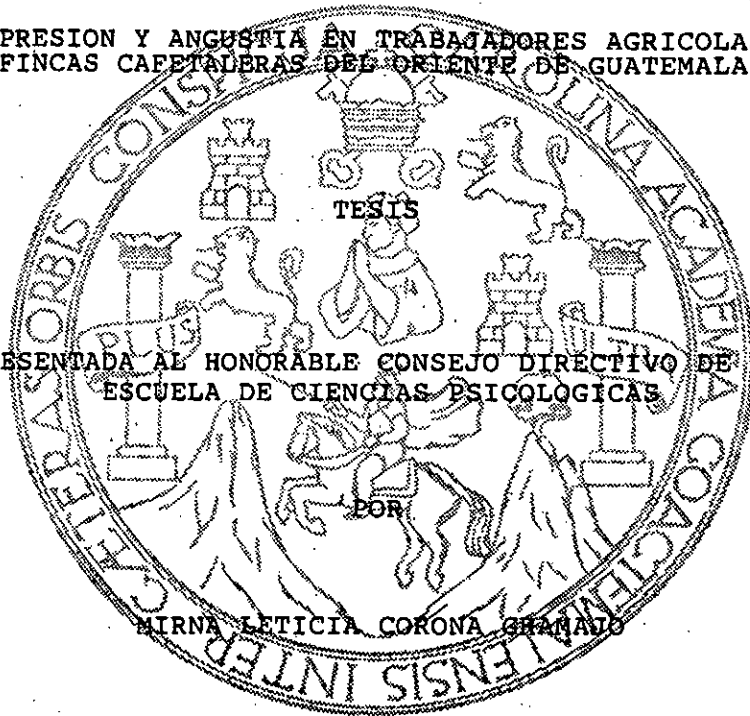


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS

BIBLIOTECA CENTRAL-USAC  
DEPOSITO LEGAL  
PROHIBIDO EL PRESTAMO EXTERNO

"DEPRESION Y ANGUSTIA EN TRABAJADORES AGRICOLAS DE  
FINCAS CAFETALERAS DEL ORIENTE DE GUATEMALA"



PRESENTADA AL HONORABLE CONSEJO DIRECTIVO DE LA  
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS

MIRNA LETICIA CORONA GRANADO

PREVIO A OPTAR AL TITULO DE PSICOLOGA  
EN EL GRADO ACADEMICO DE LICENCIATURA

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
Biblioteca Central

GUATEMALA, OCTUBRE DE 1,993.

D2  
13  
+ (636)  
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS  
DE GUATEMALA



ESCUELA DE  
CIENCIAS PSICOLÓGICAS

EDIFICIOS M-5, M-3  
CIUDAD UNIVERSITARIA, ZONA 12  
TELÉFONOS 760790-84 Y 760985-88  
GUATEMALA, CENTRO AMÉRICA

## TRIBUNAL EXAMINADOR

Licenciado Walter René Soto Reyes  
D I R E C T O R

Licenciado Abraham Cortez Mejía  
S E C R E T A R I O

Licenciado Luis Mariano Codoñer Castillo  
REPRESENTANTE CLAUSTRO CATEDRÁTICOS

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS  
DE GUATEMALA



ESCUELA DE  
CIENCIAS PSICOLOGICAS

EDIFICIO "A.G. M3"  
CIUDAD UNIVERSITARIA, ZONA 12  
TELEFONOS 760780-84 Y 760680-86  
GUATEMALA, CENTRO AMERICA

cc.: Control Académico  
CIEPs.  
archivo

REG. 2575-89

CODIPs. 570-93

DE IMPRESION TRABAJO DE INVESTIGACION

19 de octubre de 1993

Señorita Estudiante  
MIRNA LETICIA CORONA GRAMAJO  
Escuela de Ciencias Psicológicas  
Edificio

Señorita Estudiante

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a usted el Punto TERCERO (3o.) del Acta TREINTA Y SIETE NOVENTA Y TRES (37-93) de Consejo Directivo, de fecha 19 de octubre del año en curso, que copiado literalmente dice:

"TERCERO: El Consejo Directivo conoce el expediente que contiene el Informe Final de Investigación: "DEPRESION Y ANGUSTIA EN TRABAJADORES AGRICOLAS DE FINCAS CAFETALERAS DEL ORIENTE DE GUATEMALA", de la Carrera LICENCIATURA EN PSICOLOGIA, realizado por:

MIRNA LETICIA CORONA GRAMAJO

CARNET No. B2-11211

El presente trabajo fue asesorado durante su desarrollo por la Licenciada Carmen Isabel Howard Valenzuela y revisado por el Licenciado Carlos Enrique Orantes Troccoli.

Con base en lo anterior, el Consejo Directivo AUTORIZA LA IMPRESION del mismo para los trámites correspondientes de graduación, los que deberán estar de acuerdo con el Instructivo para elaborar Investigación o Tesis, con fines de graduación profesional."

Atentamente,

" ID Y ENSEÑAD A TODOS "

Licenciado Abraham Cortez Mejía  
SECRETARIO



/Lillian

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS  
DE GUATEMALA



ESCUELA DE  
CIENCIAS PSICOLOGICAS  
EDIFICIO "M-S, M-3"  
CIUDAD UNIVERSITARIA, ZONA 12  
TELEFONOS: 740990-84 Y 740998-84  
GUATEMALA, CENTRO AMERICA

CIEPs. 316-93.

REG. 2575-89.

## INFORME FINAL

GUATEMALA, 7 de octubre de 1993.

SEÑORES  
CONSEJO DIRECTIVO  
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS  
EDIFICIO

SEÑORES:

Atentamente me dirijo a ustedes para informarles que el Licenciado CARLOS ENRIQUE ORANTES TROCCOLI, ha procedido a la revisión y aprobación del **INFORME FINAL DE INVESTIGACION** titulado **"DEPRESION Y ANGUSTIA EN TRABAJADORES AGRICOLAS DE FINCAS CAFETALERAS DEL ORIENTE DE GUATEMALA"**, correspondiente a la Carrera de LICENCIATURA EN PSICOLOGIA, presentado por la estudiante:

NOMBRE

CARNET No.

MIRNA LETICIA CORONA GRAMAJO

82-11211

Agradeceré se sirva continuar con los trámites respectivos.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

LIC. WALDEMAR ZETINA CASTELLANOS  
COORDINADOR CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGIA

WZC/tnideh.  
c. archivo



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS  
DE GUATEMALA



CIEPs. 315-93.

ESCUELA DE  
CIENCIAS PSICOLÓGICAS

EDIFICIO "M-8, M-3"  
CIUDAD UNIVERSITARIA, ZONA 12  
TELÉFONOS: 740790-84 Y 740980-66  
GUATEMALA, CENTRO AMÉRICA

GUATEMALA, 7 de octubre de 1993.

LICENCIADO  
WALDEMAR ZETINA CASTELLANOS  
COORDINADOR CENTRO DE INVESTIGACIONES  
EN PSICOLOGIA  
EDIFICIO

LICENCIADO:

De manera atenta me dirijo a usted para informarle que he procedido a la revisión del **INFORME FINAL DE INVESTIGACION** titulado **"DEPRESION Y ANGUSTIA EN TRABAJADORES AGRICOLAS DE FINCAS CAFE TALERAS DEL ORIENTE DE GUATEMALA"**, de la Carrera de LICENCIATURA EN PSICOLOGIA, presentado por la estudiante

NOMBRE

MIRNA LETICIA CORONA GRAMAJO

CARNET No.

82-11211

Considero que el trabajo arriba mencionado llena los requisitos del **CENTRO DE INVESTIGACIONES**, por lo que emito dictamen favorable.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

  
LIC. CARLOS ENRIQUE ORANTES TROCCOLI  
DOCENTE REVISOR

CEOT/tnideh.  
c. archivo



Guatemala, agosto 19 de 1,993

Señores  
Consejo Directivo  
Escuela de Ciencias Psicológicas  
Universidad de San Carlos de Guatemala  
Ciudad Universitaria, zona 12.

Respetables señores:

Atentamente estoy informando a ustedes que tuve bajo revisión el informe final de Tesis "DEPRESION Y ANGUSTIA EN TRABAJADORES AGRICOLAS DE FINCAS CAFETALERAS DEL ORIENTE DE GUATEMALA", realizado por la estudiante Mirna Leticia Corona Gramajo; Carnet No. 82-11211, y de la cual he sido asesor.

Considero al respecto que el mencionado trabajo se ajusta a las exigencias del método Científico, y además constituye un aporte importante a la psicología guatemalteca, ya que ha sido elaborado en base a información actual y objetiva.

Por lo anterior me permito aprobar el informe final para que continúe los tramites correspondientes,

Atentamente,

Lic. Carmen Isabel Howard Valenzuela.

LICDA: CARMEN ISABEL HOWARD V.  
PSICOLOGA  
COLEGIADO NO. 452

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS  
DE GUATEMALA



ESCUELA DE  
CIENCIAS PSICOLÓGICAS  
EDIFICIO "M.A. M.C."  
CIUDAD UNIVERSITARIA, ZONA 12  
TELÉFONOS: 740780-04 Y 740988-06  
GUATEMALA, CENTRO AMÉRICA

cc.: Control Acad.  
DEDIPs.  
Archivo

REG. 2575-89

CODIPs. 656-91

DE APROBACION DE PROYECTO Y  
NOMBRAMIENTO DE ASESOR.

Septiembre 24 de 1991

Estudiante  
Mirna Leticia Corona Gramajo  
Escuela de Ciencias Psicológicas  
Edificio

Estudiante:

Transcribo a usted el Punto SEPTIMO del Acta TREINTA NOVENTA Y UNO (30-91) de Consejo Directivo de fecha nueve de septiembre del año en curso, que literalmente dice:

"SEPTIMO: El Consejo Directivo conoce el expediente que contiene el Proyecto de Investigación "DEPRESION Y ANGUSTIA EN TRABAJADORES AGRICOLAS DE FINCAS CAFETALERAS DEL ORIENTE DE GUATEMALA", de la Carrera de Licenciatura en Psicología, presentado por la estudiante:

MIRNA LETICIA CORONA GRAMAJO

CARNET No. 82-11211

El Consejo Directivo considerando que el proyecto en referencia satisface los requisitos metodológicos exigidos por el Departamento de Investigaciones en Psicología, resuelve aprobarlo y nombrar como asesora a la Licenciada Carmen Isabel Howard Valenzuela."

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Licenciada Zolida Aurora Nuñez de Jauregui  
SECRETARIA ACCIDENTAL



/Rosa Melida

## ACTO QUE DEDICO

### A DIOS:

Fuente divina de amor y sabiduría.

### A MIS PADRES:

Miguel Angel Corona M. (Q.P.D.)  
Nicolasa Gramajo de Corona  
Con profundo agradecimiento por sus múltiples  
esfuerzos para ver realizados sus mejores sueños.

### A MI ESPOSO:

Mario Waldemar Vela y Vela  
Con mucho amor y gratitud por su constante apoyo  
y comprensión en la culminación de mi carrera.

### A MIS HIJOS:

Mario Waldemar y Antonio José--  
A quienes tanto amo y quienes hacen más importan  
te mi existencia.

### A MIS HERMANOS:

Manuel de Jesús y Miguel Angel.  
A quienes quiero y admiro.

### A MI ABUELITA:

Trinidad Corona de Gramajo  
Con mucho cariño.

### A MIS CUÑADAS:

Con mucho cariño.

### A MIS SOBRINOS:

Con todo mi amor.

### A LA FAMILIA VELA Y VELA

Con mucho aprecio.

### A MIS AMIGAS:

Emy Hernández Pineda y Gloria Aguirre de Corona  
Por su linda amistad.

### A MIS TIOS Y PRIMOS:

Con mucho cariño.



AGRADECIMIENTO ESPECIAL A:

Licenciada Carmen Isabel Howard V.

Licenciado Carlos Enrique Orantes Troccoli

Los señores trabajadores de las fincas localizadas  
en el municipio de Barberena Santa Rosa.

Por su valiosa colaboración en la realización  
de este estudio.

PADRINOS DE GRADUACION

Licenciada Carmen Isabel Howard V.

Doctor Mario Waldemar Vela y Vela.

Ingeniero Miguel Angel Corona Gramajo.

## PROLOGO

La población guatemalteca que reside en áreas rurales y se dedica a actividades agrícolas constituye un grupo social de mucha importancia para la economía del país.

En la mayoría de casos, estos trabajadores son asalariados rurales que no cuentan con tierras propias para sus cultivos y se limitan a vender su fuerza de trabajo como medio de subsistencia, como es el caso de los trabajadores del oriente de Guatemala. Aquí se dan dos grupos de trabajadores agrícolas; uno que vive dentro de la finca para la cual trabaja y obtiene un salario (trabajadores permanentes) y otro grupo que acude a trabajar a estas fincas en época de cosecha (trabajadores temporales) (son contratados por el tiempo que esta dure, porque los trabajadores residentes no se dan abasto para realizar toda la actividad; son procedentes de Jalapa y del altiplano occidental, principalmente).

La convivencia temporal con esta población y la escasa información acerca de la salud mental del trabajador del área rural motivó la realización del presente estudio, considerando sumamente precarias las condiciones socioeconómicas, de salud, de higiene, de educación etc. Esto contribuye a provocar desequilibrios no sólo en su estado de salud física, sino también emocional, al cual no se le da la importancia que requiere. Se atiende únicamente las dolencias

físicas en las que puede manifestarse.

Este trabajo permitió conocer la presencia de depresión y angustia en ambos grupos de trabajadores (permanentes y temporales) y determinar en cuál de ellos se presentaron con mayor frecuencia estas entidades clínicas.

Se espera con éste estudio aportar algunos datos sobre la salud mental del trabajador agrícola, motivar el interés por estudios epidemiológicos que conlleven a reconocer nuestras propias patologías y afecciones y así considerar las conductas y estrategias adecuadas para su atención.

Se agradece sinceramente a las personas que con su participación colaboraron en la realización de esta investigación, así como al personal médico y de enfermería del centro asistencial ACOGUA-I (Asociación de Caficultores de Oriente de Guatemala) lugar donde se llevó a cabo.

## PRESENTACIÓN

Se presenta al consejo directivo de la escuela de Ciencias Psicológicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala el informe de investigación titulado "Depresión y angustia en trabajadores agrícolas de fincas cafetaleras del oriente de Guatemala" llevado a cabo en el centro asistencial ACOGUA-I (Asociación de caficultores de Oriente de Guatemala), ubicado en la finca "El Progreso" municipio de Barberena, departamento de Santa Rosa. La muestra estuvo integrada por 300 trabajadores tomados aleatoriamente que incluyó trabajadores permanentes y trabajadores temporales de ambos sexos, de 10 años de edad en adelante, con escasa o ninguna escolaridad, independientemente de su motivo de consulta fueron referidos por el médico después de haber evaluado que no presentaban ninguna enfermedad orgánica grave.

Esta investigación se llevó a cabo en el periodo comprendido de agosto a diciembre de 1,991.

## CAPITULO I

### INTRODUCCIÓN

Los trabajadores agrícolas comprenden las dos terceras partes de la población mundial, lo cual hace de la agricultura la principal ocupación del hombre. (1)

Los trabajadores agrícolas de fincas cafetaleras ubicadas al norte del país, que son la población estudiada en esta investigación, se divide en trabajadores permanentes y trabajadores temporales, partiendo de su estancia en la finca y su relación con la misma. El trabajo que realiza cada grupo es diferente, pues el grupo que trabaja permanentemente en las fincas por residir en ellas, realiza diversas tareas durante todo el año; como preparar la tierra, hacer almácigos, descombrar, limpiar cafetales, cortar café, etc. El grupo de trabajadores temporales sólo se dedica al corte de café, pues se les contrata únicamente en la época de cosecha (normalmente de noviembre a enero). Durante la cosecha trabajan casi todos los miembros de la familia en ambos grupos; su salario depende del número de quintales que logren cortar, considerando esta temporada como la oportunidad del año para "mejorar" su ingreso económico.

(1) La investigación de la vida rural, Depto. de Bienestar social, Dirección de Agricultura de la FAO, Roma Italia. 1,979.

En este grupo social, como en cualquier otro estrato, los desordenes emocionales hacen su aparición ante factores que son adversos. Al respecto de la población rural se conoce muy poco o casi nada en este aspecto de salud, aunque es obvio que tienen justificadas razones para presentar algún tipo de desorden emocional que no llega a ser tratado porque entre otras razones, no se conoce su existencia.

"La depresión se refiere tanto a un síntoma como a un grupo de enfermedades que tienen ciertos rasgos en común. En cuanto a síntoma, la depresión describe un tono afectivo de tristeza acompañado de sentimientos de desamparo y amor propio reducido. El individuo deprimido siente que su seguridad está amenazada, que es incapaz de enfrentarse a sus problemas y que otros no pueden ayudarle. Todas las facetas de la vida, emocionales, cognoscitivas, fisiológicas y sociales, podrán verse afectadas. (1)

En tanto la angustia es descrita por Lawrence Kolb como una intranquilidad penosa de la mente, como un estado de tensión excesiva que se acompaña de un terror inexplicable, que puede surgir en cualquier situación que constituya una amenaza para la personalidad. (2)

Ambas entidades ocurren muy frecuentemente en sus diferentes manifestaciones, pero no siempre son tratados

---

(1) MacKinnon R.A. / R. Michels Psiquiatría Clínica aplicada. México: Interamericana S.A. 1,985 Pág.162.

(2) Kolb, Lawrence C. "Las Neurosis" en su Psiquiatría Clínica Moderna. México: La prensa Médica mexicana. 1,977 P. 495.

adecuadamente por emitirse diagnósticos de tipo fisiológico .

En Guatemala no existen estadísticas ni estudios epidemiológicos que reflejen la magnitud de los problemas mentales y sin embargo se asume que están presentes y que en muchos casos no son diagnosticados.

Determinar la presencia de depresión y angustia en los trabajadores agrícolas de fincas cafetaleras tanto permanentes como temporales fue el objetivo del presente estudio, así como también conocer si es significativa y establecer en qué grupo de trabajadores se presentan con mayor frecuencia. Para ello se tomó una muestra de 300 trabajadores que incluyó a ambos grupos, de sexo masculino y femenino, comprendidos entre las edades de 10 a 60 años o más, con escasa o ninguna escolaridad, ladinos e indígenas y de distinta religión que consultaron por diferente motivo al centro asistencial "ACOGUA-I" (Asociación de Caficultores de Oriente de Guatemala), ubicado en la finca "El Progreso" del municipio de Barberena, Santa Rosa.

Se utilizó para tal fin una entrevista y se aplicó The Self Reporting Questionnaire (SRQ), diseñado por la OMS (Organización Mundial de la Salud) en 1,980 como parte de un estudio colaborador sobre estrategias para extender los servicios de salud mental; ambos se aplicaron en forma individual. Luego se analizaron los resultados y se presentaron en forma descriptiva utilizando la técnica



porcentual.

Se espera con este estudio contribuir en alguna medida al conocimiento de aspectos de la salud mental del trabajador rural, muchas veces ignorado por la sociedad.

### 1.1. MARCO TEÓRICO

Dentro de las enfermedades que afectan a la humanidad, las de carácter mental han tenido un notable incremento, debido a la poca importancia que a través de los programas de salud se le ha dado.

La O.M.S. (Organización Mundial de la Salud) estima que la depresión se presenta en el 3 á 5 % de la población mundial. (1)

#### 1.1.1. DEPRESIÓN:

La depresión es una área de los trastornos afectivos donde las presiones de la vida diaria, sociales, familiares, económicas y de trabajo tienen mucha importancia en su desencadenamiento. Ha sido definida de múltiples maneras: Kolb la define como un tono afectivo de tristeza, que puede variar desde un abatimiento ligero o sentimiento de indiferencia, hasta una desesperación en grado extremo. (2)

"La depresión se refiere tanto a un síntoma como a un grupo de enfermedades que tienen ciertos rasgos en común. En cuanto a síntoma la depresión describe un tono afectivo de tristeza acompañado de sentimientos de desamparo y amor propio reducido. Todas las facetas de la vida: emocionales, cognoscitivas, fisiológicas y sociales, podrán verse afectadas. (3)

(1) Comité Internacional para la prevención y el tratamiento de la depresión. La depresión en la clínica cotidiana. Barcelona 1,980. Pág. 137.

(2) Kolb Lawrence C. Psiquiatría Clínica Moderna. México: La prensa Médica Mexicana 1977. Pág. 137.

(3) R.A. MacKinnon/R. Michels, Psiquiatría Clínica Aplicada. México: Interamericana S.A. 1,985 Pág.162

### 1.1.1.1. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS:

Los síndromes depresivos implican un trastorno afectivo característico, retraso y constricción de procesos de pensamiento, espontaneidad lenta y reducida de la conducta, relaciones sociales empobrecidas y cambios fisiológicos que resultan aumentados por preocupación hipocondríaca. (1).

Afecto: La persona deprimida experimenta un descenso de su estado de ánimo. Lo describe como tristeza, melancolía o desesperación. Pierde el interés por la vida, pasa por las actividades de comer, de sexo y de juego con poco entusiasmo. A medida que su depresión progresa acaba sintiendo indiferencia por aquello que anteriormente le producía placer.

Procesos de pensamiento: Existe la preocupación consigo mismo y con su estado. El contenido mental del paciente no sólo está trastornado, sino sus procesos cognoscitivos están también deformados. Sus pensamientos están disminuidos en cantidad; muestra además poca iniciativa.

Conducta: La conducta así como los procesos mentales se encuentra lentificada. Sus movimientos y sus respuestas requieren más tiempo. El paciente participará en actividades si se le motiva lo suficiente, pero difícilmente por sí mismo.

Síntomas Físicos: La preocupación de la persona deprimida por sí misma se expresa por la preocupación de su salud física; siendo la hipocondriasis la manifestación más grave. Son frecuentes síntomas como dolor de cabeza, dificultad en

(1) Ibid. Pág. 163.

conciliar el sueño, pérdida del apetito y estreñimiento en más de la mitad de los casos de depresión. (1)

Relaciones Interpersonales: El paciente deprimido añora cariño y aprobación, lo busca, pero teme el rechazo. Al inicio de su depresión puede aumentar su actividad social para evitar sus molestias depresivas, pero cuando ésta avanza el paciente evita a sus amigos y se retrae en si mismo.

#### 1.1.1.2. CLASIFICACIÓN DE LA DEPRESIÓN:

"Una clasificación satisfactoria de los estados depresivos debería basarse en las causas determinantes de los accesos. Desgraciadamente es prematuro tener la ambición de establecerlos sobre factores etiológicos precisos". (2)

De tal manera las clasificaciones existentes se basan en aspectos biológicos, psicológicos y genéticos. Henry Ey clasifica los estados depresivos tomando como base las circunstancias de aparición y teniendo en cuenta la sintomatología:

A) Bajo la influencia de factores exógenos (acontecimientos provenientes del medio) con la existencia casi siempre de una predisposición de la personalidad de base, a los cuales se les conoce como estados depresivos reactivos o neuróticos, según se estime que la causa sea exógena, psicológica o la fragilidad de la personalidad premórbida, parezcan determinar el acceso.

(1) Ibid, Pág. 166.

(2) Ey, Henry Bernard-Ch. Brisset, Tratado de Psiquiatría  
Barcelona: Toray-Masson S.A. 1,975 Pág. 220.

B) Depresiones endógenas (cuyo origen no parece guardar relación con acontecimientos externos importantes).

Crisis de melancolía: Son estados de depresión intensa vivenciados con un sentimiento de dolor moral caracterizado por enlentecimiento y la inhibición de las funciones psíquicas y psicomotoras. El acceso puede sobrevenir sin causa ni ocasión aparente. Sin embargo, con frecuencia se encuentran causas desencadenantes que revelan la personalidad maniaco depresiva. El acceso se desarrolla frecuentemente después de un shock emocional (infidelidad conyugal, sentimiento de abandono, muerte de un familiar, pérdida de dinero, de situación social, etc.) constituye un síntoma de la psicosis maniacodepresiva. (1)

En este estudio se clasifica la depresión según los síntomas: depresión neurótica y depresión psicótica.

#### 1.1.1.2.1 DEPRESIÓN NEURÓTICA:

"La pena o tristeza normales son respuestas emocionales apropiadas a una pérdida externa reconocida conscientemente. Cuando la pérdida causa depresión neurótica, supera la pena normal en intensidad, duración o en ambos componentes, en desproporción a la pérdida. A menudo aparecen síntomas o caracteres de personalidad neurótica en respuesta

(1) Ibid, Pág. 222, 223.

a frustración y conflicto y no realmente por la pérdida". (1)

El manual diagnóstico de la Asociación psiquiátrica norteamericana sugiere diferenciar las depresiones neuróticas de las psicóticas con la siguiente base:

- Antecedentes de la vida del sujeto: Con referencia especial a las oscilaciones en su estado de ánimo (característico de reacciones psicóticas), estructura de la personalidad y factores precipitantes ambientales.

- Ausencia de síntomas que indiquen gravedad (preocupación hipocondíaca, falsas percepciones somáticas, alucinaciones, sentimientos intensos de culpa, insomnio excesivo, ideas repetitivas de suicidio, retardo psicomotor grave y retardo profundo de la ideación. (2)

El término "neurosis" fue usado por primera vez por el médico escocés William Cullen (1710-1790). En el siglo siguiente se hizo distinción entre las psicosis (distorsiones importantes de la realidad y demencia) y psiconeurosis o neurosis, término que se usa indistintamente y se aplica a diversos síndromes y trastornos de inadaptación de la personalidad. (3)

Según la teoría propuesta por Freud, la ansiedad es

(1) Loc.cit.

(2) Ian, Gregory, op.cit. Pág. 338.

(3) Kolb, Lawrence C. op.cit., Pág. 490.

el denominador común en todas las neurosis.

El paciente deprimido neurótico sigue actuando en el mundo real y sus sentimientos depresivos son apropiados a los precipitantes externos moderados.

El precipitante más común de las depresiones es la pérdida de un objeto amado; la cual suele ser muerte o la separación de una persona querida. En otros casos se trata de una pérdida psicológica interna, resultante de la perspectiva de ser rechazado. Por supuesto no todas las pérdidas conducen a la depresión. (1)

Cualquiera que sea la causa inmediata, la depresión se caracteriza por una pérdida de la autoestima.

#### Síntomas psicológicos:

El paciente se queja ordinariamente de un trastorno doloroso del estado de ánimo, con frecuencia describe una disminución o pérdida de interés en sus actividades habituales y puede quejarse de dificultad de concentración; se siente sin apoyo emocional, solo, culpable, inferior insuficiente. Sus quejas pueden servir para despertar simpatía y apoyo. Las ideas suicidas casi siempre están presentes en el neurótico depresivo. (2)

#### Signos y síntomas físicos:

El paciente aparentemente parece abatido, cansado y

(1) R.A. Mackinnon, op.cit., Pág. 170.

(2) Freedman, Alfred M. et. al. Compendio de psiquiatría.  
Barcelona: Salvat S.A. reimpresión 1, 1983.

desanimado, incluso apático. Se queja de dificultad de conciliar el sueño, apetito disminuido, dolor de cabeza y trastornos digestivos.

#### 1.1.1.2.1.1. DIAGNOSTICO:

Para establecer el diagnóstico es preciso conocer la sintomatología de la enfermedad, diferenciar el tipo de estado depresivo, mediante la historia clínica y una entrevista que permitan estudiar las circunstancias de aparición del acceso, el análisis de la situación vital del paciente, predisposición de la personalidad mediante un estudio de la personalidad anterior, antecedentes hereditarios e historia de ideas suicidas.

Además, es de mucha importancia la observación de reacciones del paciente. Pueden utilizarse los cuestionarios de autoevaluación que consisten en una serie de preguntas que se formulan al paciente sobre los distintos aspectos de la depresión a los que debe contestar habitualmente con una afirmación o una negación, según sea el caso. (test de W. W. Zung, The self reporting Questionnaire SRQ y otras escalas de medición).

En algunos casos es necesario hacer el examen neurológico y el electroencefalograma. (1)

Los diagnósticos más frecuentes de los cuales tiene que distinguirse la neurosis depresiva son los trastornos

(1) Ey, Henry. op.cit., Pág. 235.



afectivos mayores o psicosis depresivas.

1.1.1.2.2. DEPRESIÓN PSICÓTICA:

El psicótico depresivo experimenta una depresión como algo que le aflige desde el exterior, retardándole e interfiriendo con sus procesos de pensamiento y su entusiasmo.

Los síndromes depresivos psicóticos, especialmente de tipo involutivo, se subclasifican con frecuencia como "agitados" y "retardados". El paciente agitado da una impresión de ansiedad intensa pero los rasgos de su cara y el contenido de sus pensamientos revelan su depresión. El paciente retardado por otro lado, muestra inhibición de la actividad motora que podrá progresar hasta llegar al estupor; si habla o se mueve, lo hace lentamente, fatigosamente y por poco tiempo. (1)

Los pacientes psicóticos deprimidos tienden a experimentar un mayor deterioro en su relación con la realidad, sus quejas hipocondriacas son mayores, tienden a presentar un tipo específico de trastorno del sueño, caracterizado por dificultad en conciliar el sueño y por despertar a tempranas horas de la madrugada, algunas veces incluso a las dos de la mañana. Su estado de ánimo presenta una variación diurna que se caracteriza por sentirse peor por la mañana y mejor por la tarde o al anochecer. Además su estado de ánimo no responde a sucesos agradables o cuando

(1) R.A. Mackinnon. op.cit., Pág. 168.

alguien le ofrece simpatía o afecto. (1)

### Suicidios

Explorar los pensamientos de suicidio es muy importante no solo para conducir al paciente deprimido, sino para comprenderlo.

"La motivación del acto aparentemente irracional de privarse de la vida -dicen Mackinonn y Michels-, puede ser compleja o variada. Algunos pacientes no tienen intención de suicidarse, y si la conducta tiene por fin consciente una comunicación dramática, en vez de ser un acto autodestructivo, hablamos de gestos suicidas. Sin embargo, estos se hallan sujetos a un error de cálculo y pueden provocar la muerte. Pueden ir seguidos también de una conducta suicida más grave, particularmente si su propósito comunicativo no obtiene éxito. La distinción entre gestos suicidas y un intento de suicidio es algo arbitrario y muchas conductas suicidas contienen metas comunicativas y también autodestructoras". (2)

#### 1.1.1.3. TRATAMIENTO:

La primera tarea del tratamiento consiste en valorar la profundidad y la gravedad de la depresión y el peligro de suicidio, después se debe explicar al paciente que sufre una enfermedad y no un lapso moral, que se dispone de un tratamiento para su enfermedad y que el pronóstico es bueno.

(1) Freedman, Alfred M. op.cit., Pág. 391

(2) R.A. Mackinonn/ R.Michels. op.cit., Pág. 179.

luego seleccionar el tratamiento (1)

Más adelante Mackinnon y Michels señalan que "El tratamiento de los pacientes deprimidos se basa en dos principios fundamentales. El primero es el alivio del sufrimiento y de la culpabilidad, el estímulo de esperanza y la protección frente al atentado del paciente contra sí mismo, esto es la terapéutica de soporte. Esto podrá implicar psicoterapia, drogas, u otras terapéuticas orgánicas utilizadas separadamente o en combinación. El segundo principio es el de la exploración psicodinámica del significado y las causas de la depresión, con el objeto tanto de resolver el problema inmediato como de prevenir su repetición en el futuro." (2)

#### La psicoterapia:

El tratamiento de elección de las neurosis depresivas es la psicoterapia. Ningún otro grupo de trastornos psiquiátricos parece mejorar en forma tan satisfactoria a la psicoterapia individual intensiva a largo plazo que la neurosis. (3)

La técnica psicoterapéutica que se utilice dependerá de cada caso en particular, pero todas estarán orientadas a aliviar el dolor y los sufrimientos del paciente, estimular la esperanza, reducir su sentimiento de culpa y esforzarse por favorecer gradualmente su autoestima

(1) Freedman, Alfred M. op.cit., pág. 179.

(2) R.A. Mackinnon/ R. Michels op.cit., Pág. 194.

(3) Ian Gregory. op.cit., Pág. 363.

La conducta del psicoterapeuta es muy determinante en la reacción del paciente, el paciente deprimido aunque necesite apoyo se siente confundido ante una amabilidad excesiva o ante la expresión de pensamientos demasiado positivos; pues este podrá sentirse indigno o ridiculizado.

Ante las acusaciones que el paciente hace de sí mismo oculta una negativa de su verdadero papel en la enfermedad, siendo entonces a menudo el problema inicial en el tratamiento diluir la idea del paciente de que es culpable.

#### Farmacoterapia:

Los fármacos más aceptados en los trastornos neuróticos son los tranquilizantes menores como el meprobanato y el clordiacepóxido y los agentes antidepresivos como la imipramina y la amitriptilina, fármacos que parecen ser algo más eficientes para aliviar la ansiedad neurótica y la depresión, que los tranquilizantes mayores que pueden intensificar notablemente la ansiedad y el insomnio. (1)

"Independientemente de su modo fisiológico de acción, estos tratamientos poseen siempre significado inconsciente mágico para el paciente. El efecto de placebo de la medicación resulta aumentado si el médico advierte que éste es eficaz y aliviará los síntomas del paciente. (2)

(1) Loc. cit.

(2) R.A. Mackinnon/R. Michels. op.cit., Pág. 198.

### Terapia electroconvulsivante:

La terapia electroconvulsivante (TEC) probablemente sea el arma más rápida y eficaz para los trastornos depresivos graves. Se ha empleado en pacientes gravemente enfermos que necesitan una mejoría urgente, que constituyen un peligro para sí mismos y no responden a otros métodos terapéuticos. (1)

Este método atenúa en gran medida los sufrimientos del paciente, pero no cura los accesos con mayor frecuencia que otros métodos; inclusive es probable que aumente ligeramente la frecuencia de los mismos. (2)

Las neurosis depresivas de intensidad moderada pueden aliviarse con el electroshock, pero las leves ordinariamente no responden a esta terapia.

#### 1.1.2 ANSUSTIA:

"La angustia puede describirse como una intranquilidad penosa de la mente, como un estado de tensión excesiva que se acompaña de un terror inexplicable, o como una sensación de expectación aprehensiva." (3)

La angustia se diferencia del miedo en que en el miedo la amenaza es conocida, externa, inmediata y de origen no conflictivo, en tanto en la angustia la amenaza es

(1) Hofman, F. La Roche & Cía. S.A. El Síndrome depresivo.  
Barileas: Suiza 1,987 Pág. 30.

(2) Ey, Henry, et. al. op.cita, Pág. 238.

(3) Kolb Lawrence. op.cita, Pág. 138.

desconocida, interna, futura, vaga y de origen conflictivo.

(1)

"La ansiedad va asociada normalmente al cambio, al hecho de experimentar algo nuevo y desconocido, de encontrar la propia identidad y significado en la vida. La ansiedad patológica por otra parte es una respuesta inadecuada a un estímulo dado ya sea en virtud de su intensidad o de su duración" (2) Cuando la angustia no está ligada a un contenido ideativo, sino se experimenta como un miedo morboso sin causa aparente, se le conoce como angustia libre flotante, o también como neurosis de angustia.

#### 1.1.2.1. NEUROSIS DE ANGUSTIA:

Muchos psiquiatras consideran que la angustia es la fuente dinámica común de las neurosis. (3)

La angustia, con su aprehensión obsesiva, puede surgir ante frustraciones o dilemas en alguno de los principales problemas de la vida, en aspectos como la adaptación vocacional, sexual o matrimonial. Si la angustia difusa no es demasiado penosa, puede expresarse o controlarse por medio de rasgos de personalidad. Es característico que los pacientes que en forma constante son acusados por una angustia generalizada se muestran tensos, tímidos, y distantes, tienden

(1) Freedman, Alfred et. al. op.cit., Pág. 357.

(2) Kolb. Lawrence. op.cit., Pág. 139.

(3) Idem. Pág. 487.

a experimentar sentimientos de inferioridad, se les dificulta tomar decisiones y temen cometer errores. Habitualmente el enfermo con una neurosis de angustia siente fatiga crónica y se queja de incapacidad para concentrarse. (1)

A través de su efecto sobre el sistema nervioso autónomo la angustia tiene una especial facilidad para trastornar funciones fisiológicas y encontrar expresión en síntomas psicofisiológicos. En las formas más agudas puede producir una tensión viseral generalizada y por lo tanto hiperventilación, espasmo de la porción cardíaca y pilórica del estómago, irritabilidad intestinal, diarrea o constipación, palpitaciones y taquicardia.

#### Trastorno de angustia:

El trastorno de angustia es la forma de ansiedad severa, que se encuentra con más frecuencia en la práctica clínica. De acuerdo con los últimos criterios diagnósticos de DSM-III-R Asociación psiquiátrica americana 1,987. El trastorno de angustia existe en muchos pacientes que antes habían sido diagnosticados de trastornos de ansiedad generalizada (2)

El trastorno de angustia se caracteriza por crisis inesperadas y no provocadas de síntomas cognitivos (miedo, temor) y físicos (palpitaciones, temblor, dificultad para

(1) Idem Pág. 139.

(2) Thomas J. Mc. Glug/Harry L. Melacif. editores "Diagnóstico y tratamiento de los trastornos de ansiedad" Manual para el médico. Cía Upjohn. 1993. Pág. 81.

respirar) de ansiedad. Estas crisis tienen un comienzo rápido, los síntomas aparecen súbitamente, alcanzando un pico dentro de los primeros 10 minutos y cediendo antes de los 60 minutos. Una sensación intensiva de angustia no se define como angustia. Sin embargo, la crisis se da cuando coinciden un episodio de taquicardia, más dificultad para respirar, sensación de inestabilidad y parestesias, asociados con sensación de ansiedad. Se diagnostica un trastorno de angustia cuando el paciente ha tenido alguna vez 4 crisis de angustia dentro de un período de 4 semanas. (1)

Signos típicos de una crisis de angustia :

1. Dificultad para respirar (disnea) o sensación de ahogo.
2. Mareo, inestabilidad o desvanecimiento .
3. palpitaciones o taquicardia.
4. Temblor o agitación.
5. Sudoración.
6. Atragantamiento.
7. Náuseas o molestias abdominales.
8. Despersonalización o desrealización.
9. Entumecimiento o sensación de hormigueo.
- 10 Sofocos o escalofríos.
- 11 Dolor o molestias en el tórax.
- 12 Miedo a morir.
- 13 Miedo a volverse loco o a perder el control.

Puesto que el trastorno de angustia suele ser

(1) Idem. Pág. 82.



crónico y recidivante provoca una variedad de síntomas somáticos, a los cuales el paciente busca evaluación diagnóstica a pesar de que se les asegure que no existe una enfermedad orgánica.

#### Epidemiología:

Se estima que las neurosis de angustia afectan aproximadamente al 5 % de la población adulta. Con mayor predominio en el sexo femenino; son frecuentes las ansiedades con respecto a la menstruación, embarazo y menopausia. En cuanto a la edad, en la infancia y la adolescencia la ansiedad no conduce a neurosis de angustia; es en los adultos jóvenes donde la incidencia de neurosis de angustia es mayor. (1)

#### 1.1.2.2 TRATAMIENTO:

El tratamiento de las neurosis de angustia siempre comporta una combinación de medios de orden psicológico y fisiológico.

#### Psicoterapia:

La calma, la confianza y el apoyo del terapeuta es básico para el tratamiento del paciente con neurosis de angustia, quien busca al psiquiatra con la esperanza de que le cure o al menos le alivie su angustia, atribuyéndole poderes mágico curativos. (2)

(1) Freedman, Alfred, et. al op.cit., Pág. 360.

(2) Idem. Pág. 362.

La atención del psiquiatra debe dirigirse a descubrir cual es la acción de los factores psicodinámicos, a intentar la adaptación de dichos factores y a reeducar al paciente. Debe prestarse menos atención a los ataques de angustia y más al estudio de la personalidad del enfermo, así como a las situaciones y actitudes que le provocan frustración y tensión. (1)

#### FARMACOTERAPIA:

Los tranquilizantes menores son los más indicados en las neurosis de angustia, éstos pueden contribuir a que el paciente esté más disponible para la psicoterapia, dado que los fármacos no son utilizados para evitar o negar los temas con carga emocional. Entre ellos se encuentran: meprobamato, diazepam y clordiacepóxido. Y para los síntomas crónicos de angustia las fenotiasinas y los barbitúricos. (2)

#### 1.1.3 . SALUD MENTAL:

Salud mental no es simplemente la ausencia de enfermedad mental como a menudo se define. Karl Menniger define la salud mental como el ajuste de los seres humanos al mundo con un máximo de efectividad y felicidad. Y la definición de Ginsburg se refiere al dominio del ambiente manifestado en tres áreas cruciales de la vida: amor, trabajo y ocio. (3)

(1) Kolb, Lawrence. op.cit., Pág. 498.

(2) Freedman, Alfred. et. al op.cit., Pág. 763.

(3) Idem. Pág. 749.

La salud mental comunitaria o psiquiatría de higiene pública es el área que trata de examinar factores en el medio ambiente que afectan al individuo y a su comunidad. Los estudios de población y las investigaciones de las variables socioculturales que influyen en la salud mental han sido de interés a partir del aumento de la comprensión de la dinámica del trastorno psiquiátrico. Se interesó en determinar qué sectores de una población presentan más trastornos, cuales son los miembros del sector más afectado y que relación es posible observar con rasgos socioculturales característicos. Otro esquema ha consistido en tomar un área geográfica determinada, cuantas personas presentan trastornos psiquiátricos y relacionar el tipo de enfermedad, con la edad, el sexo, el status socioeconómico, integración sociocultural. (1)

#### 1.1.3.1 NIVELES DE PREVENCIÓN:

Nivel primario: "Los programas de prevención primaria en psiquiatría están destinados a disminuir la frecuencia de aparición de trastornos emocionales en la comunidad, combatiendo las condiciones sociales causantes de estrés o potencialmente nocivos, productoras de enfermedad mental e interviniendo con prontitud ante estas condiciones". (2)

Nivel secundario: Es la identificación precoz y pronto tratamiento de las enfermedades o trastornos mentales.

(1) Idem. Pág. 753-756.

(2) loc.cit.

Nivel terciario: La prevención terciaria consiste en disminuir la frecuencia de funcionamiento deficiente producido por los trastornos mentales (rehabilitación).

Los servicios nacionales de salud supuestamente deben responder a las necesidades de la comunidad. Sin embargo, la mayoría de las poblaciones localizadas en el Area rural o en zonas marginales que viven en extrema pobreza no tienen acceso a tales servicios, aunque el objetivo fundamental de los sistemas de salud sea el de dar a todos los miembros de la comunidad acceso oportuno y suficiente a los servicios de salud, para ello se requiere en primer lugar de la existencia del servicio, remover las barreras de orden social, económico y organizacional.

"Durante la conferencia internacional sobre atención primaria en salud en Alma-atá (Kazakistán 1.978), se propuso la estrategia denominada "atención primaria en salud" como forma de brindar atención médica, a ser puesta en marcha en todos los países, principalmente en los países en desarrollo, con le objeto de satisfacer los requisitos de atención de las poblaciones. Con este plan de atención primaria se introdujo la atención primaria en salud mental. Esta estrategia del plan de acción mundial para lograr la meta social que consiste básicamente en alcanzar un grado de salud que permita a todos los ciudadanos del mundo una vida social y económicamente

productiva. (1)

Particularmente en relación a los países en desarrollo, se designa globalmente como atención primaria la atención dispensada al individuo y a la población en general; en áreas rurales usualmente está a cargo de personal auxiliar

En situaciones de mayor desarrollo socioeconómico, las características atribuibles a la atención primaria, su alcance y contenido son diferentes en función de la existencia de una más amplia disponibilidad de recursos. Pero en ambas acepciones se reconoce una condición básica; la atención primaria hace referencia al primer contacto del individuo, la familia y la comunidad con el sistema de prestación de servicios de salud. (2)

#### 1.1.4 SALUD DE LOS TRABAJADORES:

Esta área está contemplada en el plan de acción SPT/2,000 (Salud para todos en el año 2,000) y tiene como objetivo ampliar los servicios de salud ocupacional tomando en cuenta las características de la mecanización y tecnificación de la agricultura y de la tecnología industrial.

Los principios en los que se basa esta Area son: promover el interés y la participación activa de los trabajadores y los empresarios en tratar de reducir la

(1) OMS Estrategia Salud para todos en el año 2,000, Washington 1,980 Pág. 5-115.

(2) Jorge Castellanos Robayo. Programa Experiencias docentes con la comunidad, EPS rural. Fac. Medicina USAC 1,985 pp.13

invalidez debido a accidentes y a enfermedades relacionadas con el trabajo, incluyendo la exposición a sustancias tóxicas, mejorar el conocimiento sobre las enfermedades ocupacionales; aumentar el control de los factores ambientales en los lugares de trabajo, así como toma de medidas correctivas para eliminar riesgos. (1)

Los trabajadores agrícolas que constituyen un grupo social de mucha importancia para la economía del país, se puede decir que es en gran medida no tienen acceso a los servicios de salud y por lo tanto ni el más mínimo contacto con los servicios de salud mental; negándose así un derecho que les es propio.

Este grupo de trabajadores agrícolas está constituido por campesinos y por proletarios.

#### 1.1.5 DIFERENCIACION CAMPESINA:

La diferenciación campesina está determinada por una serie de elementos y por la desigualdad de los bienes en la sociedad capitalista (burgueses-proletarios).

La masa campesina no forma una clase única, sino tres tipos de campesinos:campesinos acomodados, (ricos o burguesía campesina), campesinos medios y campesinos pobres.

(2)

(1) OMS op.cit., Pág. 83.

(2) Instituto de Investigaciones Económicas y Sociales  
"El proceso de diferenciación del campesino" Guatemala  
USAC. 1,982. 16pp.

Campeſinos acomodados: Son aquellos que concentran más de la mitad de todas sus siembras, o sea que están por encima de su capacidad de trabajo familiar, viéndose obligados a contratar obreros asalariados. Tales campeſinos entonces practican una agricultura de carácter mercantil, la cual se transforma en capitalista. Su nivel tecnológico agrícola es muy superior al término medio; creando un excedente de producción que acumulan para la ampliación de sus haciendas.

"Su proceso productivo se sustenta en la explotación del trabajo ajeno y son los que con más frecuencia toman las tierras en arrendamiento, por lo que pasan a integrar la burguesías agraria". (1)

Campeſinos medios: Son los que cubren sus gastos con los ingresos provenientes de la tierra; su pequeña producción se basa en la utilización de la fuerza de trabajo del grupo familiar, la que se destina para el propio uso o consumo. La situación es más precaria cuando se convierten en jornaleros o campeſinos pobres, que subsisten por el hecho de vender su fuerza de trabajo.

Campeſinos pobres: Es el grupo de campeſinos que siembra muy poco por lo que no pueden cubrir sus necesidades con ingreso que proviene de sus cultivos; no tiene esta ocupación durante todo el año agrícola, pero vive del cultivo de las mismas en beneficio propio, trabajan como asalariados para sus vecinos de aldea o bien trabajan en la mayoría de los casos en faenas agrícolas, sus utensilios agrícolas son rudimentarios

Los campesinos pobres son los que se acercan más a un estado de proletarización.

Otra de las causas que provoca la diferenciación campesina es la tecnología de que dispongan, así como el número de instrumentos especializados que utilizan. La forma objetiva en que se manifiesta el proceso de diferenciación campesina es por una parte un grupo de campesinos que abandona la tierra, la da en arrendamiento, o le es expropiada; estos se trasladan a la ciudad en busca de mejores condiciones de vida. Y por otro lado, otro grupo acapara la tierra por compra, arrendamiento o por expropiación, procura el progreso para la economía campesina, utilizando tecnología superior y haciendo mejoras a sus haciendas.

#### 1.1.5.1 ASALARIADO RURAL PERMANENTE:

Según Figueroa Ibarra: Los dos tipos fundamentales de asalariados rurales permanentes son: mozos colonos y proletario rural. (1).

a) Mozo Colono: Tienen sus raíces en la época colonial y luego en el proceso de acumulación observado durante la reforma liberal. Es todo trabajador que vive en una finca determinada a la cual vende su fuerza de trabajo a cambio de una porción de tierra y un salario para su subsistencia; se le llama también "ranchero". Se cree que en algún tiempo, a este tipo de trabajador se le brindaba además cierta ración de maíz, frijol, arroz y otros. Es un grupo social con tendencia a



desaparecer porque los propietarios de fincas prefieren hacer subsistir a las fuerzas de trabajo por medio del salario en lugar de hacerlo por medio de la vinculación de ésta con la tierra. Transformándose gradualmente en proletarios rurales.

b) Proletarios rurales: Son todos aquellos trabajadores que están desvinculados de la tierra porque la finca no se las otorga, pero viven dentro de ella; se les da una casa y venden permanentemente su fuerza de trabajo a cambio de un salario del cual viven fundamentalmente. Aquí se incluyen los llamados "voluntarios permanentes" que buscan trabajar en las grandes fincas y son contratados por periodos sucesivos de seis meses hasta que ya no se necesite de ellos; no poseen ningún tipo de prestación laboral, viven de las fincas en galeras que son construidas para albergar a los "cuadrilleros" en época de cosecha, las cuales la mayoría de veces no tienen paredes, son solo cuatro a seis horcones que sostienen un techo de lámina o palma con piso de tierra.

Otro tipo importante de proletariado rural además de los residentes son los "jornaleros residentes" quienes mantienen una relación permanente con la finca a la que venden su fuerza de trabajo pero no viven en ella, sino en aldeas y caseríos aledaños a la finca. Se encuentran sobre todo en fincas pequeñas pero que cuentan con relativo desarrollo tecnológico que por lo tanto no quieren desperdiciar la tierra dándosela a los explotados. (2)

(1) Carlos Figueroa Ibarra. El proletariado rural en el agro guatemalteco. Guatemala USAC, 1,980. Pág. 198.

(2) Idem. Pág. 230.

### 1.1.5.2 ASALARIADO RURAL TEMPORAL:

Este grupo social es la fuerza de trabajo que produce en mayor medida la riqueza en Guatemala. Debido a un retraso en el desarrollo de las fuerzas productivas y a la debilidad de la fracción terrateniente no se le puede mantener permanentemente. Siendo ellos los cuadrilleros y los voluntarios. (1)

Cuadrilleros: Son asalariados que proceden generalmente de los minifundios, son contratados y agrupados en cuadrillas organizadas en sus lugares de origen y llevados a las grandes fincas en contratos que generalmente son de treinta días.

Voluntarios: Son los trabajadores que viajan por su propia cuenta a las grandes fincas en busca de trabajo sin un contrato determinado.

### 1.1.6 ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LAS FINCAS Y LOS SERVICIOS PERSONALES: (2)

La producción comercial de café en Guatemala desde sus orígenes fue controlada por los extranjeros, quienes incorporaron a la agricultura comercial el sistema de trabajo forzado, utilizado en el país desde el colonialismo español, o sea las tradicionales relaciones de producción precapitalista. En 1,861 los primeros finqueros extranjeros en Alta Verapáz el francés Jules Rossognon y el inglés Charles Meany, exigían

(1) Idem. Pág. 279.

(2) Julio Castellanos Cambranes. Café y campesinos en Guatemala 1853-1897. Guatemala, edit. Universitaria USAC (Colección realidad nuestra, 12) Pág. 137-157.

que las autoridades locales activaran el reclutamiento de hombres, actividad conocida como "mandamiento" pagándole a los campesinos sueldos miserables para obtener mayores ganancias. Esta es una de las características de los finqueros hasta nuestros días, los cuales han considerado que las autoridades del país cumplen a cabalidad sus funciones cuando favorecen sus intereses.

En la costa sur los finqueros aprovecharon la fuerza de trabajo que ya existía dentro de las fincas en calidad de colonos, atraieron campesinos pobres ofreciéndoles un salario poco mayor que el que se pagaba y como complemento un lote de terreno para sus cultivos, para que pudieran vivir con sus familias bajo un techo "propio".

Durante el gobierno de Vicente Cerna, los finqueros extranjeros y los guatemaltecos pidieron al gobierno la autorización para establecer en medio de sus fincas una población de gente pobre, principalmente indígena, les ofrecieron tierras para sus cultivos, iglesia, escuela y hospital, para proveerse así de la cantidad de gente que necesitaban para realizar los trabajos, haciéndoles sentir que poseían buenas ventajas o que lograban un gran favor de los finqueros. En realidad se estaba formando una población semi-esclava dentro de sus propiedades, dotándoles de tierra para que no murieran de hambre con los míseros jornales que se les pagaba. La iglesia tenía el propósito de enseñar a los

campesinos a ser sumisos y respetar a los poderosos; no cumpliendo el compromiso de establecer ni la escuela, ni el hospital.

## 1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los problemas de tipo emocional afectan a todas las personas en grado diverso, los factores precipitantes también varían en cada caso; pero en todos provocan un desequilibrio que puede manifestarse con síntomas aparentemente orgánicos.

La depresión y la angustia son dos entidades clínicas reconocidas desde la antigüedad y que se sabe alteran el bienestar general de las personas que las padecen. La depresión se observa muy frecuentemente y se manifiesta por tristeza, falta de iniciativa, cansancio, dolor de cabeza, insomnio, trastornos intestinales como anorexia, gastritis, diarrea, etc. El precipitante más común de las depresiones es la pérdida de un objeto amado; en otros casos se trata de una pérdida psicológica interna, sin embargo cualquiera que sea la causa, la depresión conduce a la pérdida de la autoestima del paciente. Cuando la depresión es neurótica, las ideas suicidas casi siempre están presentes, aunque a veces sólo tienen un propósito comunicativo. (1)

La angustia es considerada como la fuente dinámica común en las neurosis (2) puede surgir ante frustraciones, problemas de la vida y al igual que la depresión produce en el paciente sentimientos de inferioridad, se le dificulta tomar

(1) R.A. Mackinnon/R. Michels op.cit. Pág. 179.

(2) Kolb, Lawrence op.cit., Pág. 487.

decisiones y temen cometer errores. La angustia a través del sistema nervioso autónomo trastorna funciones fisiológicas, expresándose con palpitaciones, hiperventilación, sudoración excesiva, insomnio, anorexia, etc. lo que hace creer al paciente que tiene un enfermedad orgánica.

Estas dos entidades se presentan frecuentemente pero pueden pasar inadvertidas porque suelen atenderse sus síntomas de expresión fisiológica; como es el caso de algunos trabajadores agrícolas de fincas cafetaleras del departamento de Santa Rosa, quienes tienen a su servicio un centro asistencial que utilizan cuando "necesitan", los pacientes consultan al médico esperando un tratamiento rápido a sus molestias que a veces no se resuelven por no ser de origen orgánico .

La observación de este problema y la inquietud de determinar la presencia de depresión y angustia en un grupo social particular como lo es el de los trabajadores agrícolas de fincas cafetaleras, quienes a su vez se dividen en dos grupos: trabajadores fijos o permanentes que viven dentro de las mismas fincas donde trabajan y los trabajadores temporales que acuden a éstas en determinada época (cosecha). Así como conocer en cuál de estos dos grupos se presentan con mayor frecuencia la depresión y la angustia, conllevó a la realización del presente estudio utilizando como sede el

centro asistencial "ACOGUA-I" (Asociación de Caficultores de Oriente de Guatemala), ubicado en la finca "El progreso" municipio de Barberena, Santa Rosa; este centro atiende a los trabajadores de las 14 fincas asociadas. Se tomó una muestra aleatoriamente de 300 trabajadores que asistieron a consulta médica de los cuales 183 fueron trabajadores permanentes y 117 trabajadores temporales; considerando las variables edad, sexo, procedencia, estado civil, religión, escolaridad y grupo étnico. Referidos por el médico de dicho centro.

Se utilizó para este fin una entrevista y la aplicación del cuestionario de síntomas Self Reporting Questionnaire (SRQ) diseñado y aprobado por la Organización Mundial de la Salud como un estudio colaborador para extender los servicios de salud mental.

El problema se ubica en el área social, por ser un estudio de masa perteneciente a un grupo social determinado, igualmente en el área naturaleza porque intervienen factores de tipo orgánico.

Se relaciona con problemas de índole socioeconómico, familiares, ambientales y culturales.

### 1.3 FORMULACION DE HIPÓTESIS

#### 1.3.1 Premisas:

- 1 La salud es un estado de bienestar físico, mental y social que constituye un derecho de todas las personas, cualquiera que sea su condición económica y social.
- 2 La salud física y mental son igualmente importantes para lograr el equilibrio bio-psicosocial del individuo.
- 3 La depresión y la angustia son alteraciones de la salud mental que se pueden manifestar por síntomas físicos.
- 4 El diagnóstico adecuado de la depresión y la angustia conduce a un conocimiento de cómo se encuentra la salud mental de una comunidad.

#### 1.3.2 Hipótesis de investigación:

"Los trabajadores agrícolas permanentes de las fincas cafetaleras del oriente de Guatemala presentan mayor frecuencia de depresión y angustia en comparación con los trabajadores agrícolas temporales".



## CAPITULO II

2.1 Técnicas de Muestreo:

Para la selección de la muestra se utilizó la técnica aleatoria, la cual estuvo integrada por 300 trabajadores agrícolas que consultaron al centro asistencial ACOGUA-I (Asociación de caficultores del Oriente de Guatemala) el cual brinda atención médica y medicamentos a los trabajadores de las 14 fincas asociadas. Fueron ellos trabajadores fijos o permanentes y trabajadores temporales de ambos sexos, de 10 años de edad en adelante, con escasa o ninguna escolaridad. Independientemente del motivo de consulta fueron referidos por el médico, ha había ya evaluado que no presentaban ninguna enfermedad orgánica grave.

Técnica de Recolección de Datos:1. Entrevistas:

Se estableció rapport con los pacientes; luego se les explicó el porqué de las preguntas que se les plantearían. De esta manera se logró obtener información sobre aspectos personales, familiares y de salud que contribuyeron a una mejor interpretación de los resultados de la prueba.

2. Observación:

Se observó la conducta de los pacientes al ingresar a la clínica, su reacción ante la explicación del objetivo de las preguntas, colaboración y comportamiento motor durante la

aplicación del cuestionario.

### 3. Evaluación:

Los instrumentos fueron leídos por el examinador o explicados mediante el cuestionario ilustrado de síntomas que incluye el test el cual sirve para clarificar los conceptos a los pacientes puesto que existe un alto nivel de analfabetismo y diferencias culturales que pueden afectar la comprensión.

#### Técnica de análisis estadístico:

Se procedió a ordenar y a tabular los datos recabados mediante la observación, la entrevista y la aplicación del instrumento de evaluación. Luego se codificaron los resultados por medio de estadística descriptiva y se presentaron en forma porcentual.

## 2.2 Instrumentos:

### 1. Cuestionario general:

A cada persona de la muestra se le aplicó un cuestionario que reveló información sobre sexo, edad, escolaridad, relación laboral, procedencia, cargas familiares, estado civil, estado de salud (enfermedad actual o secuelas de enfermedad anterior.)

## 2. The Self Reporting Questionnaire (SRQ):

Es un instrumento diseñado y aprobado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como parte de un estudio colaborador sobre estrategias para extender los servicios de salud; para un programa de orientación y promoción de la salud mental de las comunidades rurales de países en desarrollo que se inició en el año de 1,982 .

Está diseñado para ser aplicado por personal auxiliar de servicios ambulatorios conocidos como trabajadores de atención primaria en salud (TAP), técnicos, asistentes, promotores, etc. para que con previo adiestramiento, puedan utilizar adecuadamente el manual y así identificar y tratar los casos que correspondan a los síntomas más comunes y referir a especialistas (médico, psicólogo, psiquiatra) los casos que por la complejidad de su sintomatología lo necesite. Este personal auxiliar trabaja en forma integral con un servicio médico que le sirve de apoyo o guía y como centro de referencia para casos que lo requieran.

Es un cuestionario ilustrado de síntomas que sirve para que cuando se le muestre al paciente, éste pueda hacer una "autodescripción" y así identificar su sintomatología. Consta de 25 preguntas de las cuales las primeras 20 corresponden a síntomas de depresión y angustia, las preguntas 21 a 24 corresponden a síntomas de psicosis y la pregunta

número 25 indaga sobre la existencia de trastornos convulsivos. Sin embargo, sólo se tomaron las primeras 20 preguntas del cuestionario porque el objetivo del estudio es conocer la presencia de depresión y angustia en la muestra. Para su interpretación se suman las respuestas positivas y si la puntuación es de 11 en adelante se considera "caso" de depresión y angustia.

#### Procedimiento de trabajo:

Se procedió a observar la actitud de los pacientes ante el contacto con el examinador, se estableció rapport y se llevó a cabo la entrevista. Seguidamente se aplicó el cuestionario de síntomas The Self Reporting Questionnaire (SRQ) para lo que se les explicó que se les harían unas preguntas referentes a ciertos síntomas o molestias que pudieran haber estado sintiendo durante los últimos 30 días a las que debían responder sólo SI o NO según fuera el caso. El examinador debía anotar en la respectiva boleta las respuestas de los pacientes; dicha boleta consiste en una hoja de papel bond mimeografiado en el que aparecen las 20 preguntas que indagan sobre depresión y angustia.

Los resultados obtenidos del SRQ y de la entrevista se analizaron descriptivamente y se presentaron por medio de porcentajes con gráficas respectivas.

## CAPITULO III

Presentación y Análisis de resultados:3.1 Presentación:

La presente investigación se llevó a cabo en el centro asistencial "ACOGUA-I" (Asociación de caficultores de Oriente de Guatemala) ubicado en la finca "El progreso" del municipio de Barberena, Santa Rosa.

La muestra estuvo conformada por 300 pacientes trabajadores de las fincas cafetaleras asociadas de las cuales el 51.0 % fueron trabajadores permanentes o sea que residen dentro de las fincas. El 39.0 % fueron trabajadores que temporalmente prestan sus servicios a tales fincas, y que proceden de distintos lugares de la república, principalmente de aldeas de los departamentos de Huehuetenango, San Marcos, El Quiché, Quetzaltenango y Jalapa. Los pacientes fueron de ambos sexos, comprendidos entre las edades de 10 a 60 años o más que fueron trabajadores que asistieron a consulta médica durante los meses de agosto a diciembre de 1,991.

3.1.1 Características de la muestra:

La entrevista que se aplicó a los elementos de la muestra reveló las siguientes características:

CUADRO No. 1

Porcentaje de trabajadores permanentes y temporales.

Condición Laboral	f.	%
Permanentes	183	61.0 %
Temporales	117	39.0 %
Total	300	100.0 %

Fuente: Boleta de recolección de datos. (ver gráfica No.1)

Del total de pacientes que constituyó la muestra, el 61.0 % correspondió al grupo de trabajadores permanentes y el 39.0 % al grupo de trabajadores temporales.

Trabajador permanente: Persona que vive en la finca para la cual trabaja durante todo el año en diferentes tareas según las necesidades del cultivo de café, y al cual se le provee de una pequeña casa que es de madera o de block y de su salario.

Trabajador temporal: Es aquel que vende su fuerza de trabajo a las fincas durante la época de cosecha, es decir que vive y trabaja en ellas unicamente durante el tiempo que dure dicha cosecha. reciben su salario y viven en galeras grandes que alojan a varias familias, construídas especialmente para éstos trabajadores.

CUADRO No. 2

Distribución de frecuencias por edad y sexo de 300 trabajadores agrícolas que consultaron al centro asistencial "ACOGUA-I" de agosto a diciembre de 1,991

Edad \ Sexo	Masc.		Fem.		Total	%
	Masc.	%	Fem.	%		
11-20 años	20	6.7	24	8.0	44	14.7
21-30	37	12.3	44	14.7	81	27.0
31-40	31	10.3	39	13.0	70	23.3
41-50	32	10.7	26	8.7	58	19.3
51-60	16	5.3	19	6.3	35	11.7
61-Más	9	3.0	3	1.0	12	4.0
Total	145	48.3	155	51.7	300	100.0 %

Fuente: Boleta de recolección de datos. (ver gráfica No.2)

En éste cuadro se observa que la mayor cantidad de trabajadores de ambos sexos está comprendida entre las edades de 21 a 40 años (50.3%), lo cual es de esperarse debido a que es una edad productiva. Se nota además que hay un 14.7% de trabajadores menores de 20 años, lo que indica que se inician tempranamente en esta actividad, y que pocos (4%) continúan trabajando después de los 60 años.

CUADRO No.3

Distribución de frecuencias de 300 trabajadores agrícolas de fincas cafetaleras, en relación a edad y condición laboral, en el período de estudio.

Trabajador Edad	Permanentes	%	Temporales	%	Total	%
11-20años	16	8.7	25	21.3	44	14.7
21-30	42	23.0	39	33.3	81	27.0
31-40	38	20.7	32	27.3	70	23.3
41-50	45	24.6	13	11.1	58	19.3
51-60	28	15.3	7	6.0	35	11.7
61-Más	11	6.0	1	0.8	12	4.0
Total	183	100.0	117	100.0	300	100.0 %

Fuente: Boleta de recolección de datos.

En este cuadro se observa que en el grupo de trabajadores permanentes el mayor porcentaje se encuentra entre las edades de 41 a 50 años. Mientras en el grupo de trabajadores temporales el porcentaje más alto está comprendido entre las edades de 21 a 30 años. Además se observa que en el grupo permanente el porcentaje de trabajadores de 51 años en adelante es alto (21.3%) en relación al grupo de trabajadores temporales (6.8%).



CUADRO No. 4

Distribución de frecuencias por edad y sexo de 183 trabajadores agrícolas permanentes que consultaron al centro asistencial "ACOGUA-I" de agosto a diciembre de 1,991

Sexo Edad	Masculino		Femenino		Total	%
	Masculino	%	Femenino	%		
11-20 años	7	3.8	12	6.5	19	10.3
21-30	16	8.7	26	14.2	42	23.0
31-40	14	7.6	24	13.1	38	20.7
41-50	23	12.5	22	12.0	45	24.6
51-60	11	6.0	17	9.2	28	15.3
61-Más	8	4.4	3	1.0	11	6.0
Total	79	43.0	104	57.0	183	100.0 %

Fuente: Boleta de recolección de datos. (ver gráfica No.3)

En este cuadro se puede observar que un poco más de la mitad de las personas del grupo permanente fueron de sexo femenino (57%) y casi en todos los rangos de edades de edades, existiendo un predominio mayor de 14.2% en las edades de 21 a 30 años. Mientras en las personas de sexo masculino el porcentaje más alto (12.5%) está entre las edades de 41 a 50 años. Es importante también observar que un porcentaje alto (21%) lo conforman los rangos de edad mayores de 50 años, de ambos sexos.

CUADRO No. 5

Distribución de frecuencias por edad y sexo de 117 trabajadores agrícolas temporales que consultaron al centro asistencial "ACOGUA-I" de agosto a diciembre de 1,991

Sexo Edad	Masculino	%	Femenino	%	Total	%
11-20 años	13	11.1	12	10.2	25	21.4
21-30	21	18.0	18	15.4	39	33.3
31-40	17	14.5	15	12.8	32	27.4
41-50	9	7.7	4	3.4	13	11.1
51-60	5	4.3	2	1.7	7	6.0
61-Más	1	0.8	0	0.	1	0.8
Total	66	56.4	51	43.6	117	100.0 %

Fuente: Boleta de recolección de datos. (ver gráfica No.4)

En este cuadro se observa que en el grupo de trabajadores temporales existió un porcentaje mayor en el sexo masculino (56.4%) con predominio en las edades de 21 a 30 años (18%). Igualmente las personas de sexo femenino con un porcentaje de 15.4% en éste rango de edad hacen consultas médicas. por otro lado, las personas mayores de 50 años consultan con menor frecuencia.

CUADRO No. 6

Distribución de frecuencias de 300 trabajadores agrícolas que consultaron al centro asistencial "ACOGUA-I" en relación a su condición laboral y grupo étnico al que pertenecen.

Trabajadores Grupo étnico	Permanentes	%	Temporales	%	Total	%
Ladino	167	91.3	22	18.8	189	63.0
Indígena	16	8.7	95	81.2	111	37.0
Total	183	100.0	117	100.0	300	100.0

Fuente: Boleta de recolección de datos. (ver gráfica No. 5)

Se consideró en este estudio el grupo étnico para poder clasificar a los integrantes de la muestra y se definieron al ladino e indígena por sus diferenciales externos, y lenguaje sobre todo, por sus características culturales, históricas, psíquicas e identitarias.

Ladino: Su vestimenta es variada, principalmente en la mujer (vestido, falda, pantalón) regularmente se ven personas que residen en las fincas o que proceden de comunidades del oriente de Guatemala, principalmente de Jalapa; en su mayoría son de tez clara y utilizan el idioma español.

Indígena: Originario de esta tierra, viste trajes típicos - característicos de su lugar de procedencia, sus apellidos en casi todos los casos tienen cierta similitud, tienen lengua propia, identidad étnica, historia y cultura comunes.

En el cuadro anterior se observa que del total de personas incluidas en el estudio, el 63 % son ladinos residentes en las fincas o procedentes de comunidades cercanas, principalmente de Jalapa. Esto es de esperarse por el hecho de que la mayoría de trabajadores son indígenas procedentes del occidente de Guatemala, que tradicionalmente viajan en "cuadrillas" a fincas dedicadas a la agroexportación que los contratan principalmente durante la época de cosecha.

CUADRO No. 7

Porcentaje de alfabetas y analfabetas en 300 trabajadores agrícolas que consultaron al centro asistencial "ACOGUA-I" de agosto a diciembre de 1,991. Distribuidos por sexo y condición laboral.

Trabajador	PERMANENTES				TEMPORALES				TOTAL	%
	Escolaridad	Masc.	Fem.	Total	%	Masc.	Fem.	Total		
Alfabetas	51	30	81	44.3	13	4	17	14.5	98	32.7
Analfabetas	28	74	102	55.7	53	47	100	85.5	202	67.3
Total	79	104	183	100.0	66	51	117	100.0	300	100.0

Fuente: Boleta de recolección de datos. (ver gráficas No. 6 y 7)

En este cuadro se observa que de la población estudiada el 32.7% es alfabetas y el 67.3% es analfabetas. Comparando los dos grupos de trabajadores vemos que el mayor porcentaje de alfabetas pertenece al grupo permanente (44.3% con más predominio en el sexo masculino. Mientras en el grupo temporal el porcentaje de analfabetas es de 85.5% con más predominio en el sexo masculino (45.3%).

Analfabeta: No ha existido la escuela, ni sabe leer o escribir.

Alfabeto: Ha cursado algún grado de escuela primaria, o ha aprendido a leer o escribir por cuenta propia.

CUADRO No. 8

Nivel de escolaridad en 300 trabajadores agrícolas que consultaron al centro asistencial "ACOGUA-I" de agosto a diciembre de 1,991. Distribuidos por sexo y condición laboral.

Escolaridad Condición Laboral	P R I M A R I A						S E C U N D A R I A						Total	%			
	1o-3o		total	%	4o-6o		1o-3o		total	%	4o-6o						
	M	F			M	F	M	F			M	F					
Permanent.	16	21	37	12.3	31	9	40	13.3	3	0	3	1.0	1	0	0.3	81	27.0
Temporals.	11	4	15	5.0	2	0	2	0.7	0	0	0	0.	0	0	0.	17	5.7
<b>Total</b>	<b>27</b>	<b>25</b>	<b>52</b>	<b>17.3</b>	<b>33.9</b>	<b>42</b>	<b>14.0</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>1.0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0.3</b>	<b>98</b>	<b>32.7</b>	

Fuente: Boleta de recolección de datos.

En este cuadro se observa que el total de personas alfabetas de la muestra comprenden de un 32.7%. El 27.% pertenecen al grupo de trabajadores permanentes quienes en su mayoría (25.6%) tienen escolaridad primaria de primer a tercer grado; la frecuencia de estudios de cuarto a sexto grado es tres veces mayor en el sexo masculino. El otro 5.7% de la población alfabetas lo compone el grupo temporal.

Solamente 4 personas del grupo permanente y ninguna del grupo temporal tienen estudios a nivel de secundaria.



CUADRO No. 9

Estado civil de 300 trabajadores agrícolas que consultaron al centro asistencial "ACOGUA-I" de agosto a diciembre de 1,991. Distribuidos por sexo y condición laboral.

Trabajadores Estado civil	PERMANENTES				TEMPORALES				Total	%
	M	F	Total	%	M	F	Total	%		
Soltero	16	19	35	19.1	22	11	33	28.2	68	22.7
Casado	21	27	48	26.2	26	24	50	42.7	98	32.7
Unido	41	46	87	47.5	14	11	25	21.3	112	37.3
Viudo	6	7	13	7.1	2	7	9	7.7	22	7.3
<b>Total</b>	<b>84</b>	<b>99</b>	<b>183</b>	<b>100.0</b>	<b>64</b>	<b>53</b>	<b>117</b>	<b>100.0</b>	<b>300</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Boleta de recolección de datos.

Este cuadro muestra que la mayoría (70%) de los trabajadores viven en pareja (casados/unidos). En el grupo de trabajadores permanentes el porcentaje más alto corresponde a las personas que viven unidas (47.5%) y el 26.2% están casadas.

En el grupo temporal es más alto el porcentaje de personas casadas (42.7%) y un 21.3% viven unidas, lo cual puede deberse a que en el altiplano y principalmente en la cultura indígena el matrimonio es mayor valorizado. El porcentaje de personas solteras

es mayor en el grupo temporal (28.2%) que en el grupo permanente(19.1%) mientras el porcentaje de personas viudas es bastante similar entre ambos grupos.

CUADRO No. 10

Práctica religiosa en 300 trabajadores agrícolas que consultaron al centro asistencial "ACOGUA-I" de agosto a diciembre de 1,991. Distribuidos por su condición laboral.

Trabajadores Religión	Permanentes	%	Temporales	%	Total	%
Católica	146	79.8	93	79.5	239	79.7
Evangélica	27	14.7	22	18.8	49	16.3
Mormona	4	2.2	0	0.	4	1.3
Sin religión	6	3.3	2	1.7	8	2.7
Total	183	100.0	117	100.0	300	100.0 %

Fuente: Boleta de recolección de datos.

En este cuadro se observa que en ambos grupos se practica la religión católica(79%) Así como también el porcentaje de personas evangélicas entre ambos grupos no difiere significativamente.

### 3.1.2 Resultados de la evaluación:

A continuación se presentan los resultados obtenidos de la aplicación del Self Reporting Questionnaire (S.R.Q.)

CUADRO No.11

Distribución de la muestra según número de síntomas de depresión y angustia.

Condición laboral	NUMERO DE SINTOMAS							
	1a3	%	4a6	%	7a10	%	Total	%
Permanentes	89	32.5	62	22.6	8	2.9	159	58.0
Temporales	73	26.6	39	14.2	3	1.1	115	42.0
<b>Total</b>	<b>162</b>	<b>59.1</b>	<b>101</b>	<b>36.8</b>	<b>11</b>	<b>4.0</b>	<b>274</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Cuestionario S.R.Q.

Del total de pacientes de la muestra que no presentó depresión y angustia, el 59.1 % de ambos grupos presentó entre 1 y 3 síntomas sugestivos de depresión y angustia, el 36.8% entre 4 y 6 síntomas y un porcentaje menor (4%) entre 7 y 10 síntomas.

Lo que significa que normalmente ambos grupos presentaron algún o algunos síntomas de depresión y angustia, sin llegar a considerarse "casos", según el cuestionario S.R.Q.

CUADRO No. 12

Relación entre presencia de depresión y angustia, sexo y condición laboral.

Trabajadores S.R.Q.	Permanentes				Temporales				Total	%
	M	F	Total	%	M	F	Total	%		
Presencia de Depresión y angustia.	9	15	24	13.1	0	2	2	1.7	26	8.67
No presencia de Dep. y angustia.	70	89	159	86.9	66	49	115	98.3	274	91.33
Total	79	104	183	100.0	66	51	117	100.0	300	100.00

Fuente: Cuestionario S.R.Q.

Según los resultados de las 300 evaluaciones, existe un porcentaje de 8.67% de la población estudiada que presenta depresión y angustia, pues obtienen más de 11 respuestas positivas en el cuestionario S.R.Q. Sin embargo se observa que la mayoría de los casos están en el grupo permanente (8.0%) Mientras en el grupo temporal solamente hubo dos casos (0.67%). En cuanto al sexo, se encontró que con más frecuencia se presentan estas entidades en el sexo femenino en ambos grupos, pues le correspondió el 5.7 % y un 3 % al sexo masculino.

CUADRO No. 13

Presencia de depresión y angustia en relación a edad y condición laboral. Porcentajes parciales de la muestra. (26 sujetos en total)

DEPRESION Y ANGUSTIA

Trabajador Edad	Permanentes				Temporales				Total	%
	M	F	Total	%	M	F	Total	%		
11-20	0	2	2	8.3	0	0	0	0	2	0.7
21-30	3	4	7	29.1	0	1	1	50	8	2.7
31-40	2	2	4	16.7	0	0	0	0	4	1.3
41-50	3	6	9	37.5	0	1	1	50	10	3.3
51-60	1	1	1	4.1	0	0	0	0	2	0.7
61-Más	0	0	0	0.	0	0	0	0	0	0.0
Total	9	15	24	100.0	0	2	2	100	26/100	8.7

Fuente: Cuestionario S.R.Q.

En este cuadro se observa que en el grupo permanente donde hubo más casos positivos de depresión y angustia el mayor porcentaje correspondió a las edades de 41-50 años. (37.5%) y un 29.1% para las edades de 21-30 años. Igualmente en el grupo temporal existió un 50% para cada uno en estos rangos de edad.

CUADRO No. 14

Relación entre presencia de depresión y angustia y escolaridad de los pacientes permanentes y temporales. (26 sujetos en total)

	D E P R E S I O N Y A N G U S T I A								Total	%
	Permanentes				Temporales					
	M	F	Sub-total	%	M	F	Sub-total	%		
Alfabetas	5	2	7	29.1	0	0	0	0	7	27.0
Analfabetas	4	13	17	70.8	0	2	2	100	19	73.0
<b>TOTAL</b>	9	15	24	100.0	0	2	2	100	26	100.0

58

Fuente: Cuestionario S.R.Q.

En este cuadro se puede observar que en el grupo de trabajadores permanentes el 70.8% de los casos positivos de depresión y angustia son personas analfabetas y el 29.1% son alfabetas. Mientras en el grupo de trabajadores temporales el 100% de casos positivos son analfabetas, sin embargo no se considera que esto contribuya o determine la presencia de depresión y angustia, sino porque la mayoría de la muestra (67.3%) es analfabeta.

CUADRO No. 15

Relación entre presencia de depresión y angustia y grupo étnico al que pertenecen los integrantes de la muestra. (26 sujetos en total)

Grupo étnico	DEPRESION Y ANGUSTIA									
	Permanentes				Temporales				Total	%
	M	F	Total	%	M	F	Total	%		
Ladino	5	12	17	70.8	0	0	0	0	17	65.4
Indígena	4	3	7	29.2	0	2	2	100	9	32.6
Total	9	15	24	100.0	0	2	2	100 %	26	100.0%

Fuente: Cuestionario S.R.Q.

Del número de casos con depresión y angustia en los trabajadores temporales, el grupo ladino constituye el 70.8% y un 29.2% son indígenas, en tanto en el grupo de trabajadores temporales el 100% de los casos positivos son indígenas. O sea que el predominio de casos para el grupo ladino se debe a que la muestra incluyó el 63% de personas ladinas de las cuales el 55% eran trabajadores permanentes.



CUADRO No. 16

Relación entre presencia de depresión y angustia y religión de los trabajadores de la muestra. (26 sujetos en total)

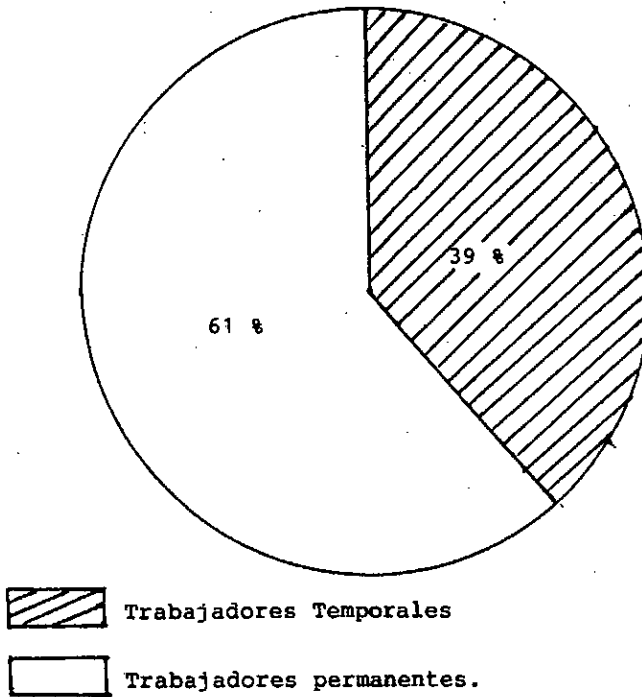
Religión	PRESENCIA DE DEPRESION Y ANGUSTIA									
	Permanentes				Temporales				Total	%
	M	F	Total	%	M	F	Total	%		
Católica	5	11	16	66.7	0	2	2	100	18	69.2
Evangélica	2	3	5	20.8	0	0	0	0	5	19.2
Mormona	1	0	1	4.2	0	0	0	0	1	3.8
Sin religión	1	1	2	8.3	0	0	0	0	2	7.7
Total	9	15	24	100.0	0	2	2	100	26	100.0

Fuente: Cuestionario S.R.Q.

En cuanto a la religión que profesan las personas de la muestra, se encontró que ambos grupos permanentes (66.7%) y temporales (100%) es la religión católica, lo cual se debe a que la muestra se compuso de personas católicas en su mayoría (79.7%)

## GRAFICA No. 1

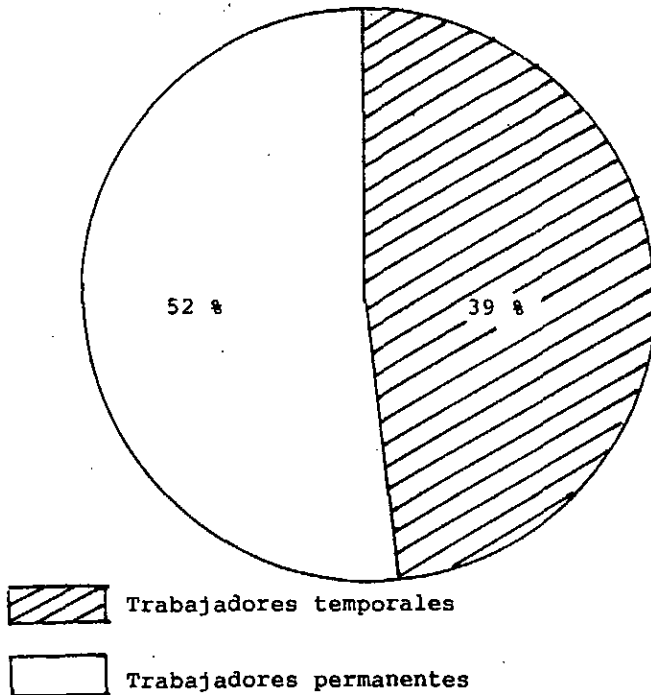
Porcentaje de trabajadores agrícolas permanentes y temporales.



Fuente: Datos obtenidos del cuadro No.1  
Fecha: Agosto-Diciembre/91

## GRÁFICA No. 2

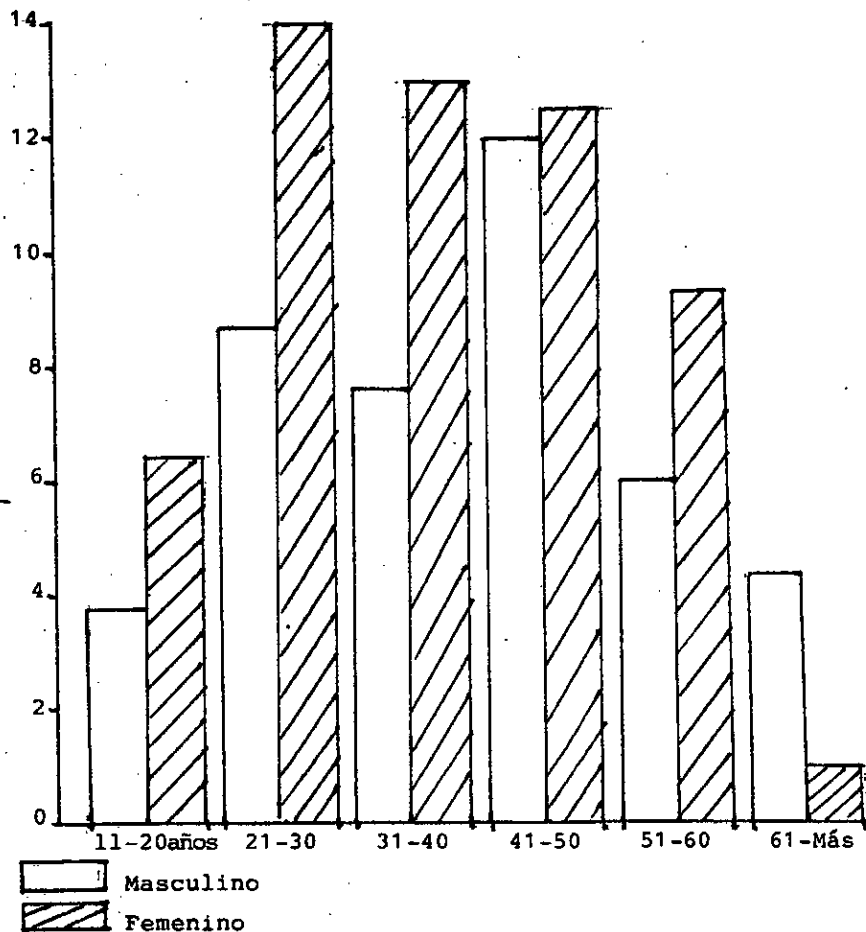
Porcentaje de trabajadores agrícolas de sexo masculino y femenino de la población total.



Fuente: Datos obtenidos del cuadro No. 2  
Fecha: Agosto-Diciembre/91

## GRAFICA No. 3

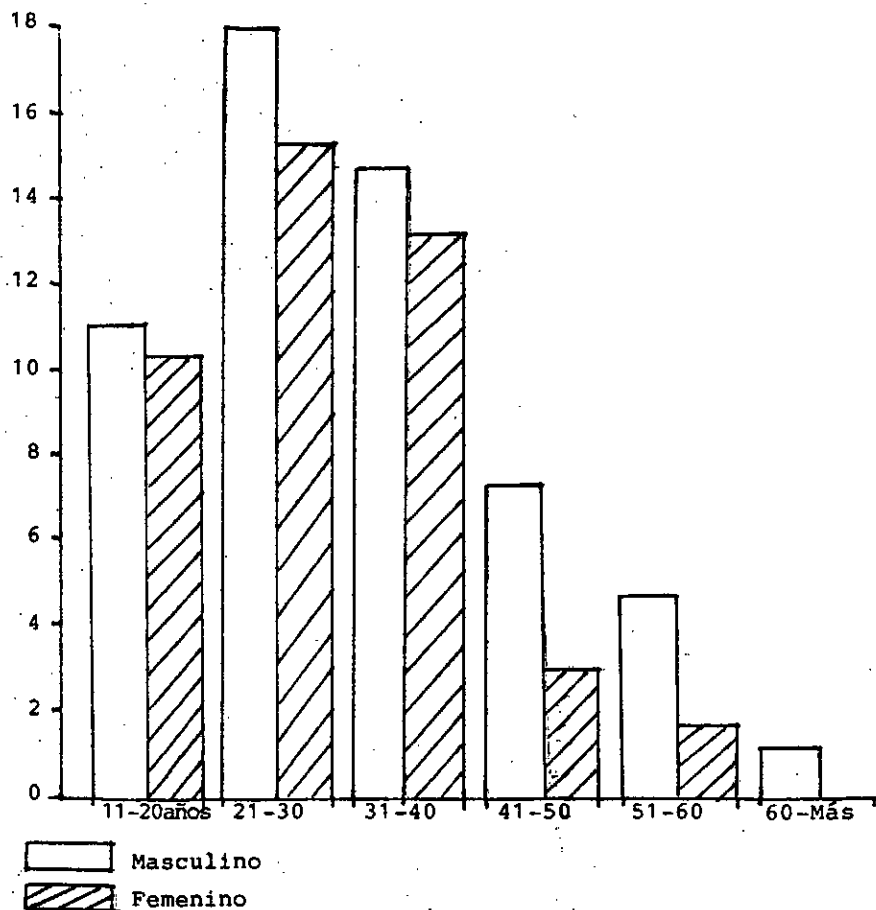
Porcentaje de trabajadores agrícolas permanentes en relación a edad y sexo.



Fuente: Datos obtenidos del cuadro No. 4  
Fecha: Agosto-Diciembre/91

GRAFICA No. 4

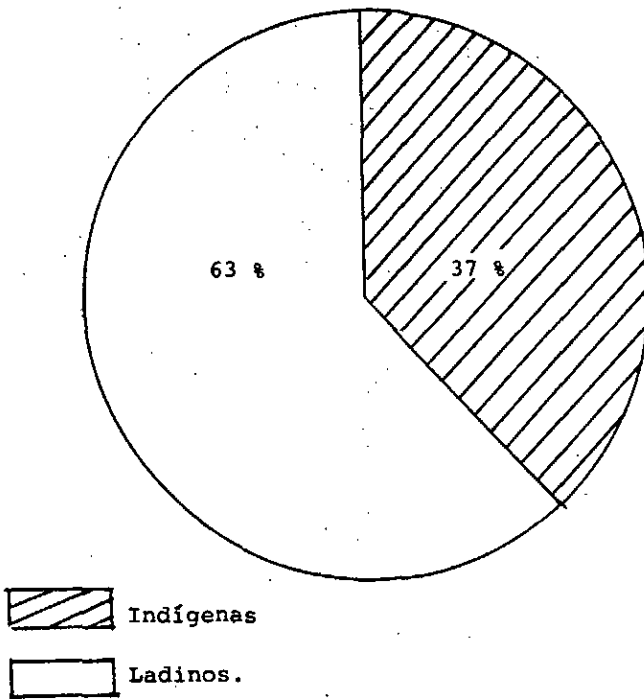
Porcentaje de trabajadores agrícolas temporales  
en relación a edad y sexo



Fuente: Datos obtenidos del cuadro No.5  
Fecha: Agosto-Diciembre/91

## GRAFICA No. 5

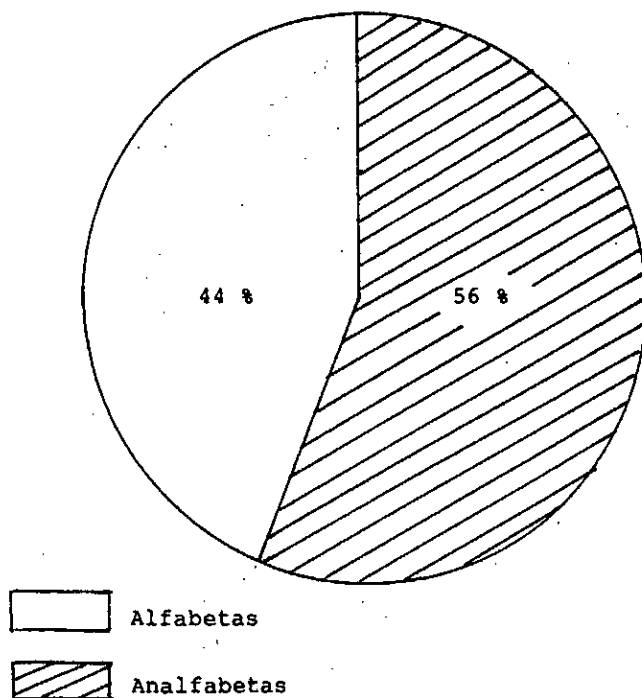
Porcentaje de trabajadores agrícolas en relación a grupo étnico de la población total.



Fuente: Datos obtenidos del cuadro No. 6  
Fecha: Agosto-Diciembre/91

## GRAFICA No. 6

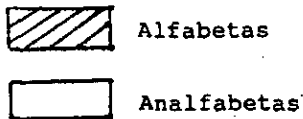
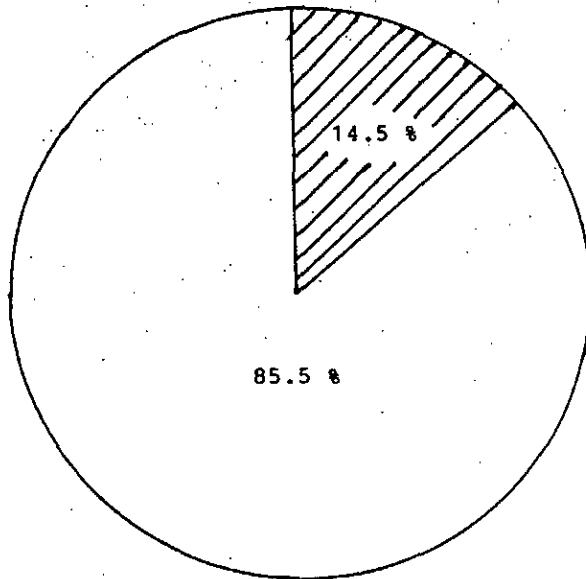
Porcentaje de personas alfabetas y analfabetas en el grupo de trabajadores permanentes.



Fuente: Datos obtenidos del cuadro No. 7  
Fecha: Agosto-Diciembre/91

## GRAFICA No. 7

Porcentaje de personas alfabetas y analfabetas en el grupo de trabajadores temporales.

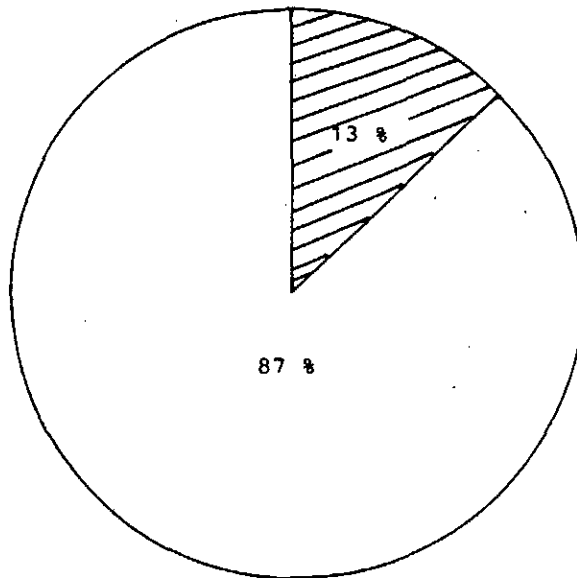



Fuente: Datos obtenidos del cuadro No. 7  
Fecha: Agosto-Diciembre/91.

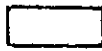


## GRÁFICA No. 8

Porcentaje de trabajadores permanentes en relación a la presencia o ausencia de depresión y angustia.



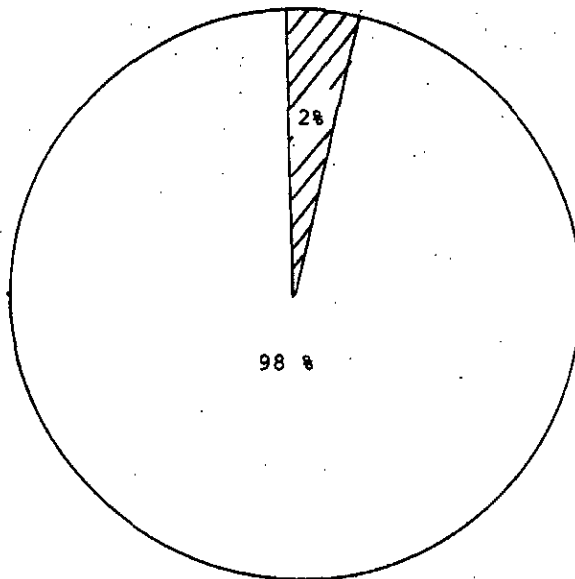
 Presencia de depresión y angustia

 Ausencia de depresión y angustia.

Fuente: Datos obtenidos del cuadro No. 12  
Fecha: Agosto-Diciembre/91

## GRAFICA No. 9

Porcentaje de trabajadores temporales en relación a la presencia o ausencia de depresión y angustia.



Presencia de depresión y angustia



Ausencia de depresión y angustia.

Fuente: Datos obtenidos del cuadro No. 12  
Fecha: Agosto-Diciembre/91

resto del año. Sus motivos de consulta al centro asistencial son justificados o sea que consultan sólo si en verdad se sienten mal (accidentes de trabajo, problemas digestivos y otros).

El grupo que vive permanentemente en las fincas trabaja todo el año en diferentes actividades que requiere la finca, no tienen ninguna propiedad, su salario diario es bajo (Q 11.20), son familia con promedio de 4 hijos en donde solo gana el padre y algún hijo si tiene edad para hacerlo (en época de cosecha trabajan todos los miembros de la familia que sea posible), sus condiciones de vivienda son pobres y su única oportunidad de ganar más dinero es en la época de cosecha .

Todos estos factores indudablemente influyen a la predisposición de las personas a padecer depresión y angustia. El porcentaje de analfabetismo es de 34 % . En cuanto al sexo un número mayor de frecuencia correspondió al sexo femenino, principalmente entre las edades de 41-50 años, que probablemente se debe a cambios hormonales que suceden en esta etapa de la vida que consultan más frecuentemente (3.3 %) y entre las edades de 21 a 30 un porcentaje de 2.7 que es la edad productiva y el crecimiento de los hijos.

La religión que practican con más frecuencia es la católica en ambos grupos, donde pareciera haber algunas malas

### 3.1 Análisis:

En la muestra estudiada se incluyó a dos tipos de trabajadores agrícolas aparentemente homogéneos, pues las diferencias en sus características no son significativas; sin embargo los resultados demostraron que en el grupo de personas que vive y trabaja permanentemente en las fincas obtuvo un porcentaje más alto de depresión y angustia (8 %) de toda la muestra.

El grupo que temporalmente trabaja en las fincas que en su mayoría es indígena procedente del occidente del país, con alto grado de analfabetismo, presentó un porcentaje bajo de depresión y angustia (0.67 %) lo que hace pensar que este grupo pese a su situación socioeconómica, condiciones de vivienda, tipo de trabajo y estado de salud, no se angustian ni se deprimen ante la vida, precisamente han nacido en este ambiente carente de casi todo lo indispensable que no les angustia vivir así, llegan a las fincas únicamente en época de cosecha a trabajar duro y vivir en peores condiciones que en sus lugares de origen, pero lo toman hasta cierto punto como tradición algunos y otros como aventura, es un trabajo que cuánto más hagan (más quintales de café corten al día) más dinero ganan, no se angustian porque es sólo por un tiempo y al terminar la cosecha regresan a sus comunidades donde la mayoría tiene alguna propiedad y cultivos de los que viven el

interpretaciones de ciertos trabajadores que los conducen a deprimirse ante situaciones de su vida y a conformarse con ellas, principalmente en el grupo permanente, razones estas por las que la mayoría de la población estudiada refirió padecer por lo menos de uno de los síntomas de los síntomas de depresión y angustia.

## CAPITULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES4.1 Conclusiones:

- 4.1.1 La depresión y la angustia como entidades mentales afectan a la población rural estudiada en un 8.7 % lo cual se considera un porcentaje importante, pero hay que considerar que el S.R.Q. (The Self Reporting Questionnaire) no establece ningún diagnóstico diferencial; y evalúa los síntomas en relación a los últimos 30 días.
- 4.1.2 Los trabajadores agrícolas de fincas cafetaleras que viven permanentemente en estas fincas presentaron mayor frecuencia de depresión y angustia (8%) en relación a los trabajadores que temporalmente trabajan en ella (0.7%) lo cual confirma la hipótesis de investigación.
- 4.1.3 De la población estudiada las personas del sexo femenino conformaron el porcentaje más alto de presencia de depresión y angustia (5.7%) entre ambos grupos, a pesar de que hubo más sujetos del sexo masculino en la muestra.

- 4.1.4 Los trabajadores agrícolas tanto permanentes como temporales comprendidos entre las edades de 41-50 años, presentaron mayor porcentaje de depresión y angustia (29.1%) que el resto de la muestra.
- 4.1.5 El 73 % de trabajadores agrícolas con depresión y angustia en ambos grupos (permanentes y temporales) son analfabetas, sin que se considere que esta pudiera ser una causa.
- 4.1.6 A pesar que el porcentaje más alto de trabajadores con depresión y angustia lo constituyen el grupo ladino (65.4%) no se considera que sea un factor que influya puesto que de los 22 trabajadores ladinos temporales ninguno presentó estos desórdenes, mientras de los pacientes indígenas permanentes el 26 % fueron casos positivos, lo cual indica que lo determinante en este caso es ser trabajador permanente.
- 4.1.7 El mayor porcentaje de pacientes con depresión y angustia son de religión católica (69.2%) . Sin embargo, se considera que se debe a que la muestra estuvo integrada en su mayoría (79.7%) por trabajadores de religión católica.

4.1.8 En cuanto al estado civil de la muestra, el mayor porcentaje de casos con depresión y angustia lo constituyen las personas viudas (18.1%) seguido por un 11.6% que lo conforman las personas que viven unidas, lo cual se debe a que en ambos grupos existen factores que contribuyen ya que la ausencia de pareja representa menos ingreso económico y apoyo emocional. Y por otra parte, las personas que viven unidas con un número promedio des cuatro hijos en donde en todos los casos solo el padre trabaja, excepto en la época de cosecha, existen factores propicios para padecer estas alteraciones.

En conclusión:

La existencia de un importante porcentaje de personas con depresión y angustia se debe básicamente a las particulares condiciones de vida de este grupo, pues viven permanentemente en un lugar que no les pertenece, en el cual tienen que cumplir a cabalidad con una tarea impuesta, trabajan de lunes a sábado para poder seguir viviendo en estas fincas; con un salario de Q 11.20 diario, si cumplen con su tarea, pues de lo contrario su pago quincenal será menor, no poseen ingreso adicional a parte de algunas personas que han logrado instalar sus pequeñas tiendas dentro de las fincas; es evidente la inadecuada alimentación y la escasa oportunidad de diversión



contar con estadísticas a nivel nacional y así estar conscientes de la problemática. De esta forma se tomarán medidas necesarias para el control y prevención de las enfermedades mentales, presentes en todo grupo social.

4.2.5 Que los propietarios de fincas propicien mejores condiciones de vida a sus trabajadores; salarios más justos, viviendas que se acomoden a sus necesidades familiares. Que se motive la asistencia a la escuela de los hijos de los trabajadores, que se oriente a los padres de familia por parte del personal de salud acerca de cuidados de los niños, medidas higiénicas posibles, control familiar, nutrición, etc. lo cual hace muchísima falta en este lugar, y sobre todo también se tome en cuenta por parte del médico la existencia de desórdenes afectivos o mentales antes de tratar una entidad aparentemente orgánica.

venden su fuerza de trabajo a otras personas. Las mujeres por su parte se dedican a su familia, ayudan en los cultivos y las ventas, algunas además fabrican tejidos para su uso y para vender. Están integrados en actividades sociales y religiosas de larga tradición y en general, muestran arraigo a costumbres y rituales que les identifican como grupo y les concede sentimiento de pertenencia.

#### 4.2 Recomendaciones:

4.2.1 Es conveniente descentralizar los servicios psicológicos contando con la colaboración de las autoridades de salud para que se incluya dentro de los servicios de salud pública el servicio psicológico, idealmente con un profesional de la psicología.

4.2.2 Es recomendable considerar a la población rural campesina como una sociedad igualmente necesitada de servicios médicos como psicológicos, entre otros.

4.2.3 Es necesario concientizar a los trabajadores de salud para que lleven a cabo los programas disponibles en la actualidad y luchar por alcanzar las metas mínimas.

4.2.4 Realizar estudios de poblaciones rurales y urbanas, para

o de cambio de ambiente. Estas condiciones definitivamente contribuyen en la precipitación de entidades clínicas en mayor medida que en el grupo temporal.

Los trabajadores temporales quienes aparentemente vienen a vivir en peores condiciones que los que allí residen; se refugian varias familias en una misma galera que la mayoría de veces carece de paredes. En ella duermen, cocinan y comen, necesitan acarrear agua de chorros públicos; tienen derecho únicamente a almuerzo de parte de la finca, el cual consiste siempre en una taza de frijol cocido y 7 tortillas por personas. Sin embargo, su estancia allí es solo por el tiempo que dure la cosecha y tal parece que lo toman como una aventura o como una oportunidad de hacer dinero, pues a medida que trabajen y con la ayuda de más miembros de la familia logran cortar más quintales de café y por lo tanto ganar más dinero, pese a lo que esto les cueste, ellos no se deprimen ni se angustian, pues saben que después de cierto tiempo terminará esa situación.

Regresarán a sus lugares de origen en donde indudablemente también tendrán problemas, pero su actividad varía. Además el 70 % de ellos posee alguna porción de terreno propia o alquilada para vivir y para sembrar sus cultivos, que normalmente venden en los mercados locales. Otros son artesanos y trabajan en carpintería, albañilería, etc.; además

BIBLIOGRAFÍA

1. Castellanos Cambranes, Julio, Café y campesinos en Guatemala 1853-1897. Editorial Universitaria, Guatemala USAC (colección realidad nuestra, 12).
2. Castellanos R. Jorge, programa Experiencias docentes con la comunidad. EPS rural, facultad de medicina, USAC 1,985 (Documento con fines docentes).
3. Comité Internacional para la prevención y el tratamiento de la depresión. "La depresión en la clínica cotidiana". Barcelona 1,980 (Boletín informativo).
4. Departamento de Bienestar Social, "La investigación de la vida rural" Dirección de Agricultura de la FAO, Roma Italia 1,969 (Documento con fines docentes).
5. Ey Henry, Bernard-Ch. Brisset, Tratado de Psiquiatría. 7a. edición Barcelona: toray-masson. S.A. 1,975.
6. Figueroa Ibarra, Carlos, El proletariado rural en el agro guatemalteco. Guatemala: editorial Universitaria, USAC 1,980.
7. Freedman, Alfred M. et. al. Compendio de Psiquiatría. Barcelona: Salvat S.A. reimpresión 1,983.
8. Hoffman, F. La Roche & Cia. S.A. "El Síndrome depresivo" Barileas: Suiza 1,987 (Revista).
9. Harrison, Medicina Interna. 5a. edición, México: Prensa Médica mexicana. 1,977.
10. Instituto de Investigaciones Económicas y Sociales "El proceso de diferenciación del campesino". Guatemala USAC 1,982 (Publicación USAC).
11. Ian Gregory, Psiquiatría Clínica. México: Interamericana S.A. 1,970.

- 12 Kolb, Lawrence C. Trastornos de la afectividad" en su Psiquiatría Clínica Moderna 5a. edición, México: La prensa médica mexicana. 1,977.
- 13 Mackinnon R.A./ R. Michels, Psiquiatría Clínica Aplicada, México: Interamericana S.A. 1.985.
- 14 D.M.S. "Estrategia Salud para todos en el año 2,000 Washington, 1,980.
- 15 Smith, Ronald E. Irwin G. Sarason. Psicología: fronteras de la conducta. 2a. edición. México: Harla 1,984.
- 16 Thomas, J. Mc. Glug/Harry L. Melacif. editores.  
"Diagnóstico y tratamiento de los trastornos de ansiedad" Manual para el médico. Cía. Upjohn 1,993.

ANEXOS

## ENTREVISTA PSICOLOGICA

No. \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Escolaridad: \_\_\_\_\_ Procedencia: \_\_\_\_\_

Estado civil: \_\_\_\_\_ No. hijos \_\_\_\_\_ edades: \_\_\_\_\_

Religión: \_\_\_\_\_ Grupo étnico: \_\_\_\_\_

Tipo de trabajador: \_\_\_\_\_

Enfermedad actual: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_Enfermedades anteriores: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

CUESTIONARIO DE SINTOMAS

## SRQ (SELF REPORTING QUESTIONNAIRE)

- |  |    |    |
|--|----|----|
| 1. ¿Tiene frecuentes dolores de cabeza?                        | SI | NO |
| 2. ¿Tiene mal apetito?   | SI | NO |
| 3. ¿Duerme mal?  | SI | NO |
| 4. ¿Se asusta con facilidad?                                   | SI | NO |
| 5. ¿Sufre de temblor de manos?                                 | SI | NO |
| 6. ¿Se siente nervioso, tenso o aburrido?                      | SI | NO |
| 7. ¿Sufre de mala digestión?                                   | SI | NO |
| 8. ¿No puede pensar con claridad?                              | SI | NO |
| 9. ¿Se siente triste?  | SI | NO |
| 10. ¿Llora usted con mucha frecuencia?                         | SI | NO |
| 11. ¿Tiene dificultad en disfrutar de sus actividades diarias? | SI | NO |
| 12. ¿Tiene dificultad para tomar decisiones?                   | SI | NO |
| 13. ¿Tiene dificultad en hacer su trabajo?                     | SI | NO |
| 14. ¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?        | SI | NO |
| 15. ¿Ha perdido interés en las cosas?                          | SI | NO |
| 16. ¿Siente que usted es una persona inútil?                   | SI | NO |
| 17. ¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?                  | SI | NO |
| 18. ¿Se siente cansado todo el tiempo?                         | SI | NO |
| 19. ¿Tiene sensaciones desagradables en su estómago?           | SI | NO |
| 20. ¿Se cansa con facilidad?                                   | SI | NO |

Puntuación: \_\_\_\_\_



## INDICE GENERAL

	Págs.
Prologo .....	.....
Presentación .....	.....
<b>Capítulos:</b>	
I. INTRODUCCION.....	1
1.1 Marco Teórico.....	5
1.1.1 Depresión.....	5
1.1.1.1 Características clínicas.....	6
1.1.1.2 Clasificación de la depresión.....	7
1.1.1.2.1 Depresión neurótica.....	8
1.1.1.2.1.1 Diagnóstico.....	11
1.1.1.2.2 Depresión psicótica.....	12
1.1.1.3 Tratamiento.....	13
1.1.2 Angustia.....	16
1.1.2.1 Neurosis de angustia.....	17
1.1.2.2 Tratamiento.....	20
1.1.3 Salud mental.....	21
1.1.3.1 Niveles de prevención.....	22
1.1.4 Salud de los trabajadores.....	24
1.1.5 Diferenciación campesina.....	25
1.1.5.1 Asalariado rural permanente.....	27
1.1.5.2 Asalariado rural temporal.....	29
1.1.6 Antecedentes históricos de las fincas..	29
1.2 Planteamiento del problema.....	32
1.3 Formulación de hipótesis.....	35
II. TECNICAS E INSTRUMENTOS.....	36
2.1 Técnicas.....	36
2.2 Instrumentos.....	37
III. PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS..	40
3.1 Presentación.....	40
3.1.1 Características de la muestra.....	40
3.1.2 Resultados de la evaluación.....	54
3.2 Análisis.....	70
IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	73
4.1 Conclusiones .....	73
4.2 Recomendaciones.....	77
BIBLIOGRAFIA.....	79
ANEXOS.....	81