5%
Total	Nº	80	86	166
	Total %	48.2%	51.8%	100.0%

Tiempo de desempleo		DIM3		
				Total
		No	Sí	
Hasta un año	Nº	91	41	132
	%	68.9%	31.1%	100.0%
	Total %	54.8%	24.7%	79.5%
Más de un año	Nº	25	9	34
	%	73.5%	26.5%	100.0%
	Total %	15.1%	5.4%	20.5%
Total	Nº	116	50	166
	Total %	69.9%	30.1%	100.0%

Tiempo de desempleo		DIM4		
				Total
		No	Sí	
Hasta un año	Nº	120	12	132
	%	90.9%	9.1%	100.0%
	Total %	72.3%	7.2%	79.5%
Más de un año	Nº	32	2	34
	%	94.1%	5.9%	100.0%
	Total %	19.3%	1.2%	20.5%
Total	Nº	152	14	166
	Total %	91.6%	8.4%	100.0%

Ref:

DM1: Malestar Somático

DM2: Malestar de Ansiedad e Insomnio

DM3: Malestar de Adecuación Social

DM4: Malestar de Depresión

Anexo XII

Tablas de contingencia sobre Malestar Psíquico en jóvenes desempleados según escalas del GHQ-28 y Distrito de residencia

Crosstab

			DIM1		Total
			0	1	
DISTRITO	1	Count	120	17	137
		Row %	87.6%	12.4%	100.0%
		Total %	28.7%	4.1%	32.8%
	2	Count	36	30	66
		Row %	54.5%	45.5%	100.0%
		Total %	8.6%	7.2%	15.8%
	3	Count	42	20	62
		Row %	67.7%	32.3%	100.0%
		Total %	10.0%	4.8%	14.8%
	4	Count	41	24	65
		Row %	63.1%	36.9%	100.0%
		Total %	9.8%	5.7%	15.6%
	5	Count	26	20	46
		Row %	56.5%	43.5%	100.0%
		Total %	6.2%	4.8%	11.0%
	6	Count	17	25	42
		Row %	40.5%	59.5%	100.0%
		Total %	4.1%	6.0%	10.0%
	Total	Count	282	136	418
		Row %	67.5%	32.5%	100.0%
		Total %	67.5%	32.5%	100.0%

Crosstab

			DIM2		Total
			0	1	
DISTRITO	1	Count	91	46	137
		Row %	66.4%	33.6%	100.0%
		Total %	21.8%	11.0%	32.8%
	2	Count	38	28	66
		Row %	57.6%	42.4%	100.0%
		Total %	9.1%	6.7%	15.8%
	3	Count	40	22	62
		Row %	64.5%	35.5%	100.0%
		Total %	9.6%	5.3%	14.8%
	4	Count	36	29	65
		Row %	55.4%	44.6%	100.0%
		Total %	8.6%	6.9%	15.6%
	5	Count	23	23	46
		Row %	50.0%	50.0%	100.0%
		Total %	5.5%	5.5%	11.0%
	6	Count	19	23	42
		Row %	45.2%	54.8%	100.0%
		Total %	4.5%	5.5%	10.0%
	Total	Count	247	171	418
		Row %	59.1%	40.9%	100.0%
		Total %	59.1%	40.9%	100.0%

Crosstab

			DIM3		Total
			0	1	
DISTRITO	1	Count	113	24	137
		Row %	82.5%	17.5%	100.0%
		Total %	27.0%	5.7%	32.8%
	2	Count	53	13	66
		Row %	80.3%	19.7%	100.0%
		Total %	12.7%	3.1%	15.8%
	3	Count	45	17	62
		Row %	72.6%	27.4%	100.0%
		Total %	10.8%	4.1%	14.8%
	4	Count	45	20	65
		Row %	69.2%	30.8%	100.0%
		Total %	10.8%	4.8%	15.6%
	5	Count	32	14	46
		Row %	69.6%	30.4%	100.0%
		Total %	7.7%	3.3%	11.0%
	6	Count	23	19	42
		Row %	54.8%	45.2%	100.0%
		Total %	5.5%	4.5%	10.0%
	Total	Count	311	107	418
		Row %	74.4%	25.6%	100.0%
		Total %	74.4%	25.6%	100.0%

Crosstab

			DIM4		Total
			0	1	
DISTRITO	1	Count	127	10	137
		Row %	92.7%	7.3%	100.0%
		Total %	30.4%	2.4%	32.8%
	2	Count	58	8	66
		Row %	87.9%	12.1%	100.0%
		Total %	13.9%	1.9%	15.8%
	3	Count	56	6	62
		Row %	90.3%	9.7%	100.0%
		Total %	13.4%	1.4%	14.8%
	4	Count	57	8	65
		Row %	87.7%	12.3%	100.0%
		Total %	13.6%	1.9%	15.6%
	5	Count	40	6	46
		Row %	87.0%	13.0%	100.0%
		Total %	9.6%	1.4%	11.0%
	6	Count	36	6	42
		Row %	85.7%	14.3%	100.0%
		Total %	8.6%	1.4%	10.0%
	Total	Count	374	44	418
		Row %	89.5%	10.5%	100.0%
		Total %	89.5%	10.5%	100.0%

Ref:

DM1: Malestar Somático
 DM2: Malestar de Ansiedad e Insomnio
 DM3: Malestar de Adecuación Social
 DM4: Malestar de Depresión

1 Centro
 2 Norte
 3 Sur
 4 Oeste
 5 Noroeste
 6 Sudoeste

Anexo XIII

Tablas de contingencia sobre Malestar Psíquico en jóvenes desempleados según escalas del GHQ-28 y Características de la vivienda

Crosstab

			DIM1		Total
			0	1	
HABITAT	B	Count	16	16	32
		Row %	50.0%	50.0%	100.0%
		Total %	3.8%	3.8%	7.7%
	MB	Count	255	111	366
		Row %	69.7%	30.3%	100.0%
		Total %	61.0%	26.6%	87.6%
	R	Count	11	9	20
		Row %	55.0%	45.0%	100.0%
		Total %	2.6%	2.2%	4.8%
Total	Count	282	136	418	
	Row %	67.5%	32.5%	100.0%	
	Total %	67.5%	32.5%	100.0%	

Crosstab

			DIM2		Total
			0	1	
HABITAT	B	Count	13	19	32
		Row %	40.6%	59.4%	100.0%
		Total %	3.1%	4.5%	7.7%
	MB	Count	226	140	366
		Row %	61.7%	38.3%	100.0%
		Total %	54.1%	33.5%	87.6%
	R	Count	8	12	20
		Row %	40.0%	60.0%	100.0%
		Total %	1.9%	2.9%	4.8%
	Total	Count	247	171	418
		Row %	59.1%	40.9%	100.0%
		Total %	59.1%	40.9%	100.0%

Crosstab

			DIM3		Total
			0	1	
HABITAT	B	Count	17	15	32
		Row %	53.1%	46.9%	100.0%
		Total %	4.1%	3.6%	7.7%
	MB	Count	283	83	366
		Row %	77.3%	22.7%	100.0%
		Total %	67.7%	19.9%	87.6%
	R	Count	11	9	20
		Row %	55.0%	45.0%	100.0%
		Total %	2.6%	2.2%	4.8%
Total	Count	311	107	418	
	Row %	74.4%	25.6%	100.0%	
	Total %	74.4%	25.6%	100.0%	

Crosstab

			DIM4		Total
			0	1	
HABITAT	B	Count	30	2	32
		Row %	93.8%	6.3%	100.0%
		Total %	7.2%	.5%	7.7%
	MB	Count	329	37	366
		Row %	89.9%	10.1%	100.0%
		Total %	78.7%	8.9%	87.6%
	R	Count	15	5	20
		Row %	75.0%	25.0%	100.0%
		Total %	3.6%	1.2%	4.8%
Total	Count	374	44	418	
	Row %	89.5%	10.5%	100.0%	
	Total %	89.5%	10.5%	100.0%	

Ref: DM1: Malestar Somático; DM2: Malestar de Ansiedad e Insomnio; DM3: Malestar de Adecuación Social; DM4: Malestar de Depresión

Anexo XIV

Tablas de contingencia sobre Malestar Psíquico en jóvenes desempleados según escalas del GHQ-28 y personas con las vive

Crosstab

			DIM1		Total
			0	1	
COMPARTE	1	Count	7	6	13
		Row %	53.8%	46.2%	100.0%
		Total %	1.7%	1.4%	3.1%
	2	Count	191	85	276
		Row %	69.2%	30.8%	100.0%
		Total %	45.7%	20.3%	66.0%
	3	Count	15	21	36
		Row %	41.7%	58.3%	100.0%
		Total %	3.6%	5.0%	8.6%
	4	Count	44	14	58
		Row %	75.9%	24.1%	100.0%
		Total %	10.5%	3.3%	13.9%
	5	Count	25	10	35
		Row %	71.4%	28.6%	100.0%
		Total %	6.0%	2.4%	8.4%
Total	Count	282	136	418	
	Row %	67.5%	32.5%	100.0%	
	Total %	67.5%	32.5%	100.0%	

Crosstab

			DIM2		Total
			0	1	
COMPARTE	1	Count	4	9	13
		Row %	30.8%	69.2%	100.0%
		Total %	1.0%	2.2%	3.1%
	2	Count	173	103	276
		Row %	62.7%	37.3%	100.0%
		Total %	41.4%	24.6%	66.0%
	3	Count	16	20	36
		Row %	44.4%	55.6%	100.0%
		Total %	3.8%	4.8%	8.6%
	4	Count	39	19	58
		Row %	67.2%	32.8%	100.0%
		Total %	9.3%	4.5%	13.9%
	5	Count	15	20	35
		Row %	42.9%	57.1%	100.0%
		Total %	3.6%	4.8%	8.4%
Total	Count	247	171	418	
	Row %	59.1%	40.9%	100.0%	
	Total %	59.1%	40.9%	100.0%	

Ref:

DM1: Malestar Somático
 DM2: Malestar de Ansiedad e Insomnio
 DM3: Malestar de Adecuación Social
 DM4: Malestar de Depresión

1 Solo
 2 Padres
 3 Flia propia
 4 Otros
 5 Familiares y flia propia

Crosstab

			DIM3		Total
			0	1	
COMPARTE	1	Count	9	4	13
		Row %	69.2%	30.8%	100.0%
		Total %	2.2%	1.0%	3.1%
	2	Count	217	59	276
		Row %	78.6%	21.4%	100.0%
		Total %	51.9%	14.1%	66.0%
	3	Count	22	14	36
		Row %	61.1%	38.9%	100.0%
		Total %	5.3%	3.3%	8.6%
	4	Count	40	18	58
		Row %	69.0%	31.0%	100.0%
		Total %	9.6%	4.3%	13.9%
	5	Count	23	12	35
		Row %	65.7%	34.3%	100.0%
		Total %	5.5%	2.9%	8.4%
	Total	Count	311	107	418
		Row %	74.4%	25.6%	100.0%
		Total %	74.4%	25.6%	100.0%

Crosstab

			DIM4		Total
			0	1	
COMPARTE	1	Count	11	2	13
		Row %	84.6%	15.4%	100.0%
		Total %	2.6%	.5%	3.1%
	2	Count	249	27	276
		Row %	90.2%	9.8%	100.0%
		Total %	59.6%	6.5%	66.0%
	3	Count	32	4	36
		Row %	88.9%	11.1%	100.0%
		Total %	7.7%	1.0%	8.6%
	4	Count	52	6	58
		Row %	89.7%	10.3%	100.0%
		Total %	12.4%	1.4%	13.9%
	5	Count	30	5	35
		Row %	85.7%	14.3%	100.0%
		Total %	7.2%	1.2%	8.4%
	Total	Count	374	44	418
		Row %	89.5%	10.5%	100.0%
		Total %	89.5%	10.5%	100.0%

Ref:

DM1: Malestar Somático
 DM2: Malestar de Ansiedad e Insomnio
 DM3: Malestar de Adecuación Social
 DM4: Malestar de Depresión

1 Solo
 2 Padres
 3 Flia propia
 4 Otros
 5 Familiares y flia propia



Expediente N° 43023/0089/D

Facultad de Ciencias Médicas - Universidad Nacional de Rosario

ROSARIO, 14 de diciembre de 2006

VISTO: las presentes actuaciones por las que la Dirección de la carrera de Doctorado - Programa de Consolidación Académica eleva para su aprobación el Trabajo de Tesis de la doctorando Lic. Graciela Vicenta Simonetti, titulado: "Desempleo y Salud Mental: un estudio en los jóvenes desempleados de la ciudad de Rosario"; y

CONSIDERANDO:

QUE, el Jurado encargado de dictaminar sobre la Tesis de referencia, integrado por los señores Profesores Dres. Leo J. Lencioni, Rosana Onocko y Hugo G. Spinelli, luego de efectuada la defensa oral, expresa:

- 1) "La presentación oral fue clara, apoyada en material iconográfico de alta "calidad y realizada con buena dicción, adecuado ritmo y evidente "seguridad."
 - 2) "En cuanto al tema elegido se considera de interés y altamente "relevante".
 - 3) "Los objetivos fueron claramente planteados y fueron alcanzados en el "desarrollo de la Tesis".
 - 4) "La metodología fue adecuada a los objetivos planteados".
 - 5) "En la discusión fue capaz de responder con claridad a las preguntas que "se le formularon."
 - 6) "El Jurado recomienda, previo a la publicación, la revisión de citas "bibliográficas, los títulos de los cuadros y la inclusión de un resumen en "inglés".
 - 7) "El Jurado considera importante que la Doctorando profundice esta línea "de investigación incorporando metodología cualitativa y/o "desarrollando nuevos instrumentos".
- "Por todo lo expuesto, este Jurado dictamina por unanimidad APROBAR "la Tesis de la Doctorando Graciela Vicenta SIMONETTI calificándola "como "DISTINGUIDO (9)".

QUE, la Dirección de la Escuela de Graduados se ha expedido en el presente caso;

QUE, la Comisión de Asuntos Académicos en su Despacho N° 900 sugiere, habiendo analizado estos actuados y el Acta de Tribunal Evaluador de referencia, la aprobación del Trabajo de Tesis en cuestión;

/ / /



Expediente N° 43023/0089/D

Facultad de Ciencias Médicas - Universidad Nacional de Rosario

- 2 -

///

POR ELLO y teniendo en cuenta lo acordado en sesión del día de la fecha;

EL CONSEJO DIRECTIVO

RESUELVE:

ARTICULO 1ro.- Aprobar el Trabajo de Tesis de la carrera de Doctorado - Programa de Consolidación Académica, presentado por la doctorando *Lic. Graciela Vicenta SIMONETTI (LEGAJO N° S-2025/7)*, titulado: **"DESEMPLEO Y SALUD MENTAL: UN ESTUDIO EN LOS JÓVENES DESEMPLEADOS DE LA CIUDAD DE ROSARIO"**, con una calificación de **DISTINGUIDO (9 puntos)**.

ARTICULO 2do.- Por Biblioteca procédase a desglosar un (1) ejemplar de la Tesis para consulta de los interesados.

ARTICULO 3ro.- Regístrese, comuníquese, gírese al Departamento General Registro de Alumnos para su conocimiento y notificación fehaciente de la interesada, debiendo agregar copia de la presente resolución en el legajo personal de la recurrente, remítase a la Biblioteca de esta Casa de Estudios a sus efectos. Diligenciado, archívese.

RESOLUCION C.D. N° 3965/2006

ES FOTOCOPIA.-

Maria Rosa Di Benedetto
MARIA ROSA DI BENEDETTO
DIRECTORA DE DESPACHO
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
U.N.R.

Prof. Raquel Madis Chiara
Prof. Raquel Madis Chiara
Decana



FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
CERTIFICO QUE LA PRESENTE FOTOCOPIA ES
AUTENTICA DE SU ORIGINAL TENIDO A LA VISTA.

ROSARIO,

12 MAR 2007

FIRMA:

ACLARACION:

CONTROLADO POR:

Maria Rosa Di Benedetto
MARIA ROSA DI BENEDETTO
DIRECTORA DE DESPACHO

eem./mjp.-