

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

**“SINTOMATOLOGÍA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN LA
POBLACIÓN FEMENINA DE LA ALDEA SASPÁN, SAN JOSÉ LA
ARADA, CHIQUIMULA”**

Estudio descriptivo transversal realizado en mujeres entre 20 y 39 años
noviembre-diciembre 2008.

TESIS

Presentada a la Honorable Junta Directiva
De la Facultad de Ciencias Médicas de la
Universidad de San Carlos de Guatemala
Por

Lidia Patricia Cardona Galindo

Médica y Cirujana

Guatemala, septiembre de 2009

El infrascrito Decano de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala hace constar que:

La estudiante:

Lidia Patricia Cardona Galindo 9618253

ha cumplido con los requisitos solicitados por esta Facultad, previo a optar al Título de Médica y Cirujana, en el grado de Licenciatura, y habiendo presentado el trabajo de graduación titulado:

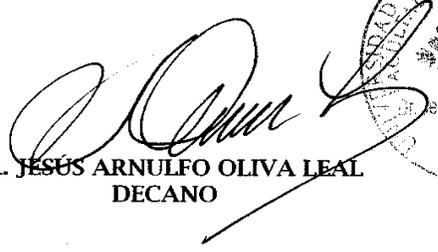
“SINTOMATOLOGÍA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN LA POBLACIÓN FEMENINA DE LA ALDEA SASPÁN, SAN JOSÉ LA ARADA DEPARTAMENTO DE CHIQUIMULA”

**Estudio descriptivo transversal realizado en mujeres entre 20 y 39 años
noviembre-diciembre 2008**

Trabajo asesorado por el Dr. Víctor Antonio López y revisado por la Dra. Virginia Ortiz, quienes avalan y firman conformes. Por lo anterior, se emite, firma y sella la presente:

ORDEN DE IMPRESIÓN

En Guatemala, el 10 de septiembre del 2009


DR. JESÚS ARNULFO OLIVA LEAL
DECANO



Los infrascritos Director del Centro de Investigaciones de las Ciencias de la Salud y el Coordinador de la Unidad de Trabajos de Graduación de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, hacen constar que:

La estudiante:

Lidia Patricia Cardona Galindo 9618253

ha presentado el trabajo de graduación titulado:

"SINTOMATOLOGÍA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN LA POBLACIÓN FEMENINA DE LA ALDEA SASPÁN, SAN JOSÉ LA ARADA DEPARTAMENTO DE CHIQUIMULA"

Estudio descriptivo transversal realizado en mujeres entre 20 y 39 años

noviembre-diciembre 2008

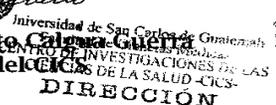
El cual ha sido revisado y corregido, y al establecer que cumple con los requisitos exigidos por esta Unidad, se les autoriza a continuar con los trámites correspondientes para someterse al Examen General Público. Dado en la Ciudad de Guatemala, el diez de septiembre del dos mil nueve.

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"


Dr. César Oswaldo García
Coordinador Unidad de Trabajos de Graduación




Dr. Erwin Humberto Calvez
Director del Centro de Investigaciones de las Ciencias de la Salud -CICS-
DIRECCIÓN



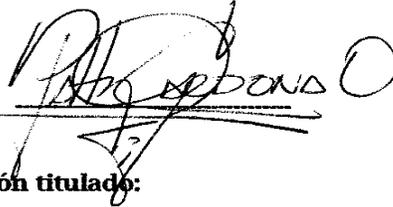
Guatemala, 10 de septiembre 2009

Doctor
César Oswaldo García García
Unidad de Trabajos de Graduación
Facultad de Ciencias Médicas
Universidad de San Carlos de Guatemala
Presente

Dr. García:

Le informo que la estudiante abajo firmante,

Lidia Patricia Cardona Galindo



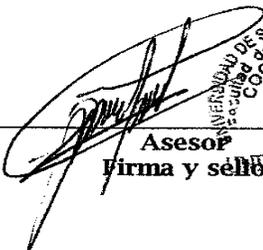
Presentó el informe final del Trabajo de Graduación titulado:

“SINTOMATOLOGÍA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN LA POBLACIÓN FEMENINA DE LA ALDEA SASPÁN, SAN JOSÉ LA ARADA DEPARTAMENTO DE CHIQUIMULA”

Estudio descriptivo transversal realizado en mujeres entre 20 y 39 años

noviembre-diciembre 2008

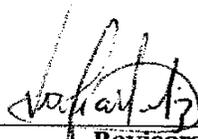
Del cual como asesor y revisora nos responsabilizamos por la metodología, confiabilidad y validez de los datos, así como de los resultados obtenidos y de la pertinencia de las conclusiones y recomendaciones propuestas.



Asesor
Firma y sello



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Facultad de Ciencias Médicas
UNIDAD DE COORDINACIÓN DE TESIS



Revisora
Firma y sello
No. Reg. de personal 20060971

RESUMEN

Objetivo: Describir la sintomatología de depresión y ansiedad de la población femenina de 20 a 39 años de la aldea Saspán y sus caseríos, San José La Arada, Chiquimula.

Metodología: Se realizaron 114 entrevistas dirigidas a través del Cuestionario General de Salud, la escala de Hamilton para Depresión y la Escala de Hamilton para la Ansiedad.

Resultados: Nivel de escolaridad: 33% de las encuestadas refirieron ser analfabetas, 28% había cursado algunos años de educación primaria, 25% había completado la primaria, 10% había terminado los cursos de educación básica y 4% había completado el nivel de diversificado. Ninguna de las encuestadas cursó estudios universitarios. El 8% de la población evidenció sintomatología relacionada a estrés según Cuestionario General de Salud. El 47% obtuvo un resultado normal en la Escala de Hamilton para Depresión; 36% mostró una puntuación compatible con el diagnóstico de depresión menor y 7% evidenció depresión mayor. El 96% de las entrevistadas mostraron ansiedad leve, 3% ansiedad moderada y 1% ansiedad severa según la Escala de Hamilton para Ansiedad. En 76% de las encuestadas se evidenció sintomatología somática. **Conclusiones:** El nivel de escolaridad de la mayoría de las encuestadas fue bajo y muy pocas llegaron a completar estudios secundarios. La presencia de sintomatología de ansiedad (aunque leve) estuvo presente en la mayoría de las participantes. En un porcentaje importante existe sintomatología de depresión (en grado menor).

ÍNDICE

	página
1. Introducción	1
Objetivos	4
2.1 Objetivo general	4
2.2 Objetivos específicos	4
3. Marco teórico	5
3.1 Introducción	5
3.2 Definiciones	5
3.2.1 Salud Mental	5
3.2.2 Estrés y estrés psicológico	6
3.2.3 Sistema de estrés	7
3.2.4 Depresión	7
3.2.4.1 Epidemiología	9
3.2.5 Ansiedad	10
3.2.5.1 Incidencia	10
3.2.5.2 Síntomas y Diagnóstico	10
3.2.5.3 Pronóstico	11
3.2.5.4 Tratamiento	12
4. Metodología	13
4.1 Tipo y diseño de estudio	13
4.2 Unidad de Análisis	13
4.3 Población	13

4.4	4.4 Criterios de inclusión-exclusión	13
4.5	4.5 Definición y operacionalización de las variables	14
4.5.1	4.5.1 Variables	14
4.5.2	4.5.2 Definición conceptual	14
4.5.3	4.5.3 Definición operacional	14
4.5.4	4.5.4 Tipo de variable	14
4.5.5	4.5.5 Escala de medición	14
4.5.6	4.5.6 Instrumentos	14
4.6	4.6 Técnicas, procedimientos e instrumentos a utilizar en la recolección de datos	16
4.6.1	4.6.1 Técnica	16
4.6.2	4.6.2 Procedimientos	16
4.6.3	4.6.3 Instrumentos	17
4.6.3.1	4.6.3.1 Cuestionario general de salud	17
4.6.3.2	4.6.3.2 Escalas de Hamilton para depresión y ansiedad	17
4.7	4.7 Aspectos éticos	18
4.8	4.8 Procesamiento y análisis de datos	18
5.	5. Resultados	20
6.	6. Discusión	24
7.	7. Conclusiones	26
8.	8. Recomendaciones	27
9.	9. Referencias bibliográficas	28
10.	10. Anexos	30

1. INTRODUCCIÓN

La dimensión positiva de la salud mental ha sido subrayada en la definición de salud de La Organización Mundial de La Salud: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”¹. Se define a la salud mental como el estado de bienestar que permite a los individuos realizar sus habilidades, afrontar el estrés normal de la vida, trabajar de manera productiva y fructífera y hacer una contribución significativa a sus comunidades. La salud mental es más que la ausencia de trastornos mentales².

Los problemas de salud mental, tales como trastornos de ansiedad, depresión, alcohol y drogodependencia, afectan a la sociedad en su totalidad, y no sólo a un segmento limitado o aislado de la misma, por lo que representan un impedimento para el desarrollo general. En la mayor parte del mundo, no se le da a la salud mental y a los trastornos mentales la misma importancia que a la física; la mayoría de las veces, la salud mental ha sido objeto de ignorancia, desatención, abandono e indiferencia².

Una de cada cuatro personas en el mundo, sufre en algún momento de la vida de al menos un trastorno mental. Los problemas de salud mental constituyen cinco de las diez principales causas de discapacidad a nivel mundial, lo que supone casi un tercio del total de la discapacidad mundial. Esta carga cobra un elevado tributo en forma de sufrimiento, discapacidad y pérdidas económicas¹.

La magnitud del problema de patologías mentales a nivel mundial se refleja en las siguientes cifras: 450 millones de personas sufren de un trastorno mental o de la conducta². Alrededor de 1 millón de personas se suicida cada año². Los trastornos mentales tienen también una serie de consecuencias sobre la evolución y el desenlace de afecciones crónicas asociadas, como el cáncer, las cardiopatías coronarias, la diabetes o el VIH/SIDA. Se ha demostrado, por ejemplo, que los pacientes afectados de depresión tienen tres veces más probabilidades de contravenir las prescripciones médicas que los no afectados, y que la depresión es un factor predictivo de la incidencia de cardiopatías³.

En Guatemala los problemas de salud mental de la población no han sido estudiados extensamente, con la excepción de aquellos cuya causa es la violencia política. El sub-registro y la sub-clasificación parecieran originarse de la falta de recursos en los pocos centros asistenciales de atención para la salud mental con que cuenta la población a nivel de la red de salud pública.

El Puesto de Salud de la aldea Saspán, San José La Arada, Chiquimula, estuvo cerrado por aproximadamente tres años, debido a falta de personal. En febrero del 2007 se reabre dicho establecimiento para el inicio del Ejercicio Profesional Supervisado Rural en el período de febrero a julio del 2007 y es entonces cuando los pobladores de la referida aldea consultaron, algunos por curiosidad, otros

debido a quebrantos de salud. Poco a poco, entre motivos de consulta tan variados como la “bolina” (mareo), el “desmayo” (hipotensión arterial, usualmente por deshidratación leve) y el “dolor de los sentidos” (cefalea), los pacientes fueron relatando sus dolencias y configurando sus historias. Varios pacientes que llegaban al puesto quejándose de males tan diversos como migrañas hasta estados depresivos crónicos, mostraron mejoría tan sólo con hablar sobre sus vidas. Como mencionó el Dr. Malou Nozeman, de Médicos Sin Fronteras: “una conversación es una mejor medicina que un tranquilizante”³.

Vale la pena mencionar que aproximadamente 90% de los pacientes que consultaron al referido puesto de salud en el primer semestre de 2007, eran de sexo femenino. Lo anterior podría explicarse por el hecho de que muchos hombres jóvenes en edad laboral de la referida aldea emigran hacia los Estados Unidos de América entre los meses de febrero a noviembre (la mayoría lo hace legalmente, con permisos de trabajo temporales) para dedicarse a labores agrícolas en ese país o hacia otras regiones dentro de Guatemala, especialmente al departamento de Izabal, buscando fuentes de trabajo en las épocas de cosecha. Lo anterior pudiera ser un agravante para la estabilidad mental de las mujeres que quedan a la cabeza de su respectivo núcleo familiar. En estas circunstancias, surge el interés por investigar la situación de salud mental de las pobladoras de ésta aldea, especialmente aquellas entre los 20 y los 39 años, por encontrarse este grupo en edad reproductiva, con uno o más hijos y con el agravante de que durante la mayoría de meses del año, sus compañeros de hogar emigran y a ellas les toca hacer las funciones de jefe de familia. . Esto incide en una sobrecarga de responsabilidades para las mujeres, que se ven obligadas a satisfacer las necesidades básicas de sus familias y de sus comunidades, un papel que en la sociedad guatemalteca tradicionalmente le ha correspondido a los hombres. Esto es un factor contribuyente a la desintegración familiar, a aumentar la deserción escolar en niños y niñas que algunas veces se ven forzados a emplearse para contribuir con el sustento familiar y, potencialmente a incrementar los índices de patologías mentales en las féminas cabezas de sus hogares⁴.

El presente estudio se realizó en la aldea Saspán, municipio de San José La Arada, Chiquimula. Se estudiaron a las pobladoras de sexo femenino comprendidas entre los 20 y los 39 años. El estudio fue descriptivo y transversal⁵. El objetivo general fue describir la situación en salud mental de la población femenina entre 20 y 39 años de la aldea El trabajo de campo se durante los meses de noviembre-diciembre de 2008.

Se entrevistó a participantes de sexo femenino por ser éste grupo poblacional el que conforma una quinta parte de la población, según estimación municipal del 2007 (ver anexos) y por los factores sociales asociados a este fenómeno previamente descritos.

Dentro de los resultados obtenidos se evidenció que en el nivel educativo de las participantes se encuentra un alto índice de analfabetismo (33%); 28% cursó

algunos años de estudios primarios y 25% concluyó estudios a nivel primario (25%). A nivel de educación secundaria, 10% de las encuestadas terminó tercero básico y 4% obtuvo un título a nivel de diversificado. Ninguna de las participantes cursó estudios a nivel universitario. El 8% de las participantes presentó sintomatología de estrés según el Cuestionario General de Salud. El 36% de la población presentó sintomatología correspondiente a depresión menor. La presencia de depresión menor se encuentra en 36% de las encuestadas, y 8% presentan depresión mayor. El 76% de las participantes presenta sintomatología somática (dolores musculares, cefaleas, visión borrosa, taquicardia, precordialgia, entre otras).

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo General:

Describir la sintomatología de depresión y ansiedad de la población femenina de 20 a 39 años de la aldea Saspán y sus caseríos, San José La Arada, Chiquimula, noviembre-diciembre 2008.

2.2 Objetivos específicos:

Identificar:

- La presencia de sintomatología relacionada al estrés, ansiedad, y depresión.
- La edad más frecuentemente afectada.
- El nivel de escolaridad de las mujeres entrevistadas

3. MARCO TEÓRICO

3.1 Introducción

La OMS define la salud mental como “un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”. Este estado de bienestar resulta un ideal a seguir en contextos de subdesarrollo, por ello se debe tomar como contexto de realización de la salud mental el pleno respeto a los derechos humanos, como premisa para alcanzar un estado de salud mental adecuado, para la población guatemalteca¹.

El enfoque de derechos humanos en salud mental, implica la plataforma en la que se integran el goce de derechos civiles y políticos, derechos sociales y económicos, derechos culturales y ambientales, base en la que se sustenta un estado completo de bienestar físico, mental y social. Incluye también la vigilancia por el respeto a los derechos humanos de los enfermos mentales. En tal sentido, no es terreno exclusivo del sector salud e implica un proceso intersectorial en el que participan todos los actores comprometidos con el bienestar de la sociedad guatemalteca³.

Para enfrentar los retos de alcanzar un estado de salud óptimo, hace falta acercarse a enfoques integrales de salud, en los que se parta de la integración dinámica de las dimensiones de lo biológico, psicológico y social del individuo, en interacción con su ambiente natural y cultural, es un enfoque que abre el camino para ampliar los horizontes de la intervención del proceso salud-enfermedad mental de los individuos, grupos y comunidades³.

Las estadísticas indican que en el mundo existen alrededor de 450 millones de individuos con trastornos mentales o conductuales, más de un millón de personas se suicidan cada año, cuatro de las seis principales causas de discapacidad en el mundo son por problemas mentales, una de cada cuatro familias tiene un miembro con trastornos mentales y que los trastornos de ansiedad afectan en una relación de 3.5 a 1 y la depresión mayor, en una relación de 3 a 1 más a las mujeres que a los hombres en ambos casos⁶.

3.2 Definiciones

3.2.1 Salud Mental

Como salud mental se conoce, en términos generales, el estado de equilibrio entre una persona y su entorno socio-cultural lo que garantiza su

participación laboral, intelectual y de relaciones para alcanzar un bienestar y calidad de vida. Se dice "salud mental" como analogía de lo que se conoce como "salud o estado físico", pero en lo referente a la salud mental indudablemente existen dimensiones más complejas que el funcionamiento orgánico y físico del individuo. Otra definición de salud mental es "el estado de bienestar emocional y psicológico en el cual el individuo es capaz de hacer uso de sus habilidades emocionales y cognitivas, funciones sociales y de responder a las demandas ordinarias de la vida cotidiana"⁷.

Sin embargo, las precisiones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) establecen que no existe una definición "oficial" sobre lo que es salud mental y que cualquier definición al respecto estará siempre influenciada por diferencias culturales, asunciones subjetivas, disputas entre teorías profesionales y demás⁸.

En cambio, un punto en común en el cual coinciden los expertos es que "salud mental" y "enfermedades mentales" no son dos conceptos opuestos, es decir, la ausencia de un reconocido desorden mental no indica necesariamente que se tenga salud mental⁸.

La observación del comportamiento de una persona en su vida diaria es la principal manera de conocer el estado de su salud mental en aspectos como el manejo de sus temores y capacidades, sus competencias y responsabilidades, la manutención de sus propias necesidades, las maneras en las que afronta sus propias tensiones, sus relaciones interpersonales y la manera como lidera una vida independiente. Además el comportamiento que tiene una persona frente a situaciones difíciles y la superación de momentos traumáticos permiten establecer una tipología acerca de su nivel de salud mental⁹.

3.2.2 Estrés y Estrés Psicológico

El estrés se define como un estado de tensión excesiva resultante de una actividad, brusca o continuada, nociva para el organismo⁸.

El estrés es una reacción de ajuste. Como reacción origina tensión a nivel físico y psicológico mediante la estimulación del organismo humano, el cual le sirve al individuo para enfrentar los estímulos externos que comprometen la vida. Es la respuesta universal, traducida como miedo, la cual implica la disyuntiva entre luchar o huir⁹.

La reacción de estrés, se convierte en una oportunidad para lograr la adaptación. El estrés alcanza su verdadero significado y logra su función protectora, al transformarse en una reacción de ajuste. La adaptación requiere movilizar energías, físicas y psicológicas, y realizar transacciones entre las necesidades propias y las demandas del medio. Cada persona responderá en forma individual, haciendo acopio de sus experiencias, utilizando sus recursos y su creatividad para mantener su equilibrio y disminuir la tensión¹¹.

Cada proceso de adaptación es individual e irreplicable, como es única e irreplicable nuestra personalidad, que se convierte en el factor modulador de las respuestas al estrés psicológico, entendido como la respuesta a la tensión que originan en el individuo un desajuste entre sus necesidades y las demandas del entorno¹⁰.

Se han observado respuestas hormonales diferentes a los estresores, ya sean de índole físico o emocional. El estrés físico está relacionado con un incremento en los niveles de noradrenalina, en tanto que el estrés psicológico se relaciona con aumento de la epinefrina¹¹.

La respuesta al estrés es mediada por el hipotálamo, estructura encargada de coordinar las respuestas emocionales, las secreciones hormonales y funciones vitales y de adaptación, como el sueño, el hambre, la sed, la respuesta sexual y de mantener estrechas conexiones con el lóbulo frontal y con la amígdala del hipocampo, estructura encargada de almacenar nuestra memoria sensorial¹².

3.2.2.1 El Sistema del Estrés⁹

La reacción típica de estrés se desarrolla en tres fases: reacción de alarma, estado de resistencia y estado de agotamiento.

La **reacción de alarma** es la fase inicial y consta de dos partes: la primera llamada *fase de choque*, se caracteriza por hipotensión arterial, hipotermia, disminución de la reserva alcalina, hemoconcentración, disminución de la diuresis, hipocloremia, hiperpotasemia y linfocitosis. Al choque sigue la *fase de contrachoque*, durante la cual se invierte en el sentido de las reacciones humorales y neurovegetativas.

La **fase de resistencia** es el conjunto de reacciones de adaptación y de los mecanismos de compensación del organismo sometido a estímulos crónicos. Si la capacidad de adaptación del organismo ha sido superada por un exceso de estimulación, puede llegarse a la tercera etapa. Esta, la **fase de agotamiento** es la etapa final de todo proceso que lleva, en su caso extremo, a la muerte del organismo.

3.2.3 Depresión

La depresión (del latín *depressus*, que significa "abatido", "derribado") es un trastorno emocional que se presenta como un estado de abatimiento e infelicidad que puede ser transitorio o permanente. El término médico hace referencia a un síndrome o conjunto de síntomas que afectan principalmente a la esfera afectiva: la tristeza patológica, el decaimiento, la irritabilidad o un trastorno del humor que puede disminuir el rendimiento en el trabajo o limitar la actividad vital habitual, independientemente de que su

causa sea conocida o desconocida. Aunque ése es el núcleo principal de síntomas, la depresión también puede expresarse a través de afecciones de tipo cognitivo, volitivo o incluso somático. En la mayor parte de los casos, el diagnóstico es clínico, aunque debe diferenciarse de cuadros de expresión parecida, como los trastornos de ansiedad. La persona aquejada de depresión puede no vivenciar tristeza, sino pérdida de interés e incapacidad para disfrutar las actividades lúdicas habituales, así como una vivencia poco motivadora y más lenta del transcurso del tiempo. Su origen es multifactorial, aunque hay que destacar factores tales como el estrés y eventos desencadenantes derivados de una decepción sentimental, la contemplación o vivencia de un accidente, asesinato o tragedia, el trastorno por malas noticias, pena, y el haber atravesado una experiencia cercana a la muerte. También hay otros orígenes, como una elaboración inadecuada del duelo (por la muerte de un ser querido) o incluso el consumo de determinadas sustancias (abuso de alcohol o de otras sustancias tóxicas) y factores de riesgo como la genética o un condicionamiento paterno educativo⁹.

La depresión puede tener importantes consecuencias sociales y personales, desde la incapacidad laboral hasta el suicidio. Las diferentes escuelas psiquiátricas han propuesto varios tratamientos para la depresión: la biopsiquiatría, a través de un enfoque farmacológico, avalado por los éxitos de las últimas generaciones de antidepresivos (abanderados por la fluoxetina, la "píldora de la felicidad" del siglo XX), la escuela psicoanalítica a través del proceso de análisis y la terapia cognitivo-conductual, a través de propuestas conductuales y cognitivas, entre otras⁹.

El origen de la depresión es complejo, ya que en su aparición influyen factores genéticos, biológicos y psicosociales. Hay evidencias de alteraciones de los neurotransmisores, citoquinas y hormonas que parecen modular o influir de forma importante sobre la aparición y el curso de la enfermedad. La psiconeuroinmunología ha evidenciado trastornos en el eje hipotálamo-hipofisario-adrenal relacionados con las citoquinas, así como alteraciones inmunológicas asociadas a neurotransmisores en el trastorno depresivo mayor (por ejemplo, se reducen el número de transportadores de serotonina en linfocitos de sangre periférica de pacientes deprimidos). Esto parece apuntar a una fuerte relación entre la serotonina y el sistema inmune en esta patología⁴.

Algunos tipos de depresión tienden a afectar a miembros de la misma familia, lo cual sugeriría que se puede heredar una predisposición biológica. En algunas familias la depresión severa se presenta generación tras generación. Sin embargo, la depresión severa también puede afectar a personas que no tienen una historia familiar de depresión. Sea hereditario o no, el trastorno depresivo severo se asocia a menudo con cambios en las estructuras o funciones cerebrales⁹.

Las personas con poca autoestima se perciben a sí mismas y perciben al

mundo en forma pesimista. Las personas con poca autoestima y que se abruman fácilmente por el estrés están predisuestas a la depresión. No se sabe con certeza si esto representa una predisposición psicológica o una etapa temprana de la enfermedad⁹.

En los últimos años, la investigación científica ha demostrado que algunas enfermedades físicas pueden acarrear problemas mentales. Enfermedades tales como los accidentes cerebro-vasculares, los ataques del corazón, el cáncer, la enfermedad de Parkinson y los trastornos hormonales pueden llevar a una enfermedad depresiva. La persona enferma y deprimida se siente apática y sin deseos de atender sus propias necesidades físicas, lo cual prolonga el periodo de recuperación. La pérdida de un ser querido, los problemas en una o en muchas de sus relaciones interpersonales, los problemas económicos o cualquier situación estresante en la vida (situaciones deseadas o no deseadas) también pueden precipitar un episodio depresivo. Las causas de los trastornos depresivos generalmente incluyen una combinación de factores genéticos, psicológicos y ambientales. Después del episodio inicial, otros episodios depresivos casi siempre son desencadenados por un estrés leve, e incluso pueden ocurrir sin que haya una situación de estrés⁹.

El estado depresivo se caracteriza por sentimientos de tristeza profunda y desesperanza. Este estado disfórico se acompaña frecuentemente de insomnio, anorexia, pérdida de peso y de libido. El insomnio puede manifestarse como dificultad para conciliar el sueño, despertarse a media noche o en las primeras horas de la madrugada para luego tener dificultades para conciliar nuevamente el sueño. El interés por las actividades que antes el individuo disfrutaba decrecen considerablemente, de allí la anorexia y la subsecuente pérdida de peso. La falta de interés sexual es marcada, además del desinterés en el arreglo personal. La mayoría de las actividades se reducen, ya que el paciente se queja de fatiga extrema. Son muy comunes los sentimientos de culpa y baja la autoestima. La habilidad para funcionar en las actividades cotidianas y la concentración disminuyen considerablemente. Las ideaciones suicidas y los riesgos de cometer suicidio se elevan considerablemente en las personas deprimidas⁴.

3.2.3.1 Epidemiología⁸

Las cifras de prevalencia de la depresión varían dependiendo de los estudios, en función de la inclusión tan sólo de trastornos depresivos mayores o de otros tipos de trastornos depresivos. En general, se suelen recoger cifras de prevalencia en países occidentales de aproximadamente 3 por ciento en la población general, para trastorno depresivo mayor, y una incidencia anual del 1 al 2 por mil.

Todos los estudios coinciden en que la prevalencia es casi el doble

en la mujer que en el hombre, y que algunos factores estresantes vitales, como el nacimiento de un hijo, las crisis de pareja, el abuso de sustancias tóxicas (principalmente alcohol) o la presencia de una enfermedad orgánica crónica se asocian con un riesgo incrementado de desarrollar un trastorno depresivo mayor. En cuanto a la asociación familiar debida a factores genéticos, la existencia de un pariente de primer grado con antecedentes de trastorno depresivo mayor aumenta el riesgo entre una a cinco veces frente a la población general (ver clasificación en Anexo 5).

3.2.4 Ansiedad

La ansiedad (del latín *anxietas*, angustia, aflicción) es un estado que se caracteriza por un incremento de las facultades perceptivas ante la necesidad fisiológica del organismo de incrementar el nivel de algún elemento que en esos momentos se encuentra por debajo del nivel 'adecuado'; o por el contrario, ante el temor de perder un bien preciado¹².

La ansiedad no siempre es patológica o mala: es una emoción común, junto con el miedo, la ira, tristeza o felicidad, y tiene una función muy importante relacionada con la supervivencia.

Entre los Trastornos de Ansiedad se encuentran las fobias, el trastorno obsesivo-compulsivo, el trastorno de pánico, la agorafobia, el trastorno por estrés post-traumático, el trastorno de ansiedad generalizada entre otras¹.

En el caso del trastorno de ansiedad generalizada, por ejemplo, la ansiedad patológica se vive como una sensación difusa de angustia o miedo, y deseo de huir, sin que quien lo sufre pueda identificar claramente el peligro o la causa de este sentimiento. Esta ansiedad patológica es el resultado de los problemas de diverso tipo a los que se enfrenta la persona en su vida cotidiana, y sobre todo de la forma en que interioriza y piensa acerca de sus problemas¹³.

La ansiedad en sí no es algo patológico, lo que genera problemas es la respuesta incorrecta de dicha emoción de manera cronificada, o ante determinadas situaciones o estímulos que resulta desadaptativa para el individuo¹⁵.

3.2.4.1 Incidencia

En la actualidad se estima que un 20.6% o más de la población mundial sufre de algún trastorno de ansiedad¹⁴.

3.2.4.2 Síntomas y Diagnóstico¹⁵

Los síntomas de ansiedad son muy diversos, tal vez los más comunes consistan en hiperactividad vegetativa que se manifiesta con taquicardia, taquipnea, midriasis, sensación de ahogo, temblores en las extremidades, sensación de pérdida de control o del conocimiento, transpiración, rigidez muscular, debilidad

muscular, insomnio, inquietud motora, dificultades para la comunicación, pensamientos negativos y obsesivos, etc. La ansiedad se puede manifestar de tres formas diferentes; a través de síntomas fisiológicos, cognitivos y conductuales. Estos hacen referencia a tres niveles distintos, los cuales pueden influirse unos en otros. Es decir, los síntomas cognitivos pueden exacerbar los síntomas fisiológicos y estos a su vez disparar los síntomas conductuales.

Cabe notar que algunos síntomas de la ansiedad suelen parecerse a los de padecimientos no mentales, tales como la arritmia cardíaca o la hipoglucemia.

Pautas para el diagnóstico:

El afectado debe tener síntomas de ansiedad la mayor parte de los días durante al menos varias semanas seguidas. Entre ellos deben estar presentes rasgos de:

a) Aprensión: preocupaciones acerca de calamidades venideras, sentirse "al límite", dificultades de concentración, etc.

b) Tensión muscular: agitación e inquietud psicomotrices, cefaleas tensionales, temblores, incapacidad de relajarse.

c) Hiperactividad vegetativa: mareos, sudoración, taquicardia o taquipnea, molestias epigástricas, vértigo, sequedad de boca.

En los niños suelen ser llamativas la necesidad constante de seguridad y las quejas somáticas recurrentes. La presencia transitoria (durante pocos días seguidos) de otros síntomas, en particular de depresión, no descarta un diagnóstico principal de trastorno de ansiedad generalizada, no debiendo satisfacer las pautas de episodio depresivo, trastorno de ansiedad fóbica, trastorno de pánico o trastorno obsesivo-compulsivo. Incluye:

Estado de ansiedad, neurosis de ansiedad, reacción de ansiedad.
Excluye: neurastenia.

3.2.4.3 Pronóstico¹⁵

En general se considera que la ansiedad es una condición que existe de por vida en cierto grado. No todos los pacientes responden a los tratamientos, pero un porcentaje importante de ellos pueden lograr una recuperación parcial o casi completa a largo plazo con la ayuda de terapia psicológica (terapia cognitivo-

conductual, entre otras). Se cree que la prognosis de la ansiedad se ve afectada por la creencia común (posiblemente una creencia negativa e incorrecta) por parte de los pacientes de que su condición es especialmente grave, más grave que la de cualquier otra persona que se haya recuperado.

3.2.4.4 Tratamiento ¹⁵

Existen varios tipos de tratamientos y terapias que tienen cierta efectividad para las personas que padecen de ansiedad y pánico. Ellos incluyen:

Fármacos ansiolíticos

Psicoterapia Cognitivo-Conductal (cognitive-behavioral therapy). Esta debería ser dirigida por un terapeuta competente y experimentado. La terapia incluye técnicas de exposición graduada, confrontación y modificación de creencias negativas o incorrectas; modificación de pensamientos negativos; técnicas para entablar auto-charlas positivas; técnicas específicas para tratar con el pánico, entre otros.

Reducción de estrés, lo que puede incluir técnicas de relajación y respiración, mejor manejo del tiempo, ejercicio físico, yoga, etc.

Cambios en la alimentación; por ejemplo, eliminación gradual del café, estimulantes, chocolate, azúcar, tabaco, alcohol, refrescos, analgésicos y drogas que contengan cafeína.

Algunos pacientes informan reducciones considerables en su ansiedad sólo tomando estas medidas.

4. METODOLOGÍA

4.1 Tipo y diseño de estudio:

Descriptivo, transversal.

4.2 Unidad de análisis:

Respuestas a instrumentos de recolección de datos (boleta de recolección de datos, Cuestionario General de Salud, Escala de Hamilton para Ansiedad, Escala de Hamilton para Depresión) de pobladores de sexo femenino entre 20 y 39 años, de la aldea Saspán y sus caseríos.

4.3 Población:

Mujeres de 20 a 39 años, de la aldea Saspán y sus caseríos, cuyo total es de 204, según el Censo Poblacional Municipal del año 2007 (ver anexos).

4.4 Criterios de inclusión y exclusión:

4.4.1 De inclusión:

Pobladores de la aldea Saspán y sus caseríos, de sexo femenino, entre 20 y 39 años de edad.

4.4.2 De exclusión

Todos los demás pobladores que no se encontraron dentro de este rango de edad y que eran de sexo masculino de la aldea Saspán y sus caseríos; pobladoras que no aceptaron participar.

4.5 Definición y operacionalización de variables

4.5.1 VARIABLES	4.5.2 DEFINICIÓN CONCEPTUAL	4.5.3. DEFINICIÓN OPERACIONAL	4.5.4 TIPO DE VARIABLE	4.5.5 ESCALA DE MEDICIÓN	4.5.6. INSTRUMENTOS
Características demográficas de la población	Descripción de las particularidades demográficas y educativas de la aldea Saspán y sus caseríos	Edad: dato en años obtenido en la entrevista (respuesta oral) Nivel de escolaridad: dato obtenido de la entrevista en relación al número de años de estudio (primaria incompleta, primaria completa, básicos, diversificado, universitarios)	Cuantitativa Cualitativa	De razón Ordinal	Instrumento de recolección de datos
Características generales del estado de salud mental	Valoración del estado general del estado de salud mental de la población	Punteo mayor a 15 puntos: evidencia de estrés; punteo mayor de 20 puntos: sugerente de problemas severos y estrés psicológico según el Cuestionario General de Salud ¹⁵	Cualitativa	Nominal	Cuestionario general de salud (General Health Questionnaire) ¹⁷
Presencia de ansiedad	Presencia o no de síntomas y signos de ansiedad	Punteo: 0 puntos (no existe ansiedad); 1-18 (ansiedad leve); 19-25 (ansiedad moderada); 30 o más puntos (ansiedad severa) según Escala de Hamilton para ansiedad ¹⁶	Cualitativa	Nominal	Escala de Hamilton para ansiedad ¹⁸

Presencia de síntomas depresivos	Presencia o no de síntomas y/o signos depresivos	Puntaje: entre 0-7 puntos (normal); entre 8-12 puntos (depresión menor); entre 13-17 puntos (menos que depresión mayor); entre 18-29 puntos (depresión mayor) y entre 30-52 puntos depresión mayor grave) en la Escala de Hamilton para depresión ¹⁸	Cualitativa	Nominal	Escala de Hamilton para depresión ¹⁸
----------------------------------	--	--	-------------	---------	---

4.6 Técnicas, procedimientos e instrumentos utilizados en la recolección de datos

4.6.1 Técnica: entrevista dirigida a través de cuestionarios cerrados previamente estandarizados y validados.

4.6.2 Procedimientos

a) Diseño:

Se realizaron reuniones con líderes y representantes de la comunidad previo a presentar el proyecto y solicitar autorizaciones necesarias.

b) Validación de Instrumentos:

Validación de instrumentos: se probaron los instrumentos a utilizar con un grupo de pobladoras de San Miguel Escobar, Ciudad Vieja, Sacatepéquez de entre 20 y 39 años de edad. La población que participó en esta prueba piloto fue totalmente ajena a la población objeto del presente estudio; se aplicó a diez individuos.

c) Trabajo de Campo:

El trabajo de campo se realizó de la siguiente manera: se visitó casa por casa en la aldea Saspán y sus caseríos (El Carrizal y Chucte) y se entrevistaron a las habitantes de sexo femenino de entre 20 y 39 años, quienes voluntariamente aceptaron participar y se utilizaron los instrumentos de recolección de datos, previo consentimiento informado y a los individuos que cumplieron con los criterios de inclusión.

4.6.3 Instrumentos (ver anexos)

- Boleta de Recolección de Datos
- Cuestionario General de Salud¹⁷
- Escala de Hamilton para ansiedad¹⁸
- Escala de Hamilton para depresión¹⁸

El Cuestionario General de Salud fue contestado por las participantes alfabetas y la investigadora anotó las respuestas que le fueron dictadas por las participantes analfabetas. Los cuestionarios de Hamilton para ansiedad y depresión fueron contestados por la investigadora tras entrevistar a las participantes. El Cuestionario General de Salud y las Escalas de Hamilton para Ansiedad y Depresión miden: a) el grado general de aflicción; b) signos de ansiedad y c) signos de depresión. Para la administración de estos cuestionarios se requiere adiestramiento limitado¹⁷. Además los mismos suministraron datos clínicos importantes, se aplicaron fácilmente y no requirieron más de unos pocos minutos¹⁸. Todos los instrumentos utilizados han sido validados y utilizados previamente.

4.6.3.1 Cuestionario General de Salud¹⁷

Para medir la morbilidad psiquiátrica general actual de la población a estudio se utilizó el Cuestionario general de salud (versión en inglés –GHQ- de 12 puntos). Las preguntas del GHQ se dividen en cuatro escalas: sintomatología somática, ansiedad e insomnio, disfunción social y depresión. Se divide en dos áreas principales: 1) la habilidad del individuo de llevar a cabo las actividades diarias normales y 2) el apareamiento de síntomas subjetivos y estrés psicológico. Existen varias versiones del mismo, las cuales van de 12 a 60 preguntas, cada uno con un punteo en una escala tipo Likert de severidad de cuatro puntos (0, 1, 2, 3) de izquierda a derecha. En el de 12 preguntas, el punteo varía de 0 a 36 puntos, siendo el punteo promedio entre 11 y 12; un punteo mayor de 15 evidencia estrés y arriba de 20, evidencia problemas severos y estrés psicológico.

4.6.3.2 Escalas de Hamilton para Depresión¹⁸

La escala de Hamilton es una prueba para medir la severidad de sintomatología depresiva en pacientes en quienes previamente se ha realizado el diagnóstico de un desorden depresivo. Se conoce

también como la Escala Hamilton para medir depresión (EHMD). Fue creada por Max Hamilton en 1960 como una medida de síntomas depresivos que podía ser utilizada en conjunto con entrevistas clínicas con pacientes deprimidos. La escala de Hamilton para medir depresión consiste de 17 variables, algunas de ellas definidas en términos de una serie de categorías de intensidad que va en aumento, mientras que otras se definen por un número de términos de igual valor. Las variables se miden en una escala de tres o cinco puntos, la última se utiliza donde la cuantificación de la variable es difícil o imposible. El puntaje entre 0 a 7 puntos se considera normal, entre 8 a 12 puntos muestra depresión menor, entre 13 y 17 puntos, menos que depresión mayor, entre 18 y 29 puntos depresión mayor y entre 30 y 52 puntos depresión mayor grave.

4.6.3.3 Escalas de Hamilton para Ansiedad¹⁸

Hamilton también creó la Escala de Ansiedad de Hamilton, una prueba que mide la severidad de los síntomas de ansiedad. Consiste en 14 variables con categorías de intensidad que van en aumento, con una calificación de 0 a 4 puntos. El total de puntaje se divide entre 4; si el promedio de punteo es igual a 0, no existe ansiedad; si está entre 1 a 18 puntos muestra ansiedad leve; si está entre 19 y 25 muestra ansiedad moderada; un promedio igual o mayor a 30 puntos muestra ansiedad severa.

4.7 Aspectos éticos

Esta investigación fue únicamente descriptiva y no se realizó ninguna intervención o modificación intervencional con las variables fisiológicas, pero sí con las sociales y psicológicas de los participantes del estudio por lo que se considera grado II¹⁹. Se respetó la confidencialidad de las participantes. Previo a responder a cada instrumento de recolección de datos, las pobladoras firmaron un formulario de consentimiento informado, en el cual se les explicó sobre la confidencialidad de la información brindada y que los datos serían utilizados con fines únicamente de investigación. Los resultados serán entregados a las autoridades del área regional de salud del departamento de Chiquimula, para fines informativos.

4.8 Procesamiento y análisis de datos

Se generó una base de datos utilizando el programa en Excel Microsoft Office 2007. Estos datos fueron luego tabulados y se graficaron en cuadros estadísticos.

4.8.1 Análisis de datos

Se hizo un análisis descriptivo en forma univariado (no se establece relación causa-efecto entre las variables) calculando proporciones; se

utilizaron cuadros para la presentación de resultados, en forma porcentual. Los resultados se interpretaron de la siguiente forma: en el Cuestionario General de Salud, un punteo mayor a 15 puntos evidencia estrés, un punteo mayor de 20 puntos evidencia estrés psicológico y problemas severos¹⁷. En la escala de Hamilton para ansiedad, un punteo entre 1 y 18 muestra ansiedad leve; entre 19 y 29, ansiedad moderada y 30 puntos y más, ansiedad severa. En la escala de depresión de Hamilton, el puntaje entre 8 y 12 puntos evidencian depresión menor, entre 13 y 17 puntos, menos que depresión mayor, entre 18 y 29 puntos depresión mayor y entre 30 y 52 puntos depresión mayor grave¹⁸.

5. Resultados

A continuación se presentan los resultados de la evaluación de la situación en salud mental de la población femenina de la aldea Saspán y sus caseríos, comprendida entre las edades de 20 a 39 años.

Cuadro 1

Distribución según escolaridad de las mujeres de la aldea Saspán,
noviembre – diciembre 2008,
Guatemala, septiembre 2009

Escolaridad		
	<i>f</i>	%
Analfabetas	38	33
Primaria incompleta	32	28
Primaria completa	28	25
Estudios Básicos	11	10
Estudios Diversificados	5	4
Estudios Universitarios	0	0
Total	114	100%

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Cuadro 2

Distribución de la sintomatología relacionada a estrés según
el Cuestionario General de Salud
Mujeres de la aldea Saspán, edades de 20 a 39 años,
noviembre – diciembre 2008,
Guatemala, septiembre 2009

Sintomatología relacionada a estrés		
	<i>f</i>	%
No evidencia estrés	105	92
Estrés	9	8
Problemas severos y estrés psicológicos	0	0
Total	114	100%

Fuente: Cuestionario General de Salud.

Cuadro 3

Distribución de los resultados de la Escala de Hamilton para Depresión en mujeres de la aldea Saspán, edades de 20 a 39 años, noviembre - diciembre 2008, Guatemala, septiembre 2009.

Sintomatología relacionada a depresión		
	f	%
Normal	54	47
Depresión menor	41	36
Menos que depresión mayor	11	10
Depresión mayor	8	7
Depresión mayor grave	0	0
Total	114	100%

Fuente: Escala de Hamilton para Depresión.

Cuadro 4

Distribución de los resultados de la Escala de Hamilton para Ansiedad Mujeres de la aldea Saspán, según edad, Noviembre-diciembre 2008, Guatemala, septiembre 2009

Sintomatología relacionada a ansiedad		
	f	%
No existe ansiedad	0	0
Ansiedad leve	109	96
Ansiedad moderada	4	3
Ansiedad severa	1	1
Total	114	100%

Fuente: Escala de Hamilton para Ansiedad.

Adicionalmente se identificaron con la escala de Hamilton para Ansiedad sintomatología somática en 76% de las participantes del estudio y evidencia de insomnio en 14% de las mismas.

Cuadro 5

Resultados de sintomatología de estrés
Mujeres de la aldea Saspán, distribución por edades,
Noviembre-diciembre 2008,
Guatemala, septiembre 2009

Sintomatología relacionada a estrés										
Edades	20-24		25-29		30-34		35-39		Total	
Freq./%	f	%								
No evidencia estrés	36	32	28	24	19	17	22	19	105	92
Estrés	3	2.6	1.8	2	1.8	2	1.8	2	9	8
Total									114	100%

Fuente: Cuestionario General de Salud y Entrevista

Cuadro 6

Resultados de sintomatología de ansiedad,
Mujeres de la aldea Saspán, distribución por edades,
Noviembre-diciembre 2008,
Guatemala, septiembre 2009

Sintomatología relacionada a ansiedad										
Edades	20-24		25-29		30-34		35-39		Total	
Freq./%	f	%								
Ansiedad leve	39	34	28	25	19	17	23	20	109	96
Ansiedad moderada	0	0	2	1.75	0	0	2	1.75	4	3
Ansiedad severa	0	0	0	0	1	0.9	0	0	1	1
Total									114	100%

Fuente: Escala de Hamilton para Ansiedad y Entrevista

Cuadro 7
 Resultados de sintomatología somática,
 Mujeres de la aldea Saspán, distribución por edades,
 noviembre-diciembre 2008,
 Guatemala. septiembre 2009

Sintomatología Somática										
Edades	20-24		25-29		30-34		35-39		Total	
Freq./%	f	%								
Síntomas Somáticos	29	25	20	18	17	15	21	18	87	76
Ausentes	10	9	10	9	4	3.5	3	2.6	27	24
Total									114	100%

Fuente Escala de Hamilton para Ansiedad y Entrevista.

6. DISCUSIÓN

Según estimaciones de la municipalidad de San José la Arada para el año 2007 se calculó en 204 a las habitantes de sexo femenino comprendidas entre las edades de 20 a 39 años en la aldea Saspán y sus caseríos; en el presente estudio se entrevistaron a 114, es decir al 56% del total reportado. De acuerdo a lo referido por algunos pobladores del lugar, muchas de las habitantes regulares de la aldea, han emigrado a otros municipios dentro del departamento de Chiquimula, a otras regiones de Guatemala o a los Estados Unidos de América en los últimos meses, por lo que el número de habitantes reportado pudo haber disminuido. Esto aunado a la negativa de algunas mujeres a participar en el estudio, pudo haber influido en el porcentaje de participación.

De las entrevistadas, un tercio es analfabeta, una cuarta parte cursó algunos años de educación primaria, sin concluirla y otra cuarta parte refirió haber terminado sus estudios a nivel primario. Un bajo porcentaje completó la educación secundaria básica y la minoría concluyó el nivel diversificado. Ninguna de las entrevistadas tenía estudios a nivel universitario. Se ha encontrado que existe una relación directamente proporcional entre el nivel educativo y el acceso a los servicios de salud. En un estudio sobre los determinantes del acceso a los servicios de salud en Perú se encontró que a mayor nivel educativo, mayor es el porcentaje de personas que reportan enfermedad y que acuden a un centro asistencial y viceversa. También refieren que la población más informada es la que más percibe la enfermedad y busca asistencia. Contrariamente, la población que más riesgo tiene de enfermarse es la población con menor nivel de educación y que se encuentra en el área rural²⁰.

Se reporta que la cuarta parte de las familias a nivel mundial tiene un miembro que padece de algún trastorno mental². Entre las encuestadas se encontró 13% con sintomatología de estrés, 36% con sintomatología de depresión menor y 8% con sintomatología de depresión mayor. La incidencia de trastornos de ansiedad en la población mundial se ha reportado en 20.6%¹; entre las participantes de este estudio, 96% mostró sintomatología de ansiedad leve, 3% de sintomatología de ansiedad moderada y 1% de sintomatología de ansiedad severa. Estos resultados deben de apreciarse a la luz de las condiciones actuales del país caracterizado por la crisis económica y la descomposición social que actualmente vivimos los guatemaltecos, las cuales han creado el escenario para generar el apareamiento de sintomatología de ansiedad generalizada en la población. La información sobre estudios de salud mental realizados en Guatemala, que no se relacionen con víctimas de violencia política, es escasa.

Comparando estos resultados con otros a nivel centroamericano, se reporta que uno de cada cuatro adultos que viven en Centroamérica tendrá al menos una vez en su vida un problema relacionado con la salud mental, según un estudio de la OPS, el cual sugiere tratar estos casos como cualquier otra enfermedad. El especialista en salud mental de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) para Centroamérica, Víctor Aparicio, explicó a la AFP que en estas cifras se encuentran "desde las personas con un pequeño problema depresivo hasta los que padecen algún tipo de psicosis". El documento de OPS, organismo que integra la Organización Mundial de la Salud (OMS), es pionero a nivel mundial ya que utiliza por primera vez para toda una región un nuevo instrumento de

evaluación sobre enfermedades mentales. Este asegura que en Panamá, Costa Rica, Nicaragua, El Salvador, Honduras, Guatemala y República Dominicana sólo una pequeña minoría de quienes padecen un trastorno mental está en tratamiento o tiene acceso a un servicio especializado. La OPS calcula que 450 millones de personas sufren actualmente trastornos mentales en todo el mundo. En América aumentará el número de casos de 114 millones en 1990 a 176 millones en el año 2010. Según este organismo de Naciones Unidas, 121 millones de personas sufren depresión en el mundo y 24 millones padecen esquizofrenia. Cada año entre 10 y 20 millones de personas intentan suicidarse, y un millón consiguen su objetivo²¹.

En un estudio realizado por el Departamento de Ciencias Sociales de la Universidad del Valle de Guatemala, Maestría en Consejería Psicológica y Salud Mental sobre episodios depresivos en Guatemala, tomando los datos de la estadística del año 2004 de la consulta externa y emergencia del Hospital Nacional de Salud Mental se encontró que en Guatemala los episodios depresivos representan 8.63% de los casos tratados en el Hospital Nacional de Salud Mental para pacientes masculinos y 19.93% para pacientes femeninas. Los casos nuevos sumaron un total de 89 pacientes masculinos y 194 pacientes femeninas. Es evidente la marcada diferencia entre géneros. El tratamiento de elección para estos pacientes fue psicoterapia más psicofármacos, no pudiéndose obtener datos sobre la eficacia de estos debido a la falta de seguimiento de los casos, por lo que recomiendan realizar investigaciones futuras²².

En otro estudio realizado por el Departamento de Ciencias Sociales de la Universidad del Valle de Guatemala, Maestría en Consejería Psicológica y Salud Mental sobre trastornos de ansiedad, basado en datos proporcionados por las consultas externas de los departamentos de psicología de cuatro hospitales nacionales, se reportó 13% de pacientes con trastorno de ansiedad diagnosticada. La autora de este estudio menciona que este porcentaje pareciera bajo comparado con estudios realizados en otros lugares (19% en la población estadounidense, Comer 2004) y cree que la diferencia pudiese radicar en el subdiagnóstico y subregistro que ocurre en nuestros hospitales debido a la falta de recursos. En su opinión, el índice de trastornos de ansiedad en Guatemala es mucho más alto que lo reportado²³

Entre las pobladoras de la aldea Saspán 53% presentó sintomatología depresiva en grado variable y 96% refirió sintomatología de ansiedad en grado leve, lo cual es bastante más que lo reportado en los estudios nacionales antes descritos. Lo anterior podría explicarse debido a la sensibilidad de los instrumentos utilizados en la recolección de datos (por ejemplo, en la Escala de Ansiedad de Hamilton, el rango para sintomatología de ansiedad leve varía de 1 a 18 puntos, lo que significa que con una sola respuesta afirmativa sobre ansiedad, la participante cae dentro de esta categoría). Otro aspecto importante a considerar es que los instrumentos de recolección de datos no bastan por sí mismos para realizar diagnóstico, sino que únicamente evidencian la presencia o ausencia de determinadas sintomatologías mentales.

7. CONCLUSIONES

- 7.1** El 8% de las entrevistadas presentaron sintomatología relacionada al estrés, según el Cuestionario General de Salud. El 96% de las encuestadas presentó sintomatología de ansiedad en grado leve. La presencia de depresión menor se encuentra en 36% de las encuestadas, y 8% presentan sintomatología de depresión mayor.
- 7.2** Las edades más frecuentemente afectadas por sintomatología de estrés estuvieron en el rango comprendido entre los 20 y 24 años. Las edades más frecuentemente afectadas por sintomatología de ansiedad estuvieron en el rango comprendido entre los 20 y 24 años.
- 7.3** Dentro del nivel educativo de las participantes se encuentra un alto índice de analfabetismo (33%); 28% cursó algunos años de estudios primarios y 25% concluyó estudios a nivel primario (25%). A nivel de educación secundaria, 10% de las encuestadas terminó tercero básico y 4% obtuvo un título a nivel de diversificado. Ninguna de las participantes cursó estudios a nivel universitario

8. RECOMENDACIONES

8.1 Al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

- Realizar más estudios sobre salud mental en general en nuestro país, ya que aparte de los que se han hecho en personas expuestas a violencia política, la información con que se cuenta es escasa.
- Identificar y referir a pacientes que presentarán sintomatología de patologías psiquiátricas al Hospital Nacional de Jutiapa, el cual es el único de la región que presta servicios de psiquiatría.

8.2 Al Ministerio de Educación

- Ampliar la red educativa para mejorar el acceso a la educación formal, ya que se ha comprobado que a mejor nivel educativo hay más acceso a los servicios de salud.

8.3 A los líderes comunitarios y personal del Puesto de Salud de la aldea Saspán

- Establecer talleres con participación amplia de los habitantes, para que dentro del propio tejido social de la comunidad surjan soluciones y apoyo a los pobladores con sintomatología de enfermedades mentales.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Programa Mundial de Acción en Salud Mental mhGap. Washington D.C.: OMS, 2002.
2. Palao Vidal, D. Alcances y límites en la actuación del médico de atención primaria en trastornos psiquiátricos, psiquiatría y atención primaria. España: Salvatier, 2003.
3. El Mundo en Crisis. España: Médicos sin fronteras 1996.
4. Galeano, R. Migraciones y derechos humanos en Guatemala informe no gubernamental. Guatemala: FLACSO, 2006.
5. Hernández Sampieri, R., Collado, C.F., Baptista, Lucio, P. Metodología de la investigación 4ed. México: Mc Graw-Hill, 2006.
6. Alvarado, R. Breve historia de los estudios de epidemiología psiquiátrica. Chile: Escuela de Salud pública, 2000.
7. Yepes R., Toro L. E. Fundamentos de medicina –psiquiatría- 4ed. Colombia: Investigaciones Biológicas, 2004.
8. Seco M., Andrés O., Ramos G. Diccionario del Español Actual. 1999. Madrid: Editorial Santillana, 1999. v.2
9. Shalev, A. Estrés traumático y sus consecuencias. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud, 2000.
10. Green, B.L. Defining trauma: terminology and generic stressors dimensions. New York: Journal of Applied Social Psychology, 1995.
11. Kroll, J. Post- traumatic symptoms and the complexity of responses to trauma. United States of America: Journal of the American Medical Association, april 2006.
12. psicopedagogía.com, Ansiedad. [sede web] México 2001 [accesado el 04 de marzo del 2009] disponible en: www.psicopedagogía.com
13. Jiménez, L. Monografías de Psiquiatría –Trastorno de ansiedad generalizada. España: Masson, 2005.
14. American Psychiatric Association Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4ed. New York: APA, 1994.
15. Goldberg, D. P., Brosnan, O., Manual of the general health questionnaire. England: NFER Publishing 1978.
16. Hamilton, M. A rating scale for depression. England: Journal of Neurology-Neurosurgery-Psychiatry 1960.
17. Weiss, J. L. The clinical use of psychological tests. New York: Brownman, 1998.

18. Cohen, R.J. Pruebas y evaluación psicológicas 4ed. México: McGraw- Hill 2000.
19. Canales F.H. de, Alvarado E.L. de, Pineda E.B. Metodología de la investigación, 2ed. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, 1994.
20. ineb.gob, Determinantes del acceso a la salud en el Perú. [sede web] Perú 2000. [accesado el 01 de julio del 2009] disponible en: www.inei.gob.pe/biblioinei.pub/bancopub/Est/Lib0387/indice.HTM
21. Uno de cada cuatro centroamericanos sufrirá problemas de salud mental. Prensa Libre, viernes 18 de julio del 2007. [en línea] [accesado el 02 de julio del 2009] disponible en: www.loseditores.blogspot.com/2008/07/uno-de-cada-cuatro-centroamericanos.html
23. Fuentes Cabrera, L. Episodios depresivos en Guatemala. [en línea] Universidad del Valle de Guatemala, Departamento de Ciencias Sociales. [accesado el 9 de julio del 2009] disponible en: www.coedu.usf.edu/zalaquett/cic/ta.htm
24. Morales Ruiz, M. E. Trastorno de Ansiedad. [en línea] Universidad del Valle de Guatemala, Departamento de Ciencias Sociales. [accesado el 5 de agosto del 2009] disponible en: www.coedu.usf.edu/zalaquett/cic/ta.htm
25. Organización Panamericana de la Salud Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud (CIE-10), 10 revisión. Washington, D.C.: OPS, 1992. (Publicación científica; 1554)
26. American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical manual of mental disorders”, 4ed. New York: APA, 1994”.

10. ANEXOS

Anexo 1

Cuestionario General de Salud¹⁷

Introducción: Señora Buenos días o buenas tardes: Quisiéramos saber cómo ha estado su salud en general durante las últimas semanas. Por favor lea las preguntas abajo y cada una de las cuatro respuestas posibles. Gracias por contestar todas las preguntas.

Recientemente:

1. ¿Usted ha podido concentrarse en lo que está haciendo?

Más de lo usual menos que lo usual (0)	igual que lo usual (1)	menos que lo usual (2)	mucho (3)
--	---------------------------	---------------------------	--------------

2. ¿Usted ha perdido muchas horas de sueño por preocupaciones?

No de lo usual (0)	no más de lo usual (1)	más de lo usual (2)	mucho más (3)
--------------------------	---------------------------	------------------------	------------------

3. ¿Siente que juega un papel útil en las cuestiones importantes?

Más de lo usual menos que lo usual (0)	igual que lo usual (1)	menos que lo usual (2)	mucho (3)
--	---------------------------	---------------------------	--------------

4. ¿Se siente capaz de tomar decisiones sobre cuestiones importantes?

Más de lo usual menos que lo usual (0)	igual que lo usual (1)	menos que lo usual (2)	mucho (3)
--	---------------------------	---------------------------	--------------

5. ¿Se siente bajo presión constantemente?

No de lo usual (0)	no más de lo usual (1)	más de lo usual (2)	mucho más (3)
--------------------------	---------------------------	------------------------	------------------

6. ¿Ha sentido que no puede superar sus dificultades?

No de lo usual	no más de lo usual	más de lo usual	mucho más
(0)	(1)	(2)	(3)

7. ¿Ha podido disfrutar sus actividades diarias normales?

Más de lo usual menos que lo usual	igual que lo usual	menos que lo usual	mucho
(0)	(1)	(2)	(3)

8. ¿Ha podido enfrentar sus problemas?

Más de lo usual menos que lo usual	igual que lo usual	menos que lo usual	mucho
(0)	(1)	(2)	(3)

9. ¿Se ha sentido triste o deprimido?

No de lo usual	no más de lo usual	más de lo usual	mucho más
(0)	(1)	(2)	(3)

10. ¿Ha perdido la confianza en usted mismo?

No de lo usual	no más de lo usual	más de lo usual	mucho más
(0)	(1)	(2)	(3)

11. ¿Ha pensado que no vale nada como persona?

No de lo usual	no más de lo usual	más de lo usual	mucho más
(0)	(1)	(2)	(3)

12. ¿Se ha sentido razonablemente feliz, considerando todos los aspectos de su vida?

Más de lo usual menos que lo usual	igual que lo usual	menos que lo usual	mucho
(0)	(1)	(2)	

Anexo 2

Escala de Hamilton para Depresión¹⁸

1. Humor depresivo (tristeza, desesperación, autodesprecio)

- ausente
- expresado sólo tras búsqueda específica
- expresado verbal y espontáneamente
- expresado con actitud y expresión propensas al llanto
- expresado verbalmente y con tendencia llanto

2. Sentido de culpabilidad

- ausente
- se recrimina a si mismo, tiene la impresión de haber causado daño
- idea de culpa o de reflexión sobre errores pasados o acciones condenables
- ideas delirantes de persecución
- alucinaciones amenazantes visuales y/o auditivas

3. Tendencia al suicidio

- ausente
- tiene la impresión de que no vale la pena vivir
- desea morir
- ideas o actitudes suicidas
- tentativa de suicidio (evaluar cada intento serio)

4. Insomnio al principio de la noche

- ausente
- dificultad esporádica para conciliar el sueño
- dificultad constante para conciliar el sueño

5. Insomnio en plena noche

- ausente
- sueño agitado y turbado
- desvelo nocturno (valorar las veces que se levanta de la cama)

6. Insomnio matinal

- ausente
- despertar precoz
- incapacidad de volver a dormir si se levanta

7. Trabajo y actividad

- ninguna dificultad
- pensamiento y sensación de capacidad, astenia
- pérdida de interés en la actividad profesional
- disminución del tiempo de actividad o de la productividad
- ha dejado su trabajo a causa de su enfermedad

8. Lentitud (ideo motora y de lenguaje, dificultad para concentrarse)

- ausente
- ligera lentitud al contacto
- manifiesta lentitud al contacto
- contacto difícil
- estupor

9. Agitación

- ausente
- juega con las manos, con el pelo, etc.
- se retuerce las manos, se come las uñas, se tira el pelo, se muerde los labios

10. Ansiedad psíquica

- ausente
- tensión subjetiva e irritabilidad
- se preocupa por problemas menores
- inquietud que se aprecia en la expresión del rostro y en el habla
- llanto sin motivo

11. Ansiedad somática (concomitante físico de la ansiedad)

- ausente
- discreta (gastrointestinal, sequedad de boca, trastornos digestivos)
- media
- grave (palpitaciones, cefalea)
- incapacidad funcional (hiperventilación, micción frecuente, etc.)

12. Síntomas somáticos gastro-intestinales

- ausentes
- pérdida del apetito. Sensación de pesadez abdominal
- dificultad para alimentarse si no se estimula

13. Síntomas somáticos generales

- ausentes
- pesadez en las articulaciones, espalda o cabeza. Astenia, cefalea, mialgias
- síntomas anteriores muy severos

14. Síntomas genitales (pérdida de la libido, trastornos menstruales)

- ausentes
- leves
- graves
- no estudiados

15. Hipocondría

- ausente
- atención concentrada en el propio cuerpo
- preocupación por salud propia
- lamentaciones frecuentes, petición de ayuda, etc.
- ideas delirantes hipocondriacas

16. Pérdida de peso (subjetiva)

- ausente
 - probable pérdida de peso
 - pérdida de peso cierta
- Pérdida de peso (objetiva)
- menos de 500g por semana
 - más de 500g por semana
 - más de 1kg por semana

17. Toma de conciencia

- reconoce que está deprimido y enfermo
- reconoce que está enfermo pero lo atribuye a la comida, al clima, a un virus, al estrés, etc.
- niega estar enfermo

Anexo 3

Escala de Hamilton para la Ansiedad¹⁸

1. Ansiedad	Preocupación, pesimismo, miedo al futuro, irritabilidad				
ausente	leve	moderado	grave	muy grave	
2. Tensión	Sensación de tensión, cansancio, sobresaltos, propensión al llanto, estremecimientos, sensación de irritación, incapacidad para relajarse				
ausente	leve	moderado	grave	muy grave	
3. Miedo	A la oscuridad, a los extraños, a quedarse solo, a los animales, al tráfico, a las aglomeraciones				
ausente	leve	moderado	grave	muy grave	
4. Insomnio	Dificultad para conciliar el sueño, sueño interrumpido, sueño no reparador y sensación de extrañeza al despertar, pesadillas, terrores nocturnos				
ausente	leve	moderado	grave	muy grave	
5. Intelecto	Dificultad para concentrarse, reducción de la memoria				
ausente	leve	moderado	grave	muy grave	
6. Humor depresivo	Pérdida de interés, incapacidad de disfrutar con las aficiones, despertar precoz, alternancia diurna				
ausente	leve	moderado	grave	muy grave	
7. Síntomas somáticos (musculares)	Dolores musculares, sensación de estiramiento, rigidez, contracciones clónicas, dientes apretados, voz trémula, aumento del tono muscular				
ausente	leve	moderado	grave	muy grave	
8. Síntomas somáticos (sentidos)	Zumbido de oídos, visión borrosa, oleadas de calor y frío, sensación de perforación				
ausente	leve	moderado	grave	muy grave	

9. Síntomas somáticos Cardiovasculares Taquicardia, palpitaciones, precordalgia, pulsaciones, sensación de desvanecimiento

ausente leve moderado grave muy grave

10. Síntomas respiratorios Sentido de pesadez o constricción el tórax
Sensación de sofoco, suspiros, disnea

ausente leve moderado grave muy grave

11. Síntomas gastro-Intestinales Dificultad de deglución, flatulencia, dolor abdominal, ardor, sensación de hartura, náusea, vómito, borborrismos, meteorismo, pérdida de peso, estipsis

ausente leve moderado grave muy grave

12. Síntomas genito-uritarios Micción frecuente, amenorrea, menorragia, frigidez, pérdida de la libido, impotencia

ausente leve moderado grave muy grave

13. Síntomas del SN autónomo Sequedad de boca, sofocos, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefalea, piloerección

ausente leve moderado grave muy grave

14. Comportamiento del paciente durante durante el examen Agitado, inquieto, avanza y retrocede, temblor de manos, suspiros o taquipnea, palidez del rostro, deglución constante, etc.

ausente leve moderado grave muy grave

Anexo 4

Factores Sociodemográficos

Distribución general por edad y sexo
Aldea Saspán, San José La Arada, Chiquimula

	sexo					
	masculino		femenino			
edades	No.	%	No.	%	No.	%
0 – 4 años	43	4.05	40	3.77	83	7.82
5 – 9 años	50	4.71	51	4.81	101	9.51
10 – 14 años	46	4.34	54	5.09	100	9.43
15 – 19 años	74	6.97	59	5.56	133	12.53
20 – 24 años	65	6.13	64	6.03	129	12.16
25 – 29 años	49	4.62	54	5.09	103	9.71
30 -34 años	57	5.37	64	6.03	121	11.40
35 – 39 años	20	1.89	22	2.07	42	3.96
40 – 44 años	27	2.54	19	1.79	46	4.34
45 – 49 años	23	2.17	31	2.92	54	5.09
50 – 54 años	23	2.17	14	1.32	37	3.49
55-59 años	18	1.70	16	1.51	34	3.21
60 – 64 años	11	1.04	10	0.94	21	1.98
65 – 69 años	16	1.50	9	0.85	25	2.35
70 – 74 años	6	0.57	7	0.66	13	1.23
75 - + años	13	1.22	6	0.57	19	1.79
TOTAL	541	50.99	520	49.01	1061	100

Estimación municipal actualizada 2007

Fecha de fundación:

Año 1,800

Organización social y política:

Consejo administrativo

Consejo de educación

Consejo de Salud

Consejo Coordinador de Desarrollo (COCODE)

Fuentes de trabajo: La principal fuente de trabajo en la comunidad consiste en la agricultura y ganadería.

Ocupación de los Jefes de Familia

Ocupación	No.
Agricultor	144
Chofer	7
Albañil	10
Ama de casa	19
Carpintero	3
Jardinero	10
Policía Nacional Civil	5
Otros	5
Total	203

Fuente: Estimación municipal 2007

Religión: La mayoría de los pobladores se declaran católicos (80%) y el resto protestantes

Ubicación de la comunidad:

La aldea Saspán se encuentra ubicado al sur oriente de la cabecera municipal y al sur de la cabecera departamental.

Distancia:

Se encuentra a 9 kilómetros de la cabecera municipal y a 13 kilómetros de la cabecera departamental.

Límites:

Limita al norte con el departamento de Chiquimula; al sur con la aldea Cerro de Cal; al este con el municipio de San Jacinto y al oeste con el caserío El Carrizal.

Extensión territorial: cinco kilómetros cuadrados.

Vías de comunicación:

La aldea Saspan cuenta con una carretera pavimentada desde la misma aldea hasta el cruce de Carrizal, luego sigue la carretera de terracería que conduce hacia la cabecera municipal y con la ruta que conduce a Chiquimula y Esquipulas. También cuenta con caminos de herradura que comunica con aldeas vecinas

Altura y clima:

El clima de esta aldea es templado y tiene una altura sobre el nivel del mar de 265 metros.

Recurso humano dedicado a la salud

Personal de salud	No.
Médico EPSR	1
Auxiliar de Enfermería	1
Técnicos en Salud Rural	2
Comadrona Tradicional	1
Vigilantes de Salud	5

Infraestructura de servicios:

Puesto de Salud	1
Ventas de medicina	2

Anexo 5

Clasificación

Trastorno depresivo mayor, episodio único o recidivante

Código CIE-10 (Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y otros Problemas de Salud, 10ma edición)²⁴.

Los criterios que establecen tanto el DSM-IV (American Psychiatric Association "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders", 4th edition. Manual Diagnóstico y Estadístico de Desórdenes Mentales, 4ta. edición)²⁵ como el CIE-10 para el trastorno depresivo mayor son:

Criterio A: La presencia de por lo menos cinco de los síntomas siguientes, durante al menos dos semanas:

Estado de ánimo triste, disfórico o irritable durante la mayor parte del día y durante la mayor parte de los días

Anhedonia o disminución de la capacidad para disfrutar o mostrar interés y/o placer en las actividades habituales

Disminución o aumento del peso o del apetito

Insomnio o hipersomnio (es decir, dificultades para descansar, ya sea porque se duerme menos de lo que se acostumbraba o porque se duerme más; véanse los trastornos en el sueño)

Entrecimiento o agitación psicomotriz

Astenia (sensación de debilidad física)

Sentimientos recurrentes de inutilidad o culpa

Disminución de la capacidad intelectual

Pensamientos recurrentes de muerte o ideas suicidas.

Criterio B: No deben existir signos o criterios de trastornos afectivos mixtos (síntomas maníacos y depresivos), trastornos esquizo-afectivos o trastornos esquizofrénicos.

Criterio C: El cuadro repercute negativamente en la esfera social, laboral o en otras áreas vitales del paciente.

Criterio D: Los síntomas no se explican por el consumo de sustancias tóxicas o medicamentos, ni tampoco por una patología orgánica.

Criterio E: No se explica por una reacción de duelo ante la pérdida de una persona importante para el paciente.

Consentimiento Informado

“Sintomatología De Ansiedad Y Depresión En La Población Femenina De La Aldea Saspán, San José La Arada, Chiquimula.”

Soy estudiante de la carrera de médico y cirujano de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala y estoy investigando sobre la situación de salud mental en la población femenina entre 20 y 39 años de la Aldea Saspán, San José La Arada, Chiquimula, por lo que le invito a que participe en este estudio. Su participación es voluntaria; puede preguntar sobre cualquier duda que tenga respecto al tema.

Propósito: La salud mental ha sido relegada a un segundo plano, tanto por las autoridades sanitarias como por la población en general. Se ha evidenciado que los problemas mentales se encuentran más frecuentemente entre mujeres y especialmente en aquellas en edad reproductiva que están a cargo de sus hogares. Por lo tanto, se estará visitando cada casa de la aldea Saspán y sus caseríos, El Carrizal y Chucte y se entrevistará a mujeres de entre 20 y 39 años, para que respondan cuestionarios para evaluar su situación en salud mental.

Participación voluntaria: Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria; usted puede elegir el participar o no hacerlo.

Procedimiento: Las entrevistas y los cuestionarios se realizarán de forma gratuita.

El **riesgo** que para el participante representa este estudio se encuentra en la evocación de recuerdos desagradables.

El **beneficio** que para el participante representa este estudio será el de ser referido a un centro de atención especializado en salud mental si diese positivo para problemas mentales en los cuestionarios de salud mental que se estarán efectuando.

Formulario de Consentimiento

He sido invitado(a) a participar en la investigación “Situación en Salud Mental en la Población femenina entre 20 y 39 años de edad de la aldea Saspán, San José La Arada, Chiquimula”. Entiendo que seré entrevistada y contestaré cuestionarios sobre salud mental. La información que proporcione será utilizada con fines de investigación únicamente y será estrictamente confidencial. He leído y comprendido la información proporcionada, he tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Participo voluntariamente en la investigación y entiendo que tengo el derecho de retirarme en cualquier momento.

Yo _____ de _____ años de edad autorizo a que la estudiante de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala me entreviste y acepto contestar cuestionarios de salud mental durante los meses de octubre y noviembre de 2008.

F. _____

Nota: Para información sobre la investigación y aclaración de dudas sobre la misma adjunto mi número telefónico y estoy dispuesto(a) a proporcionar la información necesaria.