

**UNIVERSIDAD POPULAR  
AUTÓNOMA DEL ESTADO DE  
PUEBLA**



BIBLIOTECA CENTRAL  
USO ÚNICAMENTE EN SALA

**FACULTAD DE MEDICINA**

**DETECCIÓN DE PROBLEMAS DE SALUD  
MENTAL EN UNA POBLACIÓN RURAL.  
PESQUERÍA LA GLORIA, MUNICIPIO DE ARRIAGA  
ESTADO DE CHIAPAS, MÉXICO.**

**TESIS QUE PARA OBTENER EL TÍTULO  
DE MÉDICO CIRUJANO**

**PRESENTA:  
ROBERTO SARMIENTO AGUIRRE**

TE 616.8527

#60530

SAR 2000

SARMIENTO AGUIRRE, ROBERTO

DETECCION DE PROBLEMAS DE SALUD MENTAL EN UNA POBLACION



**UPAEP – Secretaría General**

Dirección General de Apoyos Académicos

Dirección del Centro de Recursos para el Aprendizaje y la Investigación.

Biblioteca Central - **Karol Wojtyła**

**Tesis Digitales Restricciones de uso:**

**DERECHOS RESERVADOS ©**

**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de textos, imágenes, gráficas, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente de donde la obtuvo mencionando el autor o autores involucrados en el documento.

Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Agradezco al Dr. Guillermo Bauza Meneses. Su valiosa asesoría, interés, comentarios y sugerencias.

Al Dr. Jorge Caraveo Anduaga. Del Departamento de Servicios de Salud; División de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales, Instituto Mexicano de Psiquiatría (IMP). Su valiosa asesoría y por haberme permitido utilizar material e información de la institución para la elaboración de la presente tesis.

Al Mtro. Jorge Luis López Jiménez. Por la supervisión brindada en los análisis de resultados.

A Dios.

A mi esposa. Sandra Icela.  
Por creer en mí y no dudar en ningún  
momento, por su apoyo y confianza,  
sus palabras de ánimo, su amor y por  
ser parte fundamental de mi vida.

A mi hijo. José Roberto.  
Por su ejemplo, su lucha, amor a la vida  
y por seguir latiendo fuerte.

A mis padres. Roberto Arturo y Zoila.  
Por la oportunidad que me dieron de lograr  
una educación profesional, por sus esfuerzos  
y paciencia.

A mi hermana. María José.  
Por ser la mejor del mundo.

## ÍNDICE

<b>RESUMEN</b>	3
<b>INTRODUCCIÓN</b>	7
<b>CAPITULO I ASPECTOS GENERALES SOBRE DEPRESIÓN</b>	9
1.0 Historia	10
1.1 Clasificación y Prevalencia	12
1.2 Condiciones y Factores de Riesgo	14
<b>CAPITULO II. INSTRUMENTOS Y MÉTODOS</b>	16
2.0 Glosario de Términos	17
2.1 Antecedentes y Características	18
2.2 Metodología (Procedimientos y Variables)	25
<b>CAPITULO III. DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO</b>	26
3.0 Localización y Fundación	27
3.1 Límites Políticos	27
3.2 Datos Geográficos	27
3.2.1 Extensión Territorial	27
3.2.2 Altura sobre el nivel del mar	27
3.2.3 Suelos	27
3.2.4 Clima y Temperatura	28
3.2.5 Lluvias	28
3.2.6 Flora y Fauna	28
3.3 Comunicaciones y Transportes	28
3.4 Datos Geográficos	29
3.4.1 Población de acuerdo a edad y sexo	29
3.4.2 Población de acuerdo a estado civil	31
3.4.3 Principales ocupaciones	32
3.4.4 Tipos de composición familiar	33
3.4.5 Escolaridad	34
3.4.6 Natalidad	34
3.4.7 Mortalidad	35

<b>3.5</b>	<b>Condiciones ambientales y socioeconómicas</b>	<b>35</b>
3.5.1	Características generales de las viviendas, saneamiento ambiental y comercio	35
<b>3.6</b>	<b>Religión</b>	<b>35</b>
<b>3.7</b>	<b>Gobierno</b>	<b>36</b>
3.7.1	Seguridad Pública	36
<b>3.8</b>	<b>Problemas Sociales</b>	<b>37</b>
<b>3.9</b>	<b>Comentario Final</b>	<b>37</b>
 <b>CAPITULO IV ANÁLISIS Y RESULTADOS</b>		 <b>38</b>
<b>4.0</b>	<b>Variables de la Población de Estudio</b>	<b>39</b>
4.0.1	Sexo	39
4.0.2	Edad	40
4.0.3	Grupos de Edad	42
4.0.4	Estado Civil	43
4.0.5	Religión	45
<b>4.1</b>	<b>Cuestionario General de Salud Mental de Goldberg (#1)</b>	<b>46</b>
4.1.1	Análisis por Frecuencia de Variables o Reactivos	46
4.1.2	Análisis por Puntaje Total	53
4.1.3	Análisis por Clasificación (Ausencia/Presencia)	55
4.1.4	Cruces de Variables (Sexo-A/P)	56
4.1.5	Cruces de Variables (Grupos de Edad-A/P)	58
4.1.6	Cruces de Variables (Estado Civil-A/P)	60
4.1.7	Cruces de Variables (Religión-A/P)	63
<b>4.2</b>	<b>Cuestionario Clínico del Diagnóstico de Síndrome Depresivo (#2)</b>	<b>66</b>
4.2.1	Análisis por Variables Sintomatológicas	66
4.2.2	Análisis por Puntaje Total	78
4.2.3	Análisis por Clasificación Diagnóstica	79
4.2.4	Cruces de Variables (Clasificación Diagnóstica-Sexo)	81
4.2.5	Cruces de Variables (Clasificación Diagnóstica-Grupos de Edad)	82
4.2.6	Cruces de Variables (Clasificación Diagnóstica-Estado Civil)	83
4.2.7	Cruces de Variables (Clasificación Diagnóstica-Religión)	86
<b>4.3</b>	<b>Análisis de Cruces de Variables (Cuestionario # 1-Cuestionario #2)</b>	<b>89</b>
 <b>CAPITULO V DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES</b>		 <b>91</b>
<b>5.0</b>	<b>Discusión</b>	<b>92</b>
<b>5.1</b>	<b>Conclusiones</b>	<b>94</b>

**OBJETIVO**

Investigar la existencia de alteraciones en el área de Salud mental, estructurar bases para la investigación epidemiológica en zonas rurales, motivar la organización de programas de salud mental comunitaria en zonas rurales y semiurbanas particularmente, detectar sintomatología depresiva en adolescentes, adultos y ancianos en la comunidad a estudiar.

**TIPO DE ESTUDIO**

De campo, transversal, retrospectivo, descriptivo.

**SITIO DE REALIZACIÓN**

Pesquería La gloria, Municipio de Arriaga, Estado de Chiapas, México.  
(Abril-Julio 1998)

**MEDICIONES Y RESULTADOS**

Para las variables cuantitativas se utilizó media y desviación estándar, así como el cálculo de porcentajes y prevalencia para las variables cualitativas.

**RESULTADOS**

El total de la muestra fue de 448 personas, a las cuales se les aplicó el Cuestionario General de Salud Mental de Goldberg (No.1), y el Cuestionario Clínico Diagnóstico del Síndrome Depresivo de Calderón Narváez (No.2). Se entrevistó al 49.3% del total de la población entre 15 y 75 años de edad.

Cuestionario No. 1: Los primeros 6 de los 12 reactivos sintomáticos con mayor frecuencia fueron los siguientes: 199 (44.4%) falta de concentración, 153 (34.2%) tristeza y depresión, 137 (30.6%) tensión, 102 (22.8%) insomnio, 99 (22.1%) falta de capacidad para enfrentar sus problemas (inseguridad) y 97 (21.7%) no disfruta sus actividades diarias.

Del total de la muestra, la prevalencia de casos potenciales de tener algún problema de salud mental fue del 33.0%. La prevalencia según género fue: del 33.0%, el 66.9% correspondieron al género femenino y el 33.1% al género masculino.

Los grupos de edad entre 18 y 44 años fueron los de mayor riesgo (67.6%). Respecto a la población entrevistada por estado civil, el 66.7% de la población separada, divorciada o viuda que se entrevistó fueron casos potenciales, así como el 41.7% de la población en unión libre entrevistada y el 30.5% de la población casada que se entrevistó. Respecto a la población entrevistada por religiones, el 40.6% del grupo catalogado como sin religión que se entrevistó, fueron casos potenciales, así como el 39.0% de la población católica entrevistada y el 27.8% de la población evangélica también entrevistada.

Cuestionario No. 2: Los primeros 10 de los 20 reactivos sintomáticos con mayor frecuencia, fueron los siguientes: 323 (72.1%) manifestaron cansancio o fatiga; 274 (61.2%) nerviosismo, angustia o ansiedad; 265 (59.1%) irritabilidad; 262 (58.5%) falta de concentración; 252 (56.3) tristeza; 216 (48.3%) cefalea o dolor de nuca; 206 (45.9%) llanto o ganas de llorar; 200 (44.6%) pesimismo; 199 (44.4%) obsesiones; y 183 (40.8%) palpitaciones o presión en el pecho.

Del total de la muestra, la prevalencia de síndrome depresivo, fue del 19.2%, 18.3% para depresión media y 0.9% para depresión severa. Así mismo, el 21.4% del total de la muestra mostró marcada sintomatología depresiva (reacción de ansiedad).

La prevalencia por género fue la siguiente: del 19.2%, el 72.1% correspondió al género femenino (Depresión media + Depresión severa) y el 27.9% correspondió al género masculino (Depresión media únicamente). Los grupos de edad entre 25 y 44 años, fueron los más afectados (45.2%).

Respecto a la población entrevistada por estado civil, el 45.8% de la población separada, divorciada o viuda que se entrevistó, correspondieron a casos con síndrome depresivo, así como el 23.8% de la población en unión libre entrevistada y el 19.3% de la población casada que se entrevistó.

Respecto a la población entrevistada por religiones, el 26.0% de la población católica entrevistada correspondieron a casos con síndrome depresivo, seguidos por el 19.7% de la población entrevistada catalogada como sin religión y el 15.5% de la población evangélica que se entrevistó.

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La prevalencia en ambos cuestionarios favoreció al género femenino en una proporción de 2:1. Los grupos etarios más afectados en ambos cuestionarios fueron los adultos jóvenes, en ambos cuestionarios las personas separadas, divorciadas o viudas

obtuvieron una mayor prevalencia, asimismo, los factores con mayor riesgo fueron los de naturaleza sociodemográfica. Todo esto concuerda con la literatura especializada.

La población católica y el grupo denominado como sin religión, en ambos cuestionarios fueron los grupos más afectados.

Los síntomas depresivos que con mayor frecuencia se reportaron fueron los estados de ánimo caracterizados por afecto negativo, incapacidad para experimentar afecto positivo, así como la tendencia de que los trastornos medianos o severos se manifestaran como síntomas somáticos.

La prevalencia de sintomatología depresiva en el cuestionario No. 2 fue del 21.4% (Reacción de ansiedad), cifras concordantes con otros estudios de prevalencia sintomatológica (9-32%).

Existe la posibilidad de que la expresión de la sintomatología depresiva en medios rurales, se manifieste no sólo por la presencia sino también por la intensidad o duración del síntoma.

Las conclusiones que nos permite realizar este estudio son:

1. Es importante que al usar estos instrumentos en poblaciones rurales y al analizar sus resultados, estos no se interpreten utilizando criterios preestablecidos con otros grupos poblacionales.
2. Los instrumentos utilizados son de fácil aplicación tanto en la comunidad como en la práctica médica general, facilitando la identificación temprana de condiciones de riesgo, mismas que deben ser objeto de una evaluación clínica cuidadosa para establecer el diagnóstico específico y determinar estrategias de vigilancia, intervención y tratamiento.
3. Primordial la necesidad de un enfoque sistémico familiar para la atención de los problemas de salud mental.
4. En la investigación epidemiológica y la atención clínica, debemos considerar la posible presencia de síndromes de arraigo cultural principalmente en la mujer rural, ya que de acuerdo al estereotipo tradicional, la mujer es la que sufre, la que no se permite ser feliz porque su papel social implica la sumisión, la abnegación y la renunciación.

5. La influencia cultural en la expresión de la depresión se manifiesta tanto en la presencia de síntomas específicos como en la intensidad de los mismos.
6. Se demostró que la depresión no sólo es un fenómeno urbano, afectando también a nivel rural, principalmente a las poblaciones mestiza e indígena en proceso de aculturación avanzada.

## INTRODUCCIÓN

Depresión: situación crítica, patológica, que afecta a un gran porcentaje de la humanidad, la cual ha sido ampliamente documentada e identificada como uno de los problemas de salud mental más grave de nuestros tiempos.<sup>(5,9,20)</sup>

El interés actual se debe a su notable frecuencia en el ámbito médico y su devastador impacto personal en términos de sufrimiento, incapacidad funcional y muerte.<sup>(18)</sup> Incluso aquellos individuos que no llegan a enfermar de ella, sufren a menudo oscilaciones cíclicas de ánimo y cambios de carácter similares a los síntomas depresivos.

En la actualidad la depresión ocupa el cuarto lugar entre las enfermedades más discapacitantes y se estima que para el año 2020 será el segundo.<sup>(5)</sup> Caraveo A. J.<sup>(6)</sup>, encontró en un estudio de personas adultas que el 7% del total de población estudiada, manifestó haber estado incapacitada para asistir al trabajo, a la escuela o para realizar sus actividades diarias a causa de este tipo de padecimiento.

El estudio de este síndrome, ha suscitado mucho interés, preocupación y polémica dentro de las ciencias de la salud y disciplinas afines, las cuales por los efectos que ocasiona contemplan su estudio, tratando de conocer y explicar más, la naturaleza de esta enfermedad.

Lo anterior pudiera deberse en parte, a las características peculiares que lo conforman y que lo sitúan como un padecimiento destructivamente peligroso.

La observación de que éste síndrome es el más común o versátil imitador de la enfermedad orgánica, no es mera coincidencia. Los síntomas que acompañan a varios tipos de depresión es amplia; la fatiga, el insomnio, dolor difuso y localizado, impotencia, parestesias y las palpitaciones son algunas de las comunes quejas notadas.

En un estudio<sup>(16)</sup> se encontró que hasta el 25% de los pacientes que sufrieron de depresión, se presentaron a consulta médica con síntomas físicos.

En los últimos años ha surgido gran interés en evaluar la sintomatología depresiva y en hacer diagnósticos de depresión en la comunidad. Dicho interés surgió a partir de la evidencia de que la depresión constituye el desorden psiquiátrico más frecuente en la población con una alta prevalencia, morbilidad y mortalidad, pero que además puede prevenirse y tratarse eficazmente; por lo tanto, no es raro que actualmente éste padecimiento sea considerado no sólo como un problema de salud mental, sino como un problema importante de salud pública.

Las consideraciones de salud pública, señalan la importancia de los sondeos en las comunidades, para así completar con el perfil psicopatológico de los desordenes depresivos y para evaluar su impacto en la utilización tanto de servicios de salud como sociales.<sup>(18)</sup> El medio ambiente sociocultural y su historia determinan y justifican de modo importante los procesos cognitivos, afectivos y las actitudes. En Chiapas la historia y la cultura muestran peculiaridades que permitirían explicar algunas diferencias del pensar y sentir con respecto a otros pueblos de México; desde la Colonia, esta región ha sido un territorio aislado, periférico y limítrofe, cuyos moradores indígenas y mestizos mantuvieron hasta entrados los años 20's del siglo recientemente terminado amplias y variadas relaciones con los habitantes de Centroamérica.

Basado en lo anterior, la importancia de la realización del estudio, radica en la necesidad de investigaciones acerca de la depresión, su expresión y características en una comunidad rural pesquera, que si bien no está integrada en su mayoría por indígenas, si cuenta con características muy peculiares de la región costa del Estado de Chiapas. Es importante destacar la escasez de estudios a nivel rural en general, y en especial estudios sobre salud mental. Por lo tanto, la mayoría de las investigaciones publicadas en nuestro país, han privilegiado la metrópoli, sus instituciones especializadas, así como su entorno urbano; reflejando así un centralismo autista y obeso dejando a sólo unas cuantas abordar la provincia con su medio rural.

Debido a la falta de investigaciones en medios rurales. Estudios realizados en medios urbanos,<sup>(9)</sup> sugieren que la depresión es más frecuente en zonas urbanas, comparativamente con la zona rural y suburbana. No obstante estos datos deben tomarse sólo como sugestivos de la magnitud de el problema, pero en ninguna forma concluyentes.

Por lo anteriormente expuesto, es evidente que el médico pasante al momento de realizar su servicio social nacional en alguna comunidad rural de nuestro país, desconozca o no le tome la importancia necesaria a este tipo de trastornos.

El objetivo de este estudio es: investigar la existencia de alteraciones en el área de salud mental, estructurar bases para la investigación epidemiológica en zonas rurales, motivar la organización de programas de salud mental comunitaria en zonas rurales y semiurbanas y particularmente; detectar sintomatología depresiva en adolescentes, adultos y ancianos en la comunidad a estudiar.

Es importante mencionar, que este trabajo es parte de toda una investigación exhaustiva de la comunidad estudiada. Inicialmente los temas a presentar eran: depresión, alcoholismo y sintomatología mental infantil. Estos dos últimos se encuentran en fase de análisis para un posterior trabajo, ya que debido a la falta de tiempo fue necesario omitirlas del presente estudio.

# **CAPITULO I**

## **ASPECTOS GENERALES SOBRE DEPRESIÓN**

### **1.0 Historia**

### **1.1 Clasificación y Prevalencia**

### **1.2 Condiciones y Factores de Riesgo**

## 1.0 Historia

El contenido semántico del vocablo depresión es muy amplio, se usa como sinónimo de melancolía, tristeza, estrés, desaliento, desilusión, que son de por sí estados de ánimos integrantes en la normalidad.<sup>(17,19)</sup>

Desde la antigüedad, la depresión fue una de las primeras condiciones clínicas reconocidas. Expresiones de desordenes depresivos y modelos para explicarlos, reflejando el marco cultural correspondiente, se encuentran en la antigua India, Roma y Grecia.<sup>(18)</sup>

De la Fuente Muñiz, cita en una de sus obras.<sup>(10)</sup> El que aún en nuestros días psicólogos (y psiquiatras), se sientan atraídos por las fuentes griegas no es una mera pedantería; es por que la mitología de los griegos es un caudal de observaciones realistas y penetrantes acerca de las conductas y de las aspiraciones humanas.

Hipócrates (460-370 a.C) expresó el punto de vista de que el cerebro es el órgano del pensamiento y su creencia de que las enfermedades de la mente tienen como cualquier otro padecimiento causas naturales.

Enfatizó el punto de vista de que las enfermedades mentales son del cerebro y las clasificó en tres categorías: manía, melancolía y frenitis. Señaló la importancia de la herencia en las enfermedades y afirmó que las lesiones de la cabeza pueden ser causa de alteraciones motoras y sensoriales.

Confundiendo más en la capacidad recuperativa del organismo que en los medicamentos, prescribió a los enfermos melancólicos una vida tranquila, sobria y sin excesos, dieta vegetal y sangrías en caso necesario.<sup>(10)</sup>

Areteo (Ca 30-90 d.C) señaló la relación entre ciertos rasgos psicológicos de las personas y su propensión a las enfermedades mentales y fue el primero en describir las fases maníacas y melancólicas de las psicosis como expresiones de una misma enfermedad.

Además expresó con toda claridad el concepto de que ciertas enfermedades físicas tienen causas psicológicas cuando hace mención a los trastornos de la mente y de la emoción. Estudió las afecciones del alma tales como la sorpresa, el miedo, el susto y la depresión del espíritu.<sup>(10)</sup>

Galeno de Pérgamo (Fl. Ca 130-200 d.C) además de haber contribuido al conocimiento de la anatomía del sistema nervioso, señaló diversas causas para las enfermedades mentales: lesión en la cabeza, alcoholismo, miedo, la adolescencia, cambios menstruales, reveses económicos y fracasos amorosos.

Asimismo atribuyó la melancolía a que era el resultado de un exceso de bilis negra.<sup>(10,15)</sup>

En la Edad Media (500-1500 d.C) la depresión ya era uno de los trastornos más frecuentes y ya los antiguos egipcios la reconocían como una entidad patológica definida. Los eruditos árabes medievales, como Avicenna e Isaac Ibn Imram, cristalizaron nociones anteriores sobre la melancolía y allanaron el camino para su transmisión a la modernidad.<sup>(15,20)</sup>

En otro aspecto durante la última parte del siglo VI las creencias relativas a la posesión demoníaca alcanzaron un desarrollo que condujo a uno de los aspectos más crueles de la historia de la humanidad.

Muchos infelices, afectos de depresiones severas, se acusaban de terribles pecados y admitían estar poseídos por el demonio más allá de toda posible redención y muchos buscaban deliberadamente el castigo, ansiosos de expiar sus culpas.

Pasados los años, el médico inglés Aubreg Lewis observó que la historia del diagnóstico y del tratamiento de la melancolía podría ser en realidad la historia de la propia psiquiatría.

Hoy en día esta observación parece ser en particular adecuada puesto que los progresos del diagnóstico y tratamiento de los trastornos del estado de ánimo han producido un incremento impresionante en su prevalencia percibida, lo mismo que criterios más rigurosos para la ubicación en categorías nosológicas adecuadas.

Esta misma observación la tuvo el psiquiatra del siglo XIX Emil Kraepelin principal iniciador del empleo común del término depresión.

Kraepelin, intentó crear una palabra que tuviera mayor especificidad diagnóstica que “melancolía”.

En la actualidad el término melancolía indica trastorno depresivo mayor con cambios del sueño, apetito y libido.<sup>(15)</sup>

## 1.1 Clasificación y Prevalencia

Comúnmente la depresión se ha clasificado en tres grupos según la causa correspondiente:<sup>(19)</sup>

La depresión endógena o bipolar, con síntomas clínicos bastante homogéneos y con cierto componente hereditario.

La depresión atribuida a alteraciones somáticas demostrables (hemáticas, infecciosas, neurológicas, endocrinas o metabólicas).

Por último las psicógenas en las que predominan los conflictos exógenos o de la personalidad.

Esta clasificación, si bien es correctamente sencilla y fácil de comprender, se considera que tiende a dejar algunas dudas en el espacio.

Para su estudio y mayor profundización, los trastornos depresivos han sido divididos en tres grupos:<sup>(5)</sup>

Sintomatología depresiva, trastornos depresivos bipolares o depresión endógena y la depresión no bipolar o exógena.

En la sintomatología depresiva, se incluyen aquellas personas que manifiestan, tristeza, desazón, angustia y malestar pero que no reúnen los datos clínicos suficientes tanto en intensidad como en patrón de síntomas. En este grupo también han quedado incluidas las personas con diagnóstico de Distimia (neurosis depresiva).

Respecto a los trastornos afectivos bipolares; estos se refieren a aquellas personas que han presentado tanto fases maníacas como fases depresivas o sólo episodios de manía o hipomanía (ya que tarde o temprano la mayoría presenta o presentará alguna fase depresiva a lo largo de su vida).

En el grupo de la depresión no bipolar, se incluye a aquellas personas que han presentado un episodio depresivo mayor, esta categoría diagnóstica difiere del grupo de síntomas depresivos, considerados en primer término, en cuanto a la persistencia e intensidad de la sintomatología y la interferencia de ésta con el desempeño de la persona y su aparición en ausencia de otros trastornos que pudieran explicarla.

Resultados de un estudio realizado en la Ciudad de México,<sup>(5)</sup> han mostrado una prevalencia total del 8.7% de episodios depresivos en la vida y del 5.3% en los últimos 12 meses previo al estudio en una población de entre 18 y 64 años.

Estudios de prevalencia para sintomatología depresiva, han reportado frecuencias del 9% al 32%.<sup>(5)</sup>

Estudios más recientes (encuesta nacional de comorbilidad en los Estados Unidos de América) han reportado que la prevalencia de un trastorno distímico en un momento de la vida cubre un rango del 6.4% y que además, la población de origen hispano tuvo una prevalencia significativamente mayor de trastornos depresivos actuales.<sup>(5)</sup>

Según el DSM-IV (páginas 341-347), American Psychiatric Association, 1994. La prevalencia por vida de la distimia es del 6%.<sup>(18)</sup>

En México Caraveo y Cols,<sup>(5)</sup> registraron un 3.7% de personas con depresión neurótica a nivel nacional. Asimismo resultados de un estudio en la Ciudad de México han mostrado una prevalencia del 4.3%.

Estudios de prevalencia respecto a trastornos afectivos bipolares en un periodo de la vida han dado como resultado una frecuencia del 0.2% al 1.6%. En México se estimó una prevalencia de trastornos afectivos bipolares en la vida del 0.2% al 1.3%.<sup>(5)</sup>

De acuerdo a los datos de la Encuesta Nacional de Salud Mental;<sup>(6)</sup> en nuestro país, se encontró una prevalencia general de trastornos psiquiátricos entre el 15 y el 18%. De esto los trastornos depresivos menores representaron el 10.3%, los trastornos de ansiedad representaron el 0.7%, los trastornos afectivos bipolares constituyeron el 0.6% y los trastornos depresivos más severos alcanzaron el 3.2%.

## 1.2 Condiciones y factores de riesgo

Los trastornos emocionales son tan diversos como los individuos que los padecen y la forma en que estos se presentan está determinada por patrones estructurales y funcionales inherentes al organismo humano. La diversidad por lo tanto, puede ser debida a una combinación de causas con mayor o menor participación de factores orgánicos y al efecto del medio ambiente de cada individuo a través de su vida, su desarrollo y conducta.

De esta manera siempre hay una interacción entre los factores psicológicos, biológicos y sociales en la manifestación de una enfermedad;<sup>(16)</sup> por lo tanto en el caso de la depresión, siendo uno de los trastornos emocionales más importantes, no la podríamos concebir como el resultado de una causa única, siendo su origen multifactorial así como sus condiciones, la predominancia de uno u otro factor llegaría a ser el determinante fundamental de las diferentes formas clínicas.

Los factores de riesgo para la depresión mencionados más a menudo en la bibliografía al respecto son de naturaleza sociodemográfica. Así los más importantes son: ser mujer, tener un nivel socioeconómico bajo, tener una baja escolaridad, estar separado, divorciado o viudo, así como que los grupos etarios más afectados empiezan a ser adultos jóvenes. También existen dos factores que en los últimos años se han estado mencionando cada vez con más frecuencia y son el alto consumo de alcohol y de drogas.<sup>(5,7,20)</sup>

De acuerdo a los datos de la Encuesta Nacional de Salud Mental;<sup>(6)</sup> se encontró que en el grupo de trastornos depresivos menores, las neurosis depresivas predominaron en el sexo femenino tanto en jóvenes como en edad madura y que en el grupo de trastornos de ansiedad nuevamente predominó el sexo femenino.

Otro dato interesante se demuestra en los Estados Unidos, donde hasta fines de los años 70's, la prevalencia de depresión no bipolar osciló entre el 8 y el 12% para hombres y entre el 20 y el 23% para mujeres. Durante la década de los años 80, se reportaron cifras de prevalencia en la vida de 2.3 al 4.4% en hombres y del 4.9 al 8.7% en mujeres.<sup>(5)</sup>

Según el DSM-IV (Páginas 341-347), American Psychiatric Association, 1994. La prevalencia por vida de la depresión mayor es del 5 al 12% en hombres y del 10 al 25% en mujeres.<sup>(18)</sup>

Diversos estudios han informado que el riesgo para presentar una depresión antes de la pubertad se incrementa en individuos con familiares con depresión pero además con historia de alcoholismo.<sup>(7,8)</sup>

Actualmente un alto porcentaje de la población con depresión primaria y alcoholismo secundario son mujeres.<sup>(11)</sup>

Tomando en cuenta que una de las consecuencias que puede desencadenar algún trastorno depresivo mayor es sin duda alguna los intentos de suicidio o el mismo hecho consumado; en el Estado de Chiapas, se estudió dicho tema<sup>(1)</sup> encontrando que la frecuencia de suicidios entre mujeres fue más alta en comparación a otros estados del país; su principal ocupación dedicadas al hogar, las causas más importantes de naturaleza sociodemográfica principalmente problemas sentimentales y de pobreza.

Todo esto nos hace pensar que definitivamente una constante muy particular es que *los episodios depresivos son al menos de dos a tres veces más frecuentes entre las mujeres que entre los hombres*. Hecho que en los últimos 30 años ha sido señalado incesantemente en la bibliografía especializada.<sup>(5,18,20)</sup>

## **CAPITULO II INSTRUMENTOS Y MÉTODOS**

### **2.0 Glosario de Términos**

### **2.1 Antecedentes y Características**

### **2.2 Metodología (procedimientos y variables)**

## 2.0 Glosario de términos

A continuación se darán las definiciones de los términos que serán utilizados en la presente investigación, a fin de homogenizar su comprensión e identificar su significado.

**Epidemiología.** La epidemiología en correspondencia con el modelo de las enfermedades tiene un agente, un huésped y un contexto. Donde el huésped es considerado como una víctima, la cual, es o no vulnerable, infectada o infecciosa. La epidemiología estudia las enfermedades comunicables que se esparcen por contacto secuencial de persona a persona; se asocia a un patrón característico de morbilidad y mortalidad, afectando sólo a ciertos subgrupos de la población. Nowlis H.<sup>(16)</sup>

**Epidemiología psiquiátrica:** Es la ciencia que estudia la ocurrencia y las causas más importantes para el desarrollo y pronóstico del desorden mental en una población determinada. Sartorius.<sup>(16)</sup>

**Salud Pública:** es la ciencia y arte de prevenir la enfermedad, prolongar la vida, promover la salud y la eficiencia a través del esfuerzo organizado de la comunidad. Winslow.<sup>(16)</sup>

**Caso:** Se considera caso, al paciente que presenta síntomas y sufre por ellos, persona que presenta alteración emocional y amerita tratamiento especializado.<sup>(16)</sup>

**Casos Potenciales:** Se considera como casos potenciales a los sujetos que detecte el instrumento con alta probabilidad de requerir tratamiento en el presente. Sujetos que presentan síntomas y sufren por ellos y que obtengan una puntuación en el instrumento igual o superior al punto de corte óptimo determinado para esta población.<sup>(16)</sup>

**No Caso:** sujeto normal, estable con o sin enfermedad física o con un grado subclínico de disturbio emocional. Tarnopolsky.<sup>(16)</sup>

**Desviación Estándar:** En pruebas estandarizadas, medida de la desviación de un valor central, precisada como la raíz cuadrada del promedio de los cuadrados de todas las desviaciones de la media.<sup>(16)</sup>

**Media:** Promedio, valor numérico intermedio entre dos extremos. En los métodos estadísticos abscisa de los centros de gravedad de las variables o del polígono de frecuencia.<sup>(16)</sup>

**Punto de Corte:** El número de síntomas presentes con el cual se determina que un sujeto sea considerado “caso” o “no caso”. Para determinar este punto se busca el mayor equilibrio entre sensibilidad y especificidad y la mayor tasa de clasificación errónea.<sup>(16)</sup>

**Prevalencia:** número de casos de cualquier desorden mental que existe frecuentemente en una población. Hinsei y Campbell.<sup>(16)</sup>

**Sensibilidad:** La proporción de casos correctamente identificados por una prueba. Tarnopolsky.<sup>(16)</sup>

**Especificidad:** la proporción de personas normales correctamente identificadas al mismo tiempo. Tarnopolsky.<sup>(16)</sup>

## 2.1 Antecedentes y características

La salud mental y la salud pública han sido históricamente áreas de trabajo distintas. En la actualidad las necesidades de salud de una población no se pueden evaluar en forma aislada; es necesario hacerlo en un contexto multidisciplinario, que permita la incorporación de variables para medir los aspectos de salud enfermedad mental, (como la depresión) contenidos en los estudios epidemiológicos sobre los aspectos generales de salud pública en nuestro país. Por lo tanto es importante el contar con los instrumentos epidemiológicos necesarios para evaluar los aspectos de la depresión, que produzcan resultados cuantitativos replicables en poblaciones culturalmente diferentes. En el terreno de la epidemiología psiquiátrica, el desarrollo de escalas y entrevistas diagnósticas se ha enriquecido en las últimas décadas.<sup>(5,20)</sup>

Para la realización de dicho estudio, se optó por buscar cuestionarios o escalas egocéntricamente administradas, que tuvieran las siguientes ventajas:

- Identificación de casos potenciales y casos actuales.
- Que en un largo número de sujetos puedan ser aprovechados.
- Que el método fuera relativamente económico y con poco tiempo de consumo.
- Que no diera problemas importantes de variaciones estándar entre diferentes entrevistadores.
- Medición cuantitativa de la severidad.
- Identificación cualitativa de los complejos y patrones sintomáticos.
- Clasificación de características personales
- Confiabilidad y validez.

Inicialmente se decidió utilizar dos instrumentos de detección: la escala de ZUNG-CONDE para depresión<sup>(9)</sup> y el Cuestionario General de Salud Mental de Goldberg (CGS)<sup>(14)</sup>

Se utilizó la escala de ZUNG-CONDE en virtud de estar bien establecida su validez y confiabilidad según los informes de la literatura y ser una escala sencilla que únicamente detecta sintomatología depresiva a lo largo de sus veinte preguntas, sin importar la etiología.<sup>(9)</sup> Dicha escala tuvo el inconveniente de no ser fácilmente comprendida entre los miembros de la comunidad a estudiar, particularmente en el área de opciones de respuestas ya que involucra varios criterios a responder lo cual producía confusión en el entrevistado.

Por lo anterior, se decidió utilizar algún otro instrumento que tuviera la mayor semejanza posible con respecto a las preguntas de la escala anteriormente citada, pero que tuviera una mayor claridad para escoger las opciones de respuesta necesarias.

El instrumento que se decidió escoger fue el Cuestionario Clínico Diagnóstico del síndrome Depresivo de Guillermo Calderón Narváez; reconocido psiquiatra mexicano, pionero en las investigaciones de salud mental comunitaria, particularmente sobre alcoholismo y la conducta humana.<sup>(2,3)</sup>

La mayoría de los instrumentos elaborados para medir la depresión, tienen como objetivo medir la severidad, sin embargo no proporcionan una clasificación diagnóstica sino una medición del malestar psicológico. Este cuestionario es muy semejante al instrumento utilizado por ZUNG; consta de igualmente veinte preguntas o reactivos, las cuales consisten en síntomas como pensamientos y sentimientos anormales y aspectos observables de la conducta. Cada uno cuenta con cuatro opciones de respuesta, la primera opción se refiere a la ausencia de sintomatología y las tres restantes a la presencia de sintomatología dividida en tres grados de severidad mental, diagnosticándola de acuerdo al puntaje total obtenido en: normal, reacción de ansiedad (sintomatología depresiva), depresión media y depresión severa.

Cabe destacar que independientemente de tener una clasificación diagnóstica, uno de los puntos favorables es de que dicho cuestionario nos va a proporcionar indicadores de riesgo de la enfermedad a través de la expresión de sintomatología depresiva. Es en sí un instrumento completo, comprensible y muy sencillo de contestar.

El siguiente instrumento de identificación que se utilizó fue el Cuestionario General de Salud Mental de Goldberg (CGS). Psiquiatra inglés cuya principal aportación es la realización de escalas, cuestionarios y entrevistas psiquiátricas, las cuales han enriquecido extraordinariamente el terreno de la epidemiología en salud mental.

Goldberg se dio a la necesidad de desarrollar un cuestionario que pudiera servir como instrumento de pantalla en una comunidad estudiada y así poder identificar casos potenciales y actuales por medio de una entrevista psiquiátrica. Así nació el C.G.S.<sup>(14)</sup>

El Cuestionario General de Salud, es uno de los instrumentos egocéntricos más bastamente administrados para detectar desordenes psiquiátricos y mentales. Su versión original consta de 60 preguntas con cuatro opciones de respuesta cada una, evaluando así la severidad del desorden mental en el momento actual. Los reactivos consisten en situaciones de estrés en el aquí y ahora y no pone atención a cómo el individuo se comportó en el pasado, sino como su presente estado difiere de su estado usual o normal, es decir, el C.G.S no detecta casos crónicos ya que estos están habituados a síntomas y en el pasado no sufren de ellos. El cuestionario es un instrumento que pretende identificar en una primera etapa los casos potenciales, dejando que los casos actuales sean confirmados por instrumentos clínicos diagnósticos.<sup>(4,14,16,17)</sup>

La validez de sus estudios han sido bien presentados en diferentes países tanto para la población clínica como para la población en general.<sup>(4)</sup>

Medina-Mora y Cols<sup>(17)</sup> hicieron una investigación sobre la prevalencia de los trastornos mentales en una población de estudiantes de una facultad de la Universidad Autónoma de México donde la sensibilidad, proporción de casos correctamente identificados por el C.G.S., fue de 72% y la especificidad, proporción de personas normales correctamente identificadas al mismo tiempo fue de 78%; demostrando así que el poder discriminativo del cuestionario fue satisfactorio, identificando correctamente a los sujetos que requieren atención psiquiátrica especializada.

Existen varias versiones del CGS, para esta investigación se decidió utilizar la versión de doce reactivos CGS-12, dicha versión es la más corta y se escogió debido a que egocéntricamente administrada en sujetos con baja escolaridad ha sido bien reportada. Actualmente es la mejor versión en su uso para los entrevistadores.<sup>(4)</sup>

El CGS-12 incluye preguntas acerca de aspectos positivos y negativos de salud mental, los reactivos de salud positivos hablan del funcionamiento normal de la persona, los reactivos de salud negativos, hablan de un funcionamiento alterado. Todos contribuyen a la calificación dependiendo de las cuatro opciones de respuestas a escoger. De acuerdo al punto de corte establecido, el número de opciones de respuestas que involucren reactivos de salud mental negativos, nos hablará de algún caso de salud mental. En este sentido el cuestionario en su conjunto, representa síntomas, los cuales están en relación a la conducta y el funcionamiento social percibido.

Un reciente estudio de la OMS en 15 centros a través del mundo, comunicó algunas de las propiedades psicométricas del CGS-12 para detectar casos de enfermedades mentales en lugares de atención médica general; demostrando así el valor de esta breve versión del instrumento. En nuestro país el punto de corte 2/3 ha sido el mejor punto establecido para nuestra población en estudio.<sup>(4)</sup>

A partir de un puntaje total de 3, existe la posibilidad de algún problema de salud mental, a partir de un puntaje total de 4, nos indica ya un problema de salud mental (caso potencial).

Con estos instrumentos, es importante el considerar no solo el total de la puntuación obtenida, sino también el contenido de los reactivos y el estudio de la estructura factorial del instrumento en diversas culturas; lo cual ha sido bien enfatizado.

**Las variaciones afectivas y cognitivas, entre poblaciones diferentes dependerán de la interacción de las personas con su medio ambiente y de las relaciones sociales tal como históricamente se da en cada cultura.<sup>(1)</sup>**

## ESCALA DE DEPRESIÓN DE ZUNG-CONDE

NOMBRE \_\_\_\_\_ SEXO \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_  
 ESTADO CIVIL \_\_\_\_\_ RELIGIÓN \_\_\_\_\_

**1.- A continuación conteste sinceramente a las afirmaciones que se exponen marcando la respuesta correspondiente en la columna A, en la B, en la C o en la D, según el siguiente criterio.**

- A = Muy poco tiempo/Muy pocas veces/raramente
- B = Algún tiempo-Algunas veces/De vez en cuando
- C = Gran parte del tiempo/Muchas veces/Frecuentemente
- D = Casi siempre/Siempre/Casi todo el tiempo

	PREGUNTAS	A	B	C	D
1	Me siento triste y deprimido				
2	Por las mañanas me siento mejor que por las tardes				
3	Frecuentemente tengo ganas de llorar y a veces lloro				
4	Me cuesta mucho dormir o duermo mal por la noche				
5	Ahora tengo tanto apetito como antes				
6	Todavía me siento atraído por el sexo opuesto				
7	Creo que estoy adelgazando				
8	Estoy estreñado				
9	Tengo palpitaciones				
10	Me canso por cualquier cosa				
11	Mi cabeza está tan despejada como antes				
12	Hago las cosas con la misma facilidad que antes				
13	Me siento agitado e intranquilo y no puedo estar quieto				
14	Tengo esperanza y confianza en el futuro				
15	Me siento más irritable que habitualmente				
16	Encuentro fácil tomar decisiones				
17	Me creo útil y necesario para la gente				
18	Encuentro agradable vivir, mi vida es plena				
19	Creo que sería mejor para los demás que muriera				
20	Me gustan las mismas cosas que habitualmente me agradaban				

**CUESTIONARIO CLÍNICO  
DIAGNOSTICO DEL SÍNDROME DEPRESIVO**

Dr. Guillermo Calderón Narváez

NOMBRE (OMITIDO) \_\_\_\_\_ RELIGIÓN \_\_\_\_\_  
SEXO \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL \_\_\_\_\_

		NO	SI		
			poco	regular	mucho
1	¿Se siente triste o afligido?				
2	¿Llora o tiene ganas de llorar?				
3	¿Duerme mal de noche?				
4	¿En la mañana se siente peor?				
5	¿Le cuesta trabajo concentrarse?				
6	¿Le ha disminuido el apetito?				
7	¿Se siente obsesivo o repetitivo?				
8	¿Ha disminuido su interés sexual?				
9	¿Considera que su rendimiento en su trabajo es menor?				
10	¿Siente palpitaciones o presión en el pecho?				
11	¿Se siente nervioso, angustiado o ansioso?				
12	¿Se siente cansado o decaído?				
13	¿Se siente pesimista, piensa que las cosas le van a salir mal?				
14	¿Le duele con frecuencia la cabeza o la nuca?				
15	¿Está más irritable o enojón que antes?				
16	¿Se siente inseguro, con falta de confianza en usted mismo?				
17	¿Siente que le es menos útil a su familia?				
18	¿Siente miedo de algunas cosas?				
19	¿Ha sentido deseos de morirse?				
20	¿Se siente apático, como si las cosas que antes le interesaban ahora le fueran indiferentes?				

**CALIFICACIÓN**

Preguntas contestadas en la Primera columna (NO) \_\_\_\_\_ x 1 = \_\_\_\_\_  
 Preguntas contestadas en la Segunda columna (POCO) \_\_\_\_\_ x 2 = \_\_\_\_\_  
 Preguntas contestadas en la Tercera columna (REGULAR) \_\_\_\_\_ x 3 = \_\_\_\_\_  
 Preguntas contestadas en la Cuarta columna (MUCHO) \_\_\_\_\_ x 4 = \_\_\_\_\_

EQUIVALENTE: Puntaje Total

20 a 35: Normal  
 36 a 45: Reacción de Ansiedad  
 46 a 65: Depresión Media  
 66 a 80: Depresión Severa

**CUESTIONARIO GENERAL DE SALUD MENTAL DE GOLDBERG  
(VERSIÓN 12 REACTIVOS)**

NOMBRE (OMITIDO) RELIGIÓN \_\_\_\_\_  
SEXO \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL \_\_\_\_\_

	<b>PREGUNTAS</b>	<b>(1)</b>	<b>(2)</b>	<b>(3)</b>	<b>(4)</b>
-	¿Ha dormido menos por tener preocupaciones?	No	Igual que antes	Menos que antes	Mucho menos que antes
-	¿Se ha notado constantemente agobiado(a) y en tensión?	No	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes
+	¿Siente que puede concentrarse en todo lo que hace?	Mejor que antes	Igual que antes	Menos que antes	Mucho menos que antes
+	¿Ha sentido que está jugando un papel útil en la vida?	Más que antes	Igual que antes	Menos útil que antes	Mucho menos útil que antes
+	¿Se ha sentido capaz de enfrentar sus problemas adecuadamente?	Más capaz que antes	Igual que antes	Menos capaz que antes	Mucho menos capaz que antes
+	¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?	Más que antes	Igual que antes	Menos que antes	Mucho menos que antes
-	¿Se siente incapaz de resolver sus problemas?	No, para nada	Igual que antes	Más que antes	Mucho más que antes
+	¿Se siente razonablemente feliz, considerando todas las circunstancias?	Más feliz que antes	Igual que antes	Menos feliz que antes	Mucho menos feliz que antes
+	¿Disfruta de sus actividades diarias?	Más que antes	Igual que antes	Menos que antes	Mucho menos que antes
-	¿Se ha sentido triste y deprimido(a)?	No, para nada	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes
-	¿Ha perdido la confianza y fe en sí mismo(a)?	No	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes
-	¿Ha pensado que usted no vale nada?	No, para nada	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes

**CALIFICACIÓN**

Preguntas contestadas en la columna 1 \_\_\_\_\_ X 0 = \_\_\_\_\_  
 Preguntas contestadas en la columna 2 \_\_\_\_\_ X 0 = \_\_\_\_\_  
 Preguntas contestadas en la columna 3 \_\_\_\_\_ X 1 = \_\_\_\_\_  
 Preguntas contestadas en la columna 4 \_\_\_\_\_ X 1 = \_\_\_\_\_

Total \_\_\_\_\_

Equivalente: Puntaje total

Utilizando el punto de corte 2/3

A partir de 3: Posibilidad de algún problema de salud mental

A partir de 4: Problema de salud mental (caso potencial)

(+) Aspectos Positivos de Salud Mental.

(-) Aspectos Negativos de Salud Mental

## **2.2 Metodología (procedimientos y variables)**

Se visitó hogar por hogar y se le explicó a toda persona que cubriera una edad de 14 años en adelante y que fuera capaz de comprender los reactivos de nuestros instrumentos estadísticos, el objetivo del estudio.

Estando de acuerdo la persona a entrevistar, se inicia con la realización de la entrevista aplicando primeramente el Cuestionario General de Salud Mental de Goldberg versión doce reactivos (CGS-12) y posteriormente el Cuestionario Clínico Diagnóstico de Depresión de Calderón Narváez.

Se les pidió realizar la entrevista a solas y en el lugar que consideraran más tranquilo de su hogar.

Las variables a utilizar estuvieron de acuerdo a el instrumento en particular, agregando edad, sexo, religión y estado civil. El nombre fue omitido para propia tranquilidad y privacidad del entrevistado y así poderles dar la libertad y confianza de responder honestamente.

## **CAPITULO III**

### **DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO**

#### **3.0 Localización y fundación**

#### **3.1 Límites Políticos**

#### **3.2 Datos Geográficos**

- 3.2.1 Extensión Territorial
- 3.2.2 Altura sobre el nivel del mar
- 3.2.3 Suelos
- 3.2.4 Clima y temperatura
- 3.2.5 Lluvias
- 3.2.6 Flora y Fauna

#### **3.3 Comunicaciones y Transportes**

#### **3.4 Datos Demográficos**

- 3.4.1 Población de acuerdo a edad y sexo
- 3.4.2 Población de acuerdo a estado civil
- 3.4.3 Principales ocupaciones
- 3.4.4 Tipos de composición familiar
- 3.4.5 Escolaridad
- 3.4.6 Natalidad
- 3.4.7 Mortalidad

#### **3.5 Condiciones ambientales y socioeconómicas**

- 3.5.1 Características generales de las viviendas, saneamiento ambiental y comercio

#### **3.6 Religión**

#### **3.7 Gobierno**

- 3.7.1 Seguridad Pública

#### **3.8 Problemas sociales**

#### **3.9 Comentario Final**

### **3.0 Localización y Fundación**

Pesquería La gloria, entidad que se encuentra localizada en el Municipio de Arriaga, Estado de Chiapas, México. La fecha de su fundación no está bien establecida; se menciona agosto de 1931 aunque se ha declarado como fecha oficial el día 20 de enero de 1948.<sup>(12,13)</sup>

#### **3.1 Límites Políticos**

Dicha población está limitada de la siguiente manera:

**Al Norte** con el Ejido Emiliano Zapata, perteneciente al Municipio de Arriaga.

**Al Sur** con el Océano Pacífico.

**Al Este** con Tapanatepec, Estado de Oaxaca.

**Al Oeste** con la Pesquería la Línea, Municipio de Arriaga y con la Ciudad de Arriaga Chiapas.

#### **3.2 Datos Geográficos**

##### ***3.2.1 Extensión Territorial***

La pesquería abarca una extensión territorial de 2 km<sup>2</sup>

##### ***3.2.2 Altura sobre el Nivel del Mar***

La pesquería se encuentra a una altura de 45 centímetros sobre el Nivel del Mar.

##### ***3.2.3 Suelos***

La comunidad se asienta sobre una planicie la cual está rodeada a la orilla por el mar muerto (esteros) provenientes del mar vivo (Océano Pacífico).

### ***3.2.4 Clima y Temperatura***

El clima en esta región se divide por su humedad en clima semiseco y por su temperatura en clima cálido, teniendo por lo general una temperatura como mínimo de 32° y como máximo de 40°.

### ***3.2.5 Lluvias***

Gran parte del año se encuentra lloviendo, los meses de lluvia comprenden: mayo, junio, julio, agosto, septiembre y parte de octubre.

### ***3.2.6 Flora y Fauna***

Esta región se caracteriza por tener abundante flora y fauna totalmente tropical: plantas silvestres, flores exóticas y una gran diversidad de animales marinos.

## **3.3 Comunicaciones y Transportes**

La pesquería cuenta con comunicación vía terrestre, por medio de una carretera local que se conecta con la carretera costera (antes panamericana); así mismo cuenta con algunas brechas que comunican con las áreas de influencia (rancherías) las cuales no siempre se encuentran transitables.

Existe una línea de pasaje con un número aproximado de cinco microbuses rurales provenientes de la Ciudad de Arriaga, cuyas rutas comprenden: La Gloria-Arriaga, Arriaga-La Gloria, pasando por los poblados intermedios. El tiempo de recorrido es de aproximadamente una hora.

También se cuenta con una red de camionetas pick up, las cuales transportan a los poblados circunvecinos, principalmente con el Ejido Emiliano Zapata con un tiempo promedio de quince minutos.

La comunicación vía marítima conecta con las diferentes pesquerías que se encuentran en esta región y en Oaxaca, aunque principalmente el uso de estas lanchas y cayucos son con fines laborales y no de transporte.

Existe señal de telefonía celular, sin contar con algún aparato; no se cuenta con alguna línea telefónica, la línea más cercana se encuentra en el Ejido Emiliano Zapata.

Se cuenta con un equipo de radiocomunicación de onda larga, el cual está en manos del C. Agente Municipal, autoridad oficial de la comunidad.

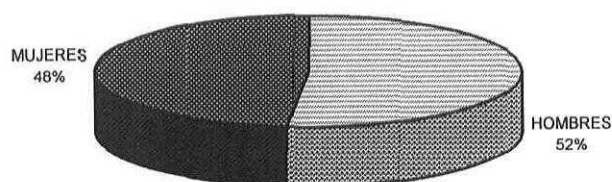
Los canales de radio, tanto de amplitud modulada como de frecuencia modulada se captan adecuadamente, al igual que las señales de los principales canales de televisión de señal abierta.

### 3.4 Datos Demográficos

#### 3.4.1 Población de acuerdo a Edad y Sexo

La pesquería cuenta con un total de 1577 habitantes, de los cuales el 48.1% (760) corresponden al sexo femenino y el 51.8% (817) corresponden al sexo masculino.<sup>(12)</sup>

Gráfica No. 1



La población total entre 15 y 75 años y más es de 896 habitantes, de los cuales el 48.2% (432) corresponden al sexo femenino y el 51.7% (464) corresponden al sexo masculino (Cuadro No. 1).<sup>(12)</sup>

**Cuadro No. 1**

GRUPO DE EDAD	HOMBRES		MUJERES		TOTAL
	NUM	%	NUM	%	
-1 AÑO	24	1.5	29	1.8	53
1 AÑO	21	1.3	19	1.2	40
2 AÑOS	27	1.7	22	1.3	49
3 AÑOS	28	1.7	22	1.3	50
4 AÑOS	30	1.9	26	1.6	56
5 A 14 AÑOS	223	14.1	210	13.3	433
15 A 49 AÑOS	396	25.1	379	24.0	775
50 A 64 AÑOS	51	3.2	38	2.4	89
65 Y + 69 AÑOS	15	0.9	12	0.7	27
70 A 74 AÑOS	2	0.1	3	0.1	5
75 Y MAS					
<b>TOTAL</b>	<b>817</b>	<b>51.8</b>	<b>760</b>	<b>48.1</b>	<b>1577</b>

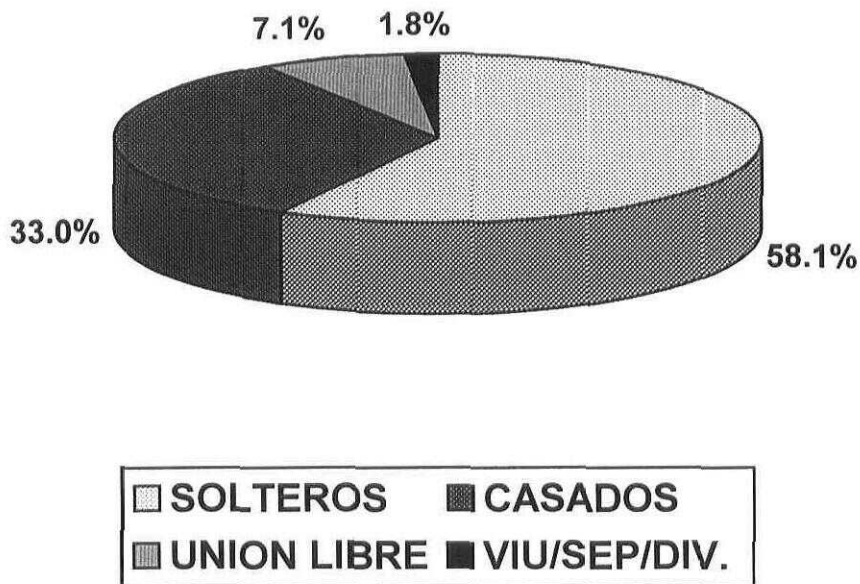
### 3.4.2 Población de acuerdo a Estado Civil

La población de acuerdo a su estado civil, se encuentra distribuida de la siguiente manera (Cuadro No. 2).<sup>(12)</sup>

**CUADRO No. 2**  
**POBLACIÓN DE ACUERDO A SU ESTADO CIVIL**

ESTADO CIVIL	NUMERO	PORCENTAJE
Solteros	914	58.1
Casados	519	33.0
Unión Libre	112	7.1
Viudos	17	1.0
Separados	12	0.7
Divorciados	3	0.1
<b>TOTAL</b>	<b>1577</b>	<b>100</b>

**Gráfica No. 2**



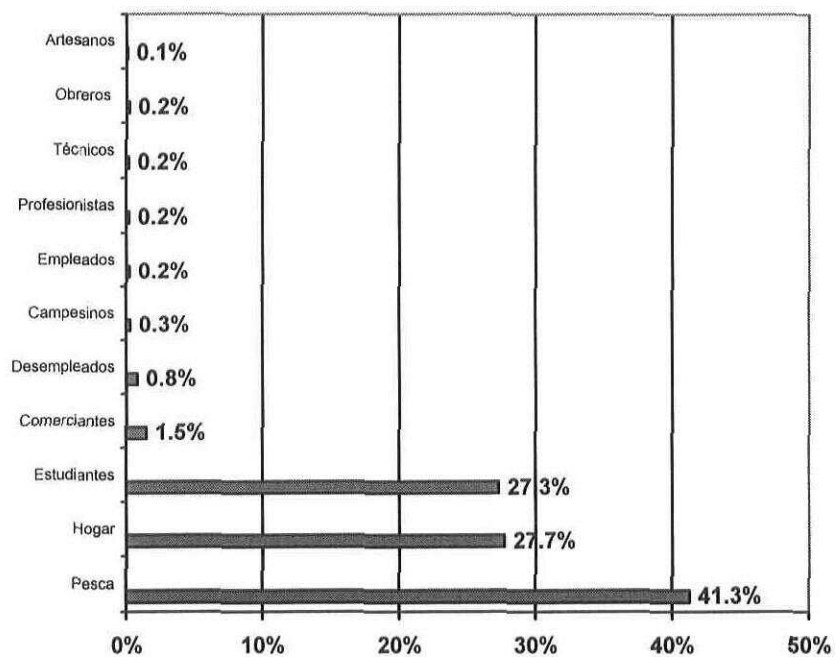
### 3.4.3 Principales Ocupaciones

Las principales ocupaciones de la población son: (Cuadro No. 3)<sup>(12)</sup>

**Cuadro No. 3**

OCUPACIÓN	PORCENTAJE
Pesca	41.3
Hogar	27.7
Estudiantes	27.3
Comerciantes	1.5
Desempleados	0.8
Campesinos	0.3
Empleados	0.2
Profesionistas	0.2
Técnicos	0.2
Obreros	0.2
Artesanos	0.1

**Tabla No. 1**



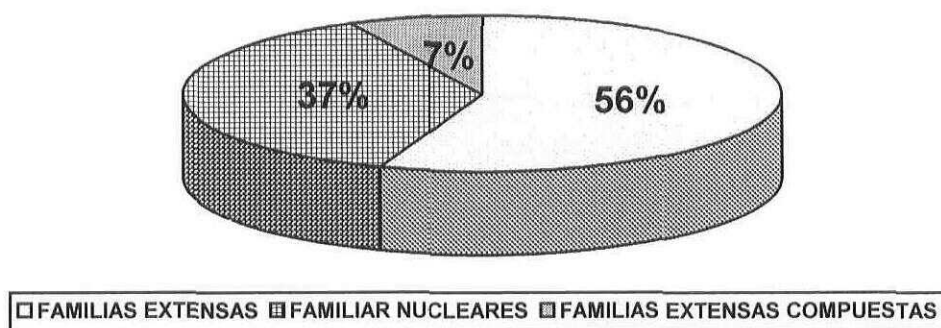
### 3.4.4 Tipo de Composición Familiar

El número total de familias es de 413, las cuales se encuentran clasificadas de la siguiente manera<sup>(12)</sup>

CUADRO No. 4  
TIPO DE COMPOSICIÓN FAMILIAR

TIPO DE FAMILIA	NUMERO	PORCENTAJE
Familias Extensas	229	55.4
Familiar Nucleares	154	37.2
Familias Extensas Compuestas	30	7.2
TOTAL	413	100

Gráfica No. 3



La organización y el funcionamiento familiar es simple; los miembros masculinos tienen la responsabilidad y obligación (tanto el padre como los hijos mayores) de responder en lo económico. La mujer e hijas mayores se dedican al cuidado de los niños, labores propias del hogar y algunas a la venta de productos del mar con el fin de ayudar a la economía familiar.

### **3.4.5 Escolaridad**

El 30% de la población es analfabeta; de estos, el 40% tiene una edad entre 6 y 14 años y el 60% por arriba de los 15 años.<sup>(13)</sup>

El grado de escolaridad que llegan a alcanzar en su mayoría es la *primaria* en un 47%, *secundaria* un 27%, *preparatoria* un 20% y *estudios profesionales o técnicos* un 0.13%.<sup>(13)</sup>

El número de instituciones escolares que existen en la comunidad son tres: dos jardines de niños y una escuela primaria (todas oficiales).

La población captada de acuerdo a las listas de asistencia escolares, indican que existían 75 infantes en los centros preescolares y 312 alumnos en lo que respecta a la educación primaria.

Es importante señalar que no todos los alumnos asisten o terminan su años escolar, por lo que la población escolar oficialmente captada, no siempre correspondía con la población escolar captada en los censos poblacionales, ya que uno de los fenómenos que se pudo encontrar, fue que un gran número de preescolares y escolares, abandonaban sus obligaciones académicas en algún momento del ciclo escolar. Característica muy particular de la comunidad, reflejo de la falta de interés académica principalmente por parte de los padres y por otra parte la falta de recursos económicos.

La escuela telesecundaria más cercana se encuentra en el Ejido Emiliano Zapata, así como la biblioteca más cercana. La escuela preparatoria más cercana, se encuentra en la Ciudad de Arriaga.

La comunidad cuenta con un terreno adaptado para jugar fútbol y una cancha de cemento para baloncesto y voleibol. Se desconoce si actualmente se cuente con un parque de recreo el cual se encontraba en planes de construcción sobre un terreno donde se acostumbraba a jugar béisbol.

### **3.4.6 Natalidad**

El número de nacimientos que ocurrieron en el año fueron 38, obteniendo una tasa de natalidad de 24.0%.<sup>(12)</sup>

### **3.4.7 Mortalidad**

La mortalidad en el tiempo comprendido de mi servicio social indicó sólo una defunción, la causa: herida por arma punzocortante (fuente obtenida en el registro civil de la Ciudad de Arriaga)

## **3.5 Condiciones Ambientales y Socioeconómicas**

### **3.5.1 Características generales de las viviendas, Saneamiento Ambiental y Comercio.**

En esta comunidad existen 312 viviendas compuestas por techos de lámina de asbesto o palma, sus paredes están compuestas principalmente por block y sus pisos de cemento o de tierra. Así mismo, el 67.6% de las mismas cuenta con fosa séptica y el resto con letrinas o al ras de suelo. Las únicas viviendas que contaban con W.C. eran 9, entre ellas la Unidad Auxiliar de Salud.<sup>(12)</sup>

El 93.2% de estas viviendas cuentan con el servicio de energía eléctrica.<sup>(12)</sup> No existe una red de drenaje o de agua potable por lo que en la mayoría, se utiliza agua entubada o conectada a pozos o tambos alimentados por un estanque comunal, el cual es llenado con agua proveniente del Ejido Emiliano Zapata.

Respecto al manejo de basura, el 52% de las viviendas utilizan el camión recolector municipal, el cual pasa una vez por semana, el resto la incinera o la entierra.<sup>(12)</sup>

El principal combustible utilizado es el gas en un 66%, el resto utiliza leña o petróleo.<sup>(12)</sup>

En otro aspecto, en esta comunidad no hay industrias existentes, hablar de comercio sería mencionar algunas misceláneas caseras y algunas familias dedicadas a la compra venta de pulpa de camarón y pescado.

## **3.6 Religión**

En el terreno religioso, existen cinco templos evangélicos, los cuales se encuentran abiertos todo el día. También se cuenta con una Iglesia católica la cual sólo se encuentra abierta en días domingos. En el Ejido Emiliano Zapata, la población más cercana a la comunidad, se encuentran además de la religión católica y evangélica, templos religiosos pertenecientes a los Testigos de Jehová y a la religión Mormona.

Siendo la mayoría de la población perteneciente a la religión evangélica, los principales papeles religiosos recaen en los pastores, uno por cada templo, los cuales acostumbran a organizar campañas de purificación y sanamiento (cada templo dos veces por año).

Interesante es el mencionar que los días en que se realizan algunas de estas campañas o actos, el número de consultas en la unidad de salud baja alarmantemente. El papel religioso en esta región, influye impresionantemente en los roles tanto sociales, como familiares, culturales, políticos y económicos. En dicha comunidad, el poder de decisión para algunas situaciones de importancia, tenían más peso en los pastores que en las mismas autoridades, e incluso, que en los propios jefes de familia.

### **3.7 Gobierno**

La autoridad oficial recae en manos del C. Agente Municipal; nombrado a instancias del C. Presidente Municipal de la Ciudad de Arriaga. El C. Agente Municipal es el encargado y responsable de salvaguardar el orden y tranquilidad de la población. Prácticamente es la cadena o el interlocutor de los problemas y necesidades de la población para con el C. Presidente Municipal.

Además existe un Comité o Junta de Mejoras, quienes son los indicados para llevar a cabo la administración de las obras en la comunidad.

Se cuenta con un representante del COPLADEMUN, encargado de canalizar y agilizar los trámites que tengan como objetivo la adquisición de alguna obra importante o material que les sea benéfico a la comunidad.

Es importante señalar que la falta de coordinación entre dichas autoridades, el ineficiente manejo de los recursos económicos, y la falta de asesoría profesional, han dado como resultado el estancamiento de la población estudiada.

#### **3.7.1 Seguridad Pública**

Un dato alarmante es el encontrar que no existe ninguna fuerza de seguridad pública; ocasionalmente se encuentra una patrulla municipal proveniente de la Ciudad de Arriaga con aproximadamente 3 o 4 guardias. Esta patrulla sólo se encuentra en el transcurso de la mañana y parte de la tarde; por lo tanto las horas de la noche y madrugada, la comunidad se encuentra totalmente sola y desprotegida.

### 3.8 Problemas Sociales

Incrementando la situación anteriormente citada, en esta población existen aproximadamente entre 15 y 20 expendios de licor clandestinos, los cuales son casas en donde se vende a cualquier persona de cualquier edad bebidas embriagantes a todas horas, además de que ahí mismo las consumen. Todo esto sin contar con algún permiso por parte de las autoridades competentes. Estas casas están a la vista de todos, de hecho, a unos metros de la Unidad de Salud de esta población se ubica uno de estos negocios, negocios que han sido centros de vicio, de problemas e incidentes sociales frecuentes, ya que en los últimos años, un problema que se ha acrecentado impresionantemente es el consumo de marihuana y principalmente cocaína, además de las bebidas embriagantes.

Datos obtenidos de la Cédula de Microdiagnóstico familiar del estudio de Comunidad,<sup>(13)</sup> indican que el 46.6% de un total de 833 personas consumieron o consumen bebidas alcohólicas, el 21.9% tabaco y el 31.3% algún tipo de droga. Debido a esto, es preocupante el índice de alcoholismo y drogadicción en esta comunidad, lo cual ha dado una grave crisis respecto a la pérdida de valores, inseguridad e intranquilidad en la población. Los altos índices de bandalismo, delincuencia y violencia así lo demuestran (ver 3.4.7 Mortalidad).

### 3.9 Comentario final

Debido a la inestabilidad producida por todo cambio social, los cambios en Chiapas han devenido crónicos y desestructurantes, y sólo aquellos aferrados a su cosmovisión y tradiciones parecieran estar exentos de tal problema.

El problema de la aculturación en este tipo de comunidades desorganiza la actividad del individuo y este sufre al ver que esa misma sociedad no está presente cuando se le necesita.

Comunidades que por años han sido acostumbradas al paternalismo social, político y económico de las zonas urbanas, individuos identificados por generaciones por conformismo de vivir simple y sencillamente de lo que cada día el mar decide regalarles, sin pensar en el mañana; comunidades que fácilmente son engañadas y manipuladas por intereses políticos, religiosos y económicos. Comunidades con gentes que también sienten, ríen y lloran.

Este es uno de los muchos lugares que existen en nuestro país, poblaciones de gente olvidada que conviven diariamente con varios factores en común: violencia transmutada en pobreza, injusticia, racismo y el peor de los males... ignorancia.

## **CAPITULO IV ANÁLISIS Y RESULTADOS**

### **4.0 Variables de la Población de Estudio**

- 4.0.1 Sexo
- 4.0.2 Edad
- 4.0.3 Grupos de Edad
- 4.0.4 Estado civil
- 4.0.5 Religión

### **4.1 Cuestionario General de Salud Mental de Goldberg (#1)**

- 4.1.1 Análisis por Frecuencia de Variables o Reactivos
- 4.1.2 Análisis por Puntaje Total
- 4.1.3 Análisis por Clasificación (Ausencia/Presencia)
- 4.1.4 Cruces de Variables (sexo-A/P)
- 4.1.5 Cruces de Variables (grupos de edad-A/P)
- 4.1.6 Cruces de Variables (Estado Civil-A/P)
- 4.1.7 Cruces de Variables (Religión-A/P)

### **4.2 Cuestionario Clínico del Diagnóstico de Síndrome Depresivo (#2)**

- 4.2.1 Análisis Por Variables Sintomatológicas
- 4.2.2 Análisis por Puntaje Total
- 4.2.3 Análisis por Clasificación Diagnóstica
- 4.2.4 Cruces de Variables (Clasificación Diagnóstica-Sexo)
- 4.2.5 Cruces de Variables (Clasificación Diagnóstica-Grupos de Edad)
- 4.2.6 Cruces de Variables (Clasificación Diagnóstica-Estado Civil)
- 4.2.7 Cruces de Variables (Clasificación Diagnóstica-Religión)

### **4.3 Análisis de Cruces de Variables (Cuestionario # 1-Cuestionario #2)**

## 4.0 Variables de la Población de Estudio

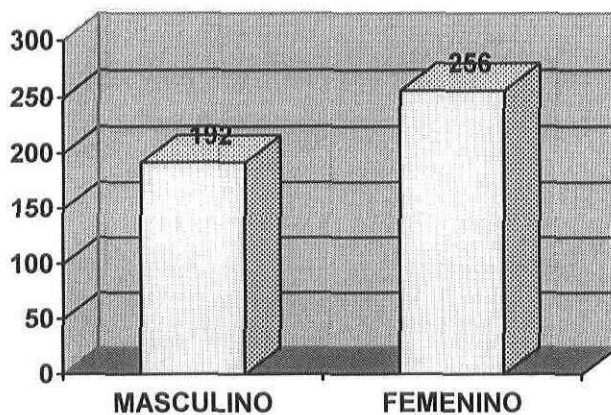
### 4.0.1 Sexo

El total de la muestra fue de 448 personas y su clasificación por géneros se demuestra de la siguiente forma:

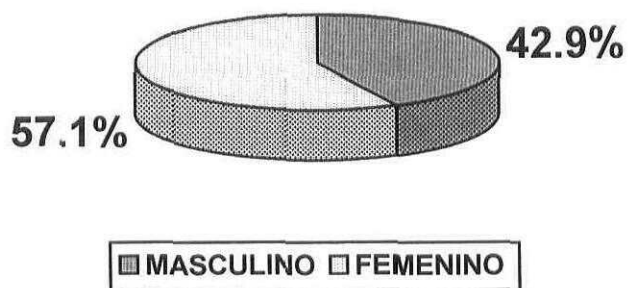
**Cuadro No. 5**

SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE	%ACUMULADO
Masculino	192	42.9%	42.9%
Femenino	256	57.1%	100%
<b>TOTAL</b>	<b>448</b>	<b>100%</b>	

**Tabla No. 2**



**Gráfica No. 4**



Se entrevistó al 49.3% de la población entre 15 y 75 años o más de edad.

Se entrevistó al 41.0% de la población masculina entre 15 y 75 o más años de edad.

Se entrevistó al 59.0% de la población femenina entre 15 y 75 años o más de edad.

#### 4.0.2 Edad

A continuación se muestran las edades incluidas en la muestra por su número o frecuencia y porcentaje.

**Cuadro No. 6**

EDAD	NUMERO	PORCENTAJE	% ACUMULADO
14	6	1.3	1.3
15	12	2.7	4.0
16	15	3.3	7.4
17	12	2.7	10.0
18	22	4.9	15.0
19	18	4.0	19.0
20	18	4.0	23.0
21	17	3.8	26.8
22	5	1.1	27.9
23	13	2.9	30.8
24	14	3.1	33.9
25	8	1.8	35.7
26	13	2.9	38.6
27	11	2.5	41.1
28	12	2.7	43.8
29	13	2.9	46.7
30	20	4.5	51.1
31	9	2.0	53.1
32	12	2.7	55.8
33	12	2.7	58.5
34	7	1.6	60.0
35	9	2.0	62.1
36	10	2.2	64.3
37	12	2.7	67.0
38	13	2.9	69.9

39	7	1.6	71.40
40	14	3.1	74.6
41	14	3.1	77.7
42	6	1.3	79.0
43	8	1.8	80.8
44	8	1.8	82.6
45	6	1.3	83.9
46	5	1.1	85.0
47	7	1.6	86.6
48	6	1.3	87.9
49	4	0.9	88.8
50	5	1.1	90.0
51	3	0.7	90.6
52	7	1.6	92.2
53	5	1.1	93.3
54	3	0.7	94.0
55	1	0.2	94.2
57	4	0.9	95.1
58	2	0.4	95.5
60	3	0.7	96.2
61	2	0.4	96.7
62	3	0.7	97.3
63	4	0.9	98.2
65	1	0.2	98.4
66	1	0.2	98.7
67	1	0.2	98.9
68	1	0.2	99.1
70	2	0.4	99.6
73	1	0.2	99.8
75	1	0.2	100
TOTAL	448	100	

MEDIA ( $\bar{x}$ ) 32.413  
DESVIACIÓN ESTANDAR (DS) 13.002

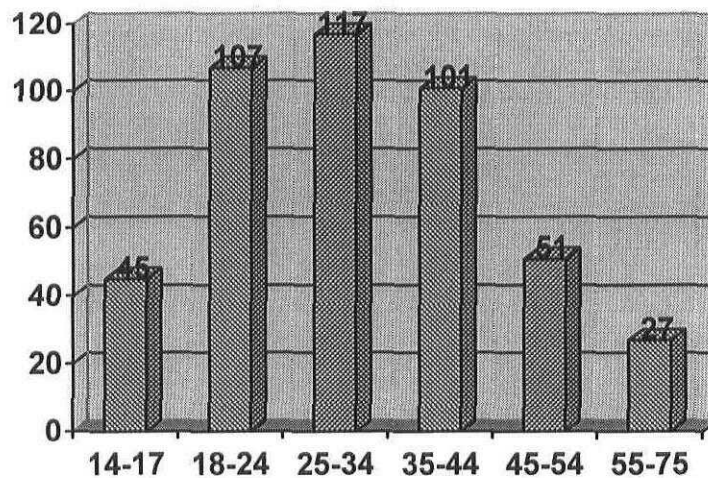
### 4.0.3 Grupos de Edad

A continuación se muestra a la población de estudio clasificada por grupos de edad para así posteriormente, compararlos con los resultados.

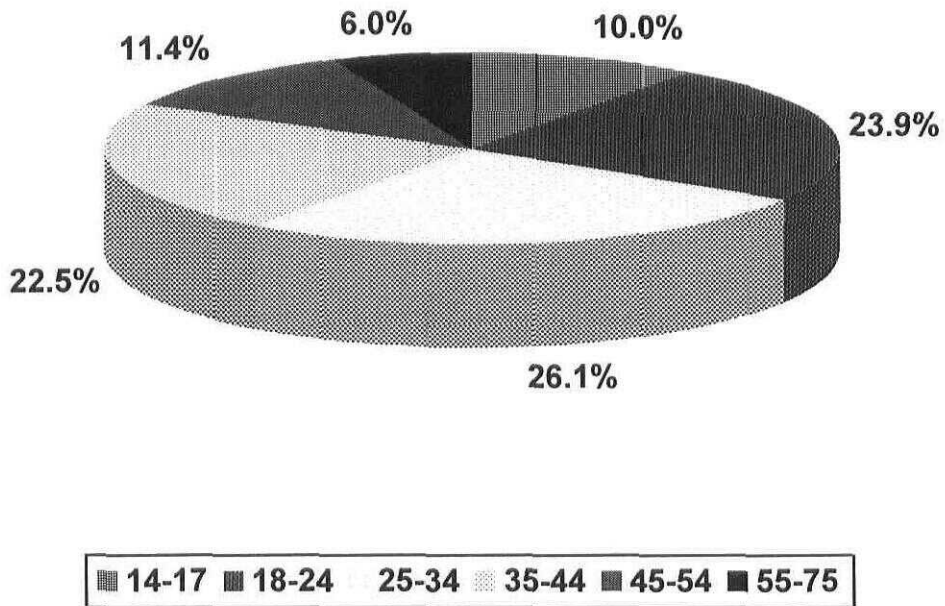
**Cuadro No. 7**

GRUPOS DE EDAD	NUMERO	PORCENTAJE	% ACUMULADO
14-17	45	10.0	10.0
18-24	107	23.9	33.9
25-34	117	26.1	60.0
35-44	101	22.5	82.60
45-54	51	11.4	94.0
55-75	27	6.0	100.0
<b>TOTAL</b>	<b>448</b>	<b>100</b>	

**Tabla No. 3**



**Gráfica No. 5**



**4.0.4 Estado civil**

**Cuadro No. 8**

<b>ESTADO CIVIL</b>	<b>NUMERO</b>	<b>PORCENTAJE</b>	<b>% ACUMULADO</b>
Casados	249	55.6	55.6
Separados/Divorciados/Viudos	24	5.4	60.9
Unión Libre	84	18.8	79.7
Solteros	91	20.3	100
<b>TOTAL</b>	<b>448</b>	<b>100</b>	

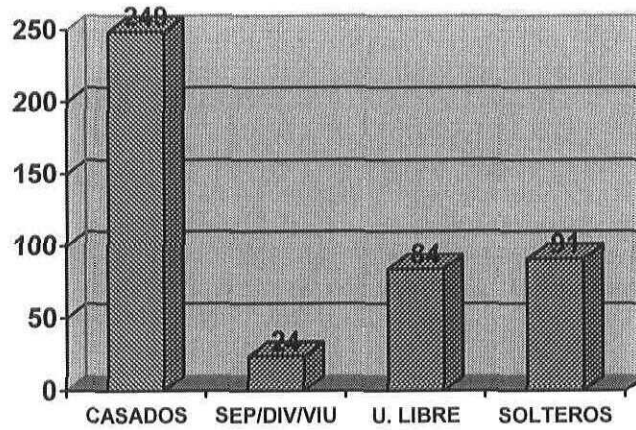
Se entrevistó al 47.9% del total de la población casada.

Se entrevistó al 75.0% del total de la población separada, divorciada y viuda.

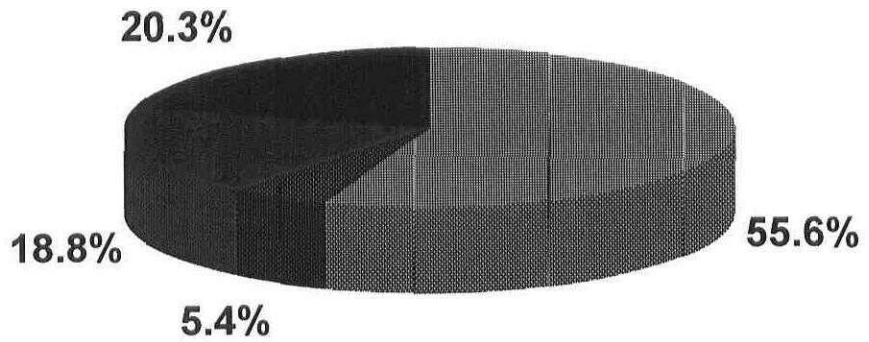
Se entrevistó al 75.0% del total de la población que vive en unión libre.

Se entrevistó al 9.9% del total de la población soltera.

Tabla No. 4



Gráfica No. 6



■ CASADOS ■ SEP/DIV/VIU ■ UNION LIBRE ■ SOLTEROS

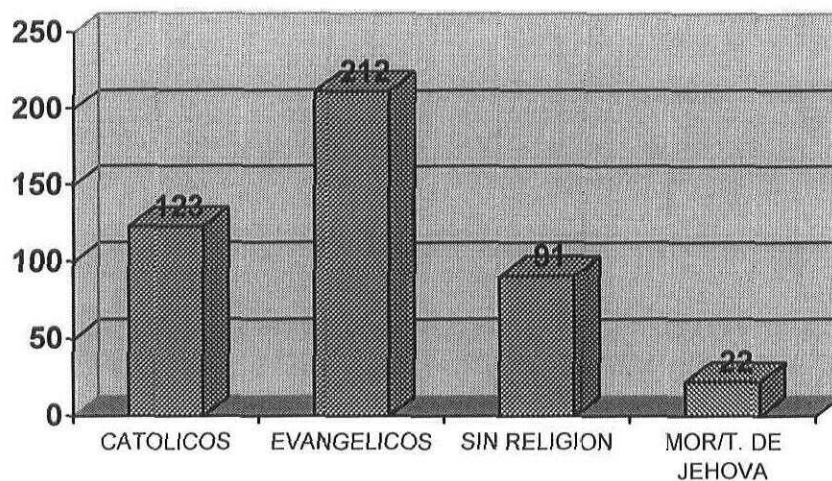
#### 4.0.5 Religión

En el siguiente cuadro se muestra la frecuencia o número y el porcentaje de la población entrevistada de acuerdo a las diferentes religiones existentes en la población y alrededores.

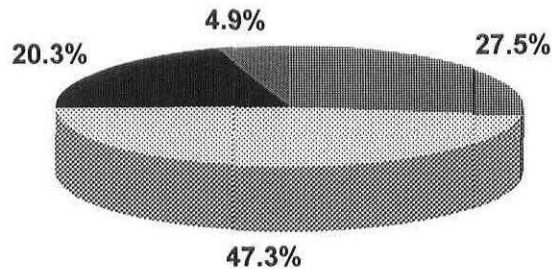
**Cuadro No. 9**

RELIGION	NUMERO	PORCENTAJE	% ACUMULADO
Católica	123	27.5	27.5
Evangélica	212	47.3	74.8
Sin religión	91	20.3	95.1
Mormones/Testigos de Jehová	22	4.9	100
<b>TOTAL</b>	<b>448</b>	<b>100</b>	

**Tabla No. 5**



**Gráfica No. 7**



■ CATOLICOS ■ EVANGELICOS ■ SIN RELIGION ■ MOR/T. DE JEHOVA

#### 4.1 Cuestionario General de Salud Mental de Goldberg (# 1)

##### 4.1.1 Análisis por Frecuencias de Variables o Reactivos

Es de suma importancia que al utilizar estos tipos de instrumentos en poblaciones rurales no se interpreten únicamente los puntajes totales de los cuestionarios, sino también la presencia y la persistencia del síntoma específico dentro del contexto sociocultural de la población estudiada. Por lo tanto fue conveniente analizar cada uno de los 12 reactivos del Cuestionario General de Salud Mental de Goldberg (CGS-12), recordando que cada reactivo o variable corresponde a un síntoma específico.

1.- El reactivo #1, se estructura de la siguiente forma:

¿Ha dormido menos por tener preocupaciones?

**Cuadro No. 10**

RESULTADO	FRECUENCIA	PORCENTAJE	% ACUMULADO
Ausencia	346	77.2	77.2
Presencia	102	22.8	100
<b>TOTAL</b>	<b>448</b>	<b>100</b>	

2.-El reactivo #2, se estructura de la siguiente forma:

¿Se ha notado constantemente agobiado (a) y en tensión?

**Cuadro No. 11**

<b>RESULTADO</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>	<b>% ACUMULADO</b>
Ausencia	311	69.4	69.4
Presencia	137	30.6	100
<b>TOTAL</b>	<b>448</b>	<b>100</b>	

3.- El reactivo #3, se estructura de la siguiente forma:

¿Siente que puede concentrarse en todo lo que hace?

**Cuadro No. 12**

<b>RESULTADO</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>	<b>% ACUMULADO</b>
Ausencia	249	55.6	55.6
Presencia	199	44.4	100
<b>TOTAL</b>	<b>448</b>	<b>100</b>	

4.- El reactivo #4, se estructura de la siguiente forma:

¿Ha sentido que está jugando un papel útil en la vida?

**Cuadro No. 13**

<b>RESULTADO</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>	<b>% ACUMULADO</b>
Ausencia	355	79.2	79.2
Presencia	93	20.8	100
<b>TOTAL</b>	<b>448</b>	<b>100</b>	

5.- El reactivo #5, se estructura de la siguiente forma:

¿Se ha sentido capaz de enfrentar sus problemas adecuadamente?

**Cuadro 14**

<b>RESULTADO</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>	<b>% ACUMULADO</b>
Ausencia	349	77.9	77.9
Presencia	99	22.1	100
<b>TOTAL</b>	<b>448</b>	<b>100</b>	

6.- El reactivo #6, se estructura de la siguiente forma:

¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?

**Cuadro No. 15**

<b>RESULTADO</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>	<b>% ACUMULADO</b>
Ausencia	360	80.4	80.4
Presencia	88	19.6	100
<b>TOTAL</b>	<b>448</b>	<b>100</b>	

7.- El reactivo #7, se estructura de la siguiente forma:

¿Se siente incapaz de resolver sus problemas?

**Cuadro No. 16**

<b>RESULTADO</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>	<b>% ACUMULADO</b>
Ausencia	408	91.1	91.1
Presencia	40	8.9	100
<b>TOTAL</b>	<b>448</b>	<b>100</b>	

8.- El reactivo #8, se estructura de la siguiente forma:

¿Se siente razonablemente feliz, considerando todas las circunstancias?

**Cuadro No. 17**

<b>RESULTADO</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>	<b>% ACUMULADO</b>
Ausencia	354	79	79
Presencia	94	21	100
<b>TOTAL</b>	<b>448</b>	<b>100</b>	

9.- El reactivo #9, se estructura de la siguiente forma:

¿Disfruta de sus actividades diarias?

**Cuadro No. 18**

<b>RESULTADO</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>	<b>% ACUMULADO</b>
Ausencia	351	78.3	78.3
Presencia	97	21.7	100
<b>TOTAL</b>	<b>448</b>	<b>100</b>	

10.- El reactivo #10, se estructura de la siguiente forma:

¿Se ha sentido triste y deprimido(a)?

**Cuadro No. 19**

<b>RESULTADO</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>	<b>% ACUMULADO</b>
Ausencia	295	65.8	65.8
Presencia	153	34.2	100
<b>TOTAL</b>	<b>448</b>	<b>100</b>	

11.- El reactivo #11, se estructura de la siguiente forma:

¿Ha perdido la confianza y fe en sí mismo(a)?

**Cuadro No. 20**

<b>RESULTADO</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>	<b>% ACUMULADO</b>
Ausencia	362	80.8	80.8
Presencia	86	19.2	100
<b>TOTAL</b>	<b>448</b>	<b>100</b>	

12.- El reactivo #412, se estructura de la siguiente forma:

¿Ha pensado que usted no vale nada?

**Cuadro No. 21**

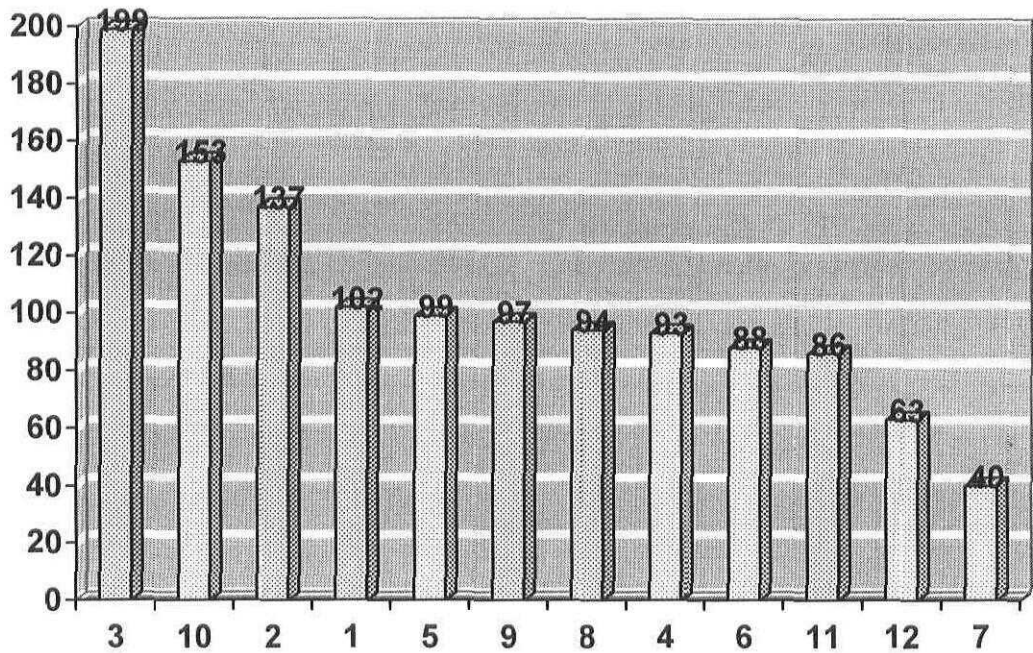
<b>RESULTADO</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>	<b>% ACUMULADO</b>
Ausencia	385	85.9	85.9
Presencia	63	14.1	100
<b>TOTAL</b>	<b>448</b>	<b>100</b>	

Enseguida se muestra la presencia sintomatológica por reactivo con su frecuencia y porcentaje en orden descendente.

**Cuadro No. 22**

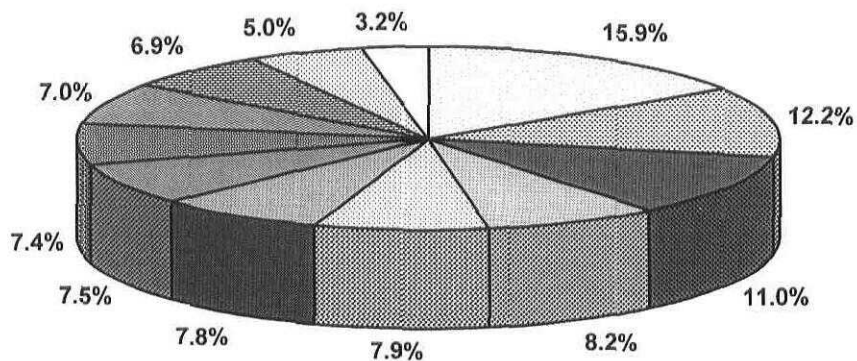
# DE REACTIVO	ESTRUCTURA	PRESENCIA SINTOMATOLÓGICA	FRECUENCIA	%
3	¿Siente que puede concentrarse en todo lo que hace?	menos que antes ó mucho menos que antes.	199	44.4
10	¿Se ha sentido triste y deprimido(a)?	más que antes ó mucho más que antes	153	34.2
2	¿Se ha notado constantemente agobiado(a) y en tensión?	más que antes ó mucho más que antes.	137	30.6
1	¿Ha dormido menos por tener preocupaciones?	menos que antes ó mucho menos que antes.	102	22.8
5	¿Se ha sentido capaz de enfrentar sus problemas adecuadamente?	menos capaz que antes ó mucho menos capaz que antes.	99	22.1
9	¿Disfruta de sus actividades diarias?	menos que antes ó mucho menos que antes.	97	21.7
8	¿Se siente razonablemente feliz, considerando todas las circunstancias?	menos feliz que antes ó mucho menos feliz que antes.	94	21.0
4	¿Ha sentido que esta jugando un papel útil en la vida?	menos útil que antes ó mucho menos útil que antes.	93	20.8
6	¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?	menos que antes ó mucho menos que antes.	88	19.6
11	¿Ha perdido la confianza y fe en sí mismo(a)?	más que antes ó mucho más que antes.	86	19.2
12	¿Ha pensado que usted no vale nada?	más que antes ó mucho más que antes.	63	14.1
7	¿Se siente incapaz de resolver sus problemas?	más que antes ó mucho más que antes.	40	8.9

Tabla No. 6



Número de Reactivo

Gráfica 8



Número de Reactivo

#### 4.1.2 Análisis por Puntaje Total.

El punto de corte 2/3 fue el utilizado para nuestra población en estudio. Por lo tanto a partir de una puntuación total de 3, el instrumento nos estaría indicando la existencia de un caso o de la posibilidad de un problema de salud mental y a partir de una puntuación total de 4, ya estaríamos hablando de la existencia de un caso potencial o de un problema de salud mental en la comunidad.

Importante el recordar que el Cuestionario General de Salud Mental de Goldberg (CGS-12) detecta casos potenciales, dejando que los casos actuales sean confirmados por instrumentos clínicos diagnósticos. (Ver CAPIT. II, 2.1)

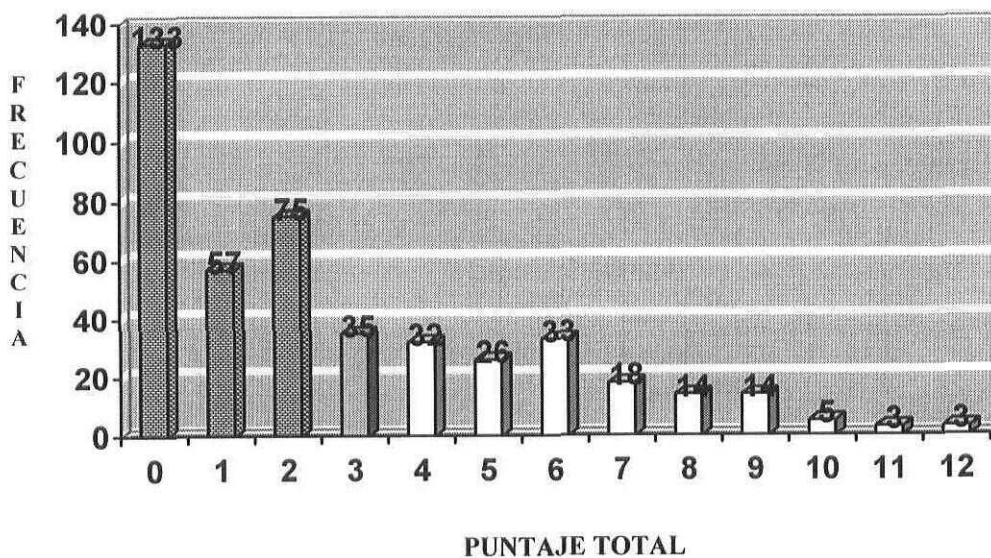
**Cuadro No. 23**

<b>PUNTAJE TOTAL</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>	<b>% ACUMULADO</b>
0	133	29.7	29.7
1	57	12.7	42.4
2	75	16.7	59.2
3	35	7.8	67.0
4	32	7.1	74.1
5	26	5.8	79.9
6	33	7.4	87.3
7	18	4.0	91.3
8	14	3.1	94.4
9	14	3.1	97.5
10	5	1.1	98.7
11	3	.7	99.3
12	3	.7	100.0
<b>TOTAL</b>	<b>448</b>	<b>100.0</b>	

**MEDIA (X) 2.79**

**DESVIACION ESTANDAR (DS) 2.891**

Tabla No. 7



NO CASOS

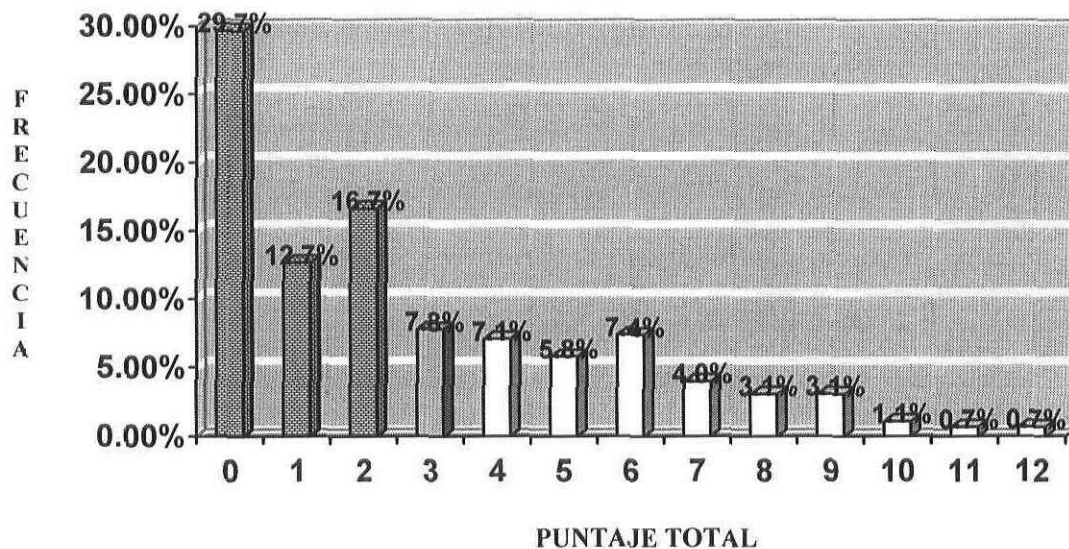


CASOS



CASOS POTENCIALES (PRESENCIA)

Tabla No. 8



#### 4.1.3 Análisis por Clasificación (Ausencia / Presencia)

De las 448 personas entrevistadas, 148 (33.0%) obtuvieron una puntuación total donde las clasificaban como casos potenciales.

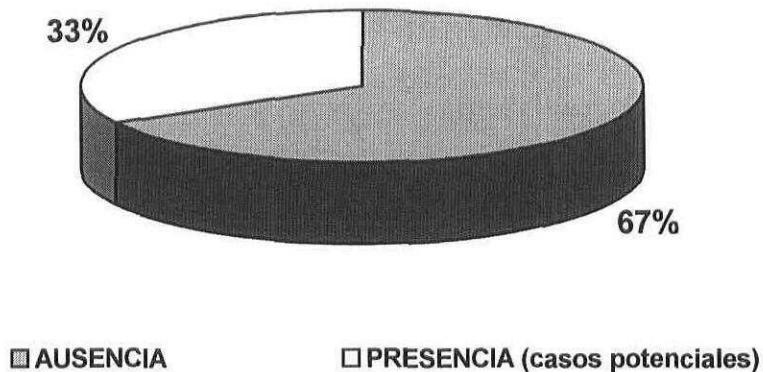
Cuadro No. 24

CLASIFICACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE	% ACUMULADO
Ausencia	300	67.0	67.0
Presencia	148	33.0	100.0
<b>TOTAL</b>	<b>448</b>	<b>100.0</b>	

**MEDIA (X) 0.330**

**DESVIACION ESTANDAR: (DS) 0.471**

**Gráfica No. 9**



#### **4.1.4 Cruces de Variables (Sexo - A/P)**

La clasificación Ausencia/Presencia por género nos dio como resultado las siguientes cifras estadísticas:

El 10.9% del total de la muestra, fueron personas pertenecientes al sexo masculino, los cuales obtuvieron una calificación que los catalogó como casos potenciales (Presencia).

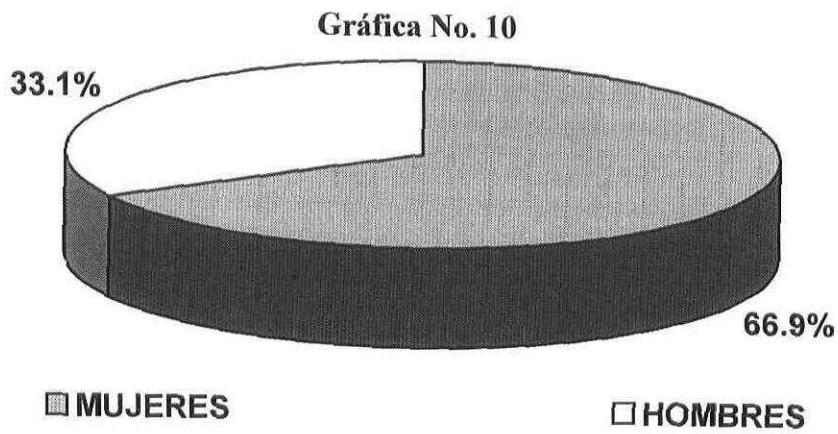
El 22.1% del total de la muestra, fueron personas pertenecientes al sexo femenino, los cuales obtuvieron una calificación que los catalogó como casos potenciales.

Por lo tanto como ya se había mencionado el 33.0% de los 448 habitantes entrevistados (Total de la muestra), obtuvieron una calificación que los catalogó como casos potenciales (Presencia)

**Cuadro No. 25**

SEXO	AUSENCIA	PRESENCIA	TOTAL	FRECUENCIA PORCENTAJE
Masculino	143 31.9%	49 10.9%	192 42.9%	
Femenino	157 35.0%	99 22.1%	256 57.1%	
Total	300 67.0%	148 33.0%	448 100.0%	

Del total de la submuestra (148), el 66.9% fueron mujeres y el 33.1% correspondieron a hombres (proporción 2:1).



#### 4.1.5 Cruces de Variables (Grupos de edad - A/P)

Del total de la muestra; los grupos de edad de 18 a 24 años y de 35 a 44 años, representaron cada uno el 7.6% de presencia sintomatológica, catalogándolos así como casos potenciales de acuerdo al punto de corte ya mencionado.

Le siguen en orden descendente, el grupo que comprende a las personas de 25 a 34 años con el 7.1 %, el grupo que comprende a las personas de 45 y 54 años ocupando el 4.7%, el grupo que comprende a las personas de 55 a 75 años con el 3.8 % y el grupo que comprende las edades entre 14 y 17 años, ocupando el 2.2%.

**Cuadro No. 26**

EDAD	AUSENCIA	PRESENCIA	TOTAL	FRECUENCIA PORCENTAJE
14-17	35 7.8%	10 2.2%	45 10.0%	
18-24	73 16.3%	34 7.6%	107 23.9%	
25-34	85 19.0%	32 7.1%	117 26.1%	
35-44	67 15.0%	34 7.6%	101 22.5%	
45-54	30 6.7%	21 4.7%	51 11.4%	
55-75	10 2.2%	17 3.8%	27 3.8%	
TOTAL	300 67.0%	148 33.0%	448 100.0%	

Del total de la submuestra (148), los grupos de edad catalogadas ya como casos potenciales quedaron distribuidos de la siguiente forma:

Tabla No. 9

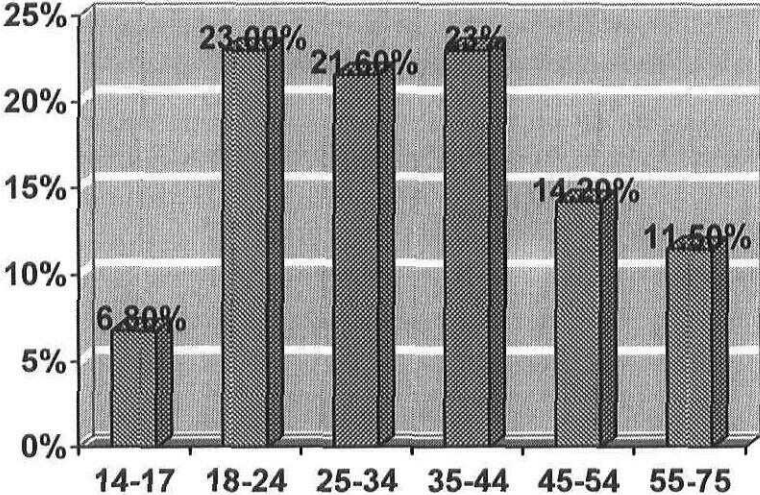
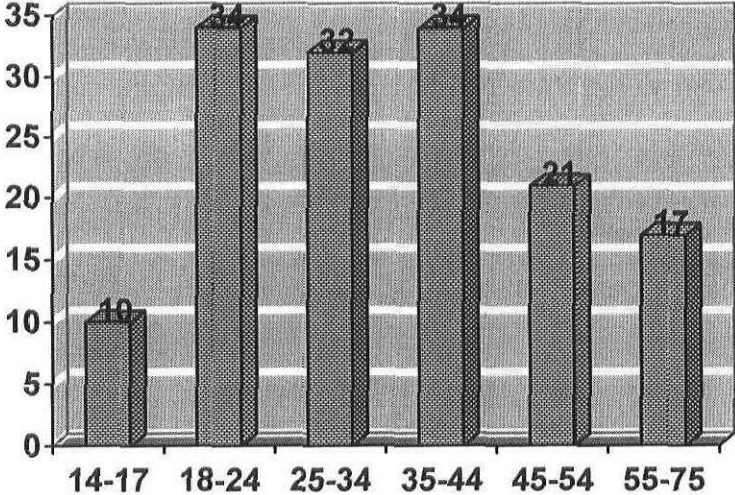


Tabla No. 10



#### 4.1.6 Cruces de Variables (Estado Civil - A/P)

El 17.0% del total de la muestra, fueron casos potenciales que correspondieron a la población casada, el 7.8% fueron casos potenciales que correspondieron a la población en unión libre, el 4.7% fueron casos potenciales que correspondieron a la población soltera y el 3.6% correspondió a casos potenciales en población separada, divorciada o viuda.

**Cuadro No. 27**

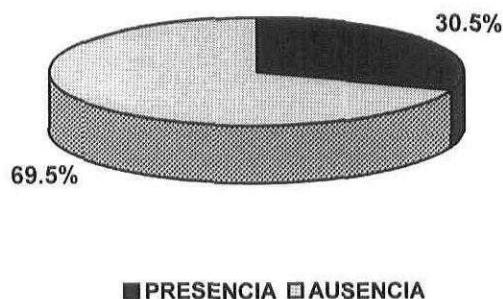
ESTADO CIVIL	AUSENCIA	PRESENCIA	TOTAL	FRECUENCIA PORCENTAJE
Casada	173 38.6%	76 17.0%	249 55.6%	
Sep./ div./ viuda	8 1.8%	16 3.6%	24 5.4%	
Unión libre	49 10.9%	35 7.8%	84 18.8%	
Soltera	70 15.6%	21 4.7%	91 20.3%	
TOTAL	300 67.0%	148 33.0%	448 100.0%	

Sin embargo, si contamos el total de la población entrevistada por estado civil, los resultados serían los siguientes:

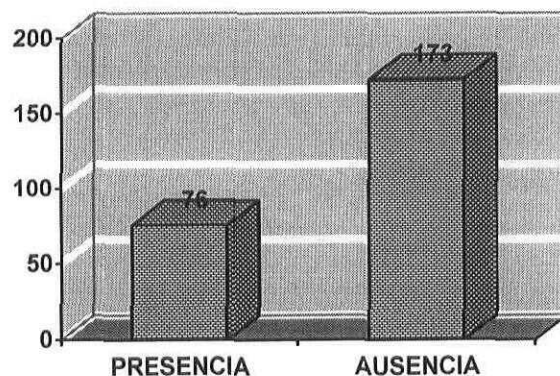
De las 249 personas casadas que se entrevistaron, el 30.5% fueron casos potenciales.

#### POBLACIÓN CASADA (249)

**Gráfica No. 11**



**Tabla No. 11**



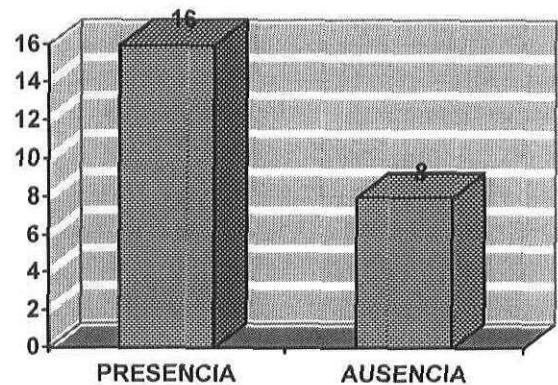
De las 24 personas separadas, divorciadas o viudas que se entrevistaron, el 66.7% fueron casos potenciales.

### POBLACIÓN SEPARADA/DIVORCIADA/VIUDA (24)

Gráfica No. 12



Tabla No. 12



De las 84 personas en unión libre que se entrevistaron, el 41.7% fueron casos potenciales.

### POBLACIÓN UNIÓN LIBRE (84)

Gráfica No. 13

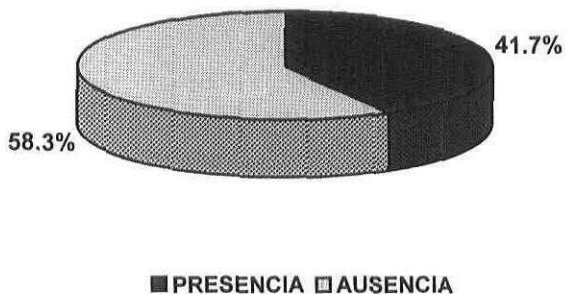
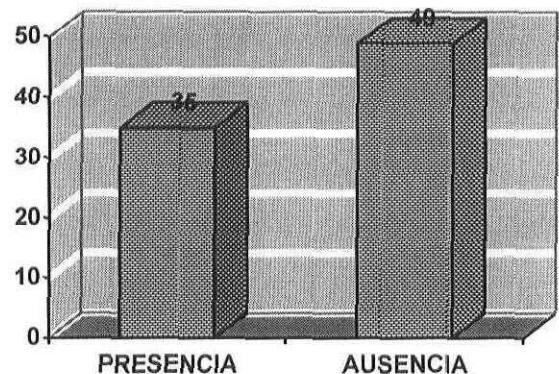


Tabla No. 13



De las 91 personas solteras que se entrevistaron, el 7.6% fueron casos potenciales.

### POBLACIÓN SOLTERA (91)

Gráfica No. 14

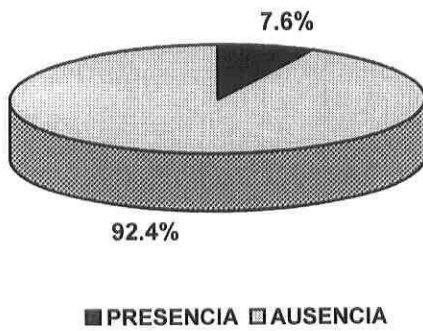
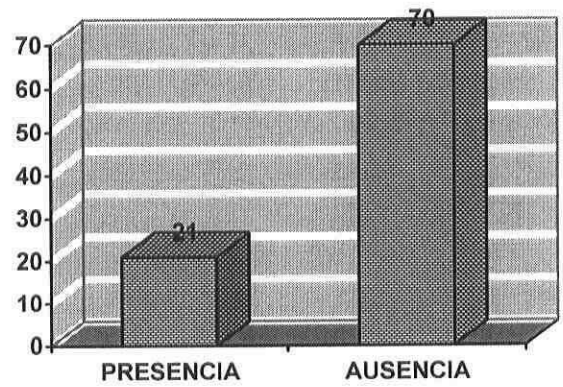


Tabla No. 14



#### 4.1.7 Cruces de Variables (Religión - A/P)

El 13.2% del total de la muestra, fueron casos potenciales que pertenecen o pertenecieron a la religión Evangélica, seguida por el 10.7% perteneciente a la religión Católica, el 8.3% correspondió a la población catalogada como sin religión y el .9% correspondió a la población catalogada como otras religiones (Mormones y Testigos de Jehová).

**Cuadro No. 28**

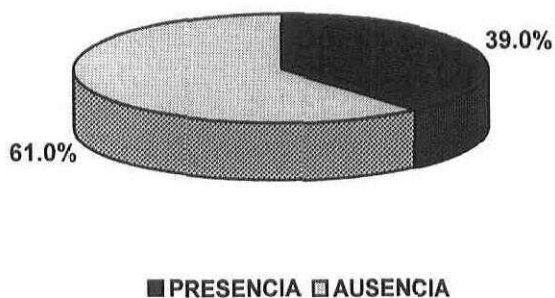
RELIGIÓN	AUSENCIA	PRESENCIA	TOTAL	FRECUENCIA PORCENTAJE
Católica	75 16.7%	48 10.7%	123 27.5%	
Evangélica	153 34.2%	59 13.2%	212 47.3%	
Sin religión	54 12.1%	37 8.3%	91 20.3%	
Otras	18 4.0%	4 .9%	22 4.9%	
<b>TOTAL</b>	<b>300 67.0%</b>	<b>148 33.0%</b>	<b>448 100.0%</b>	

Sin embargo, si contamos el total de la población entrevistada por religiones, los resultados serían los siguientes:

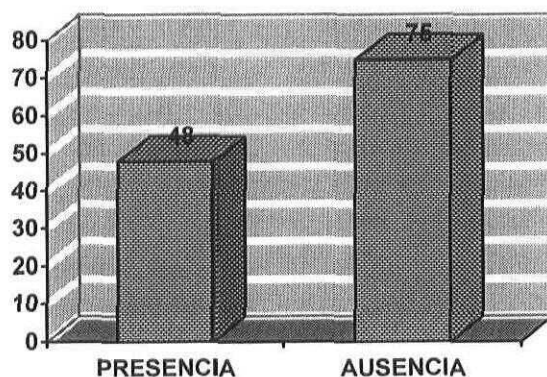
De las 123 personas católicas que se entrevistaron, el 39.0% fueron casos potenciales.

**POBLACIÓN CATÓLICA  
(123)**

**Gráfica No. 15**



**Tabla No. 15**



De las 212 personas evangélicas que se entrevistaron, el 27.8% fueron casos potenciales.

### POBLACIÓN EVANGÉLICA (212)

Gráfica No. 16

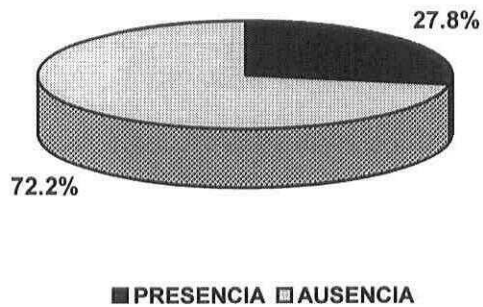
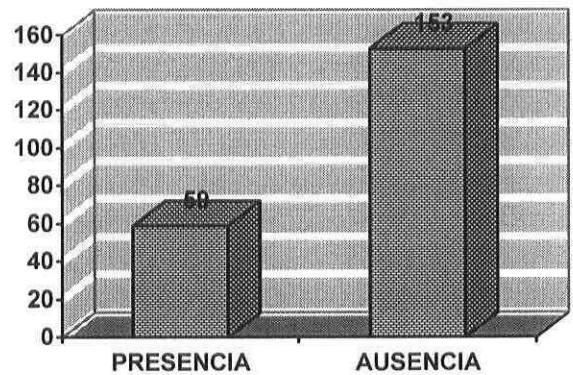


Tabla No. 16



De las 91 personas catalogadas como sin religión que se entrevistaron, el 40.6% fueron casos potenciales.

### POBLACIÓN SIN RELIGIÓN (91)

Gráfica No. 17

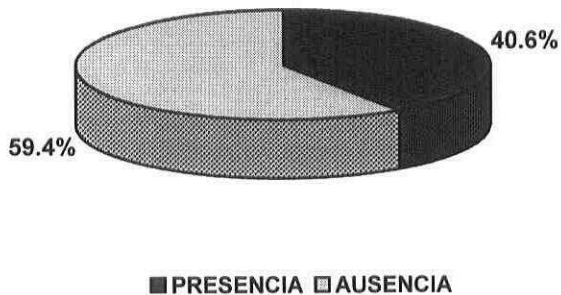
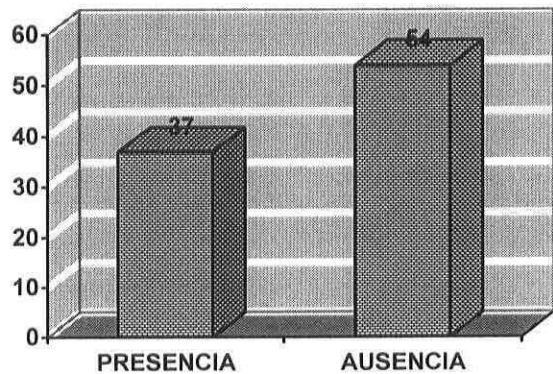


Tabla No. 17



De las 22 personas catalogadas como otras religiones que se entrevistaron, el 18.1% fueron casos potenciales.

### POBLACIÓN OTRAS RELIGIONES (22)

Gráfica No. 18

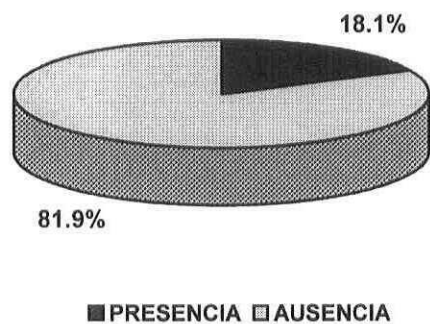
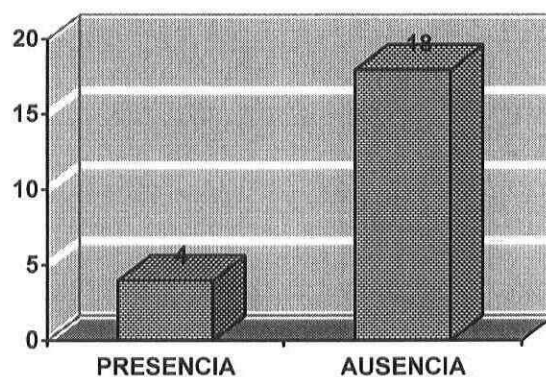


Tabla No. 18



## 4.2 Cuestionario Clínico Diagnóstico del Síndrome Depresivo (#2)

### 4.2.1 Análisis por variables Sintomatológicas

Al igual que en el cuestionario anteriormente analizado, se analizará cada uno de los 20 reactivos del instrumento, recordando que en este, cada reactivo o variable también corresponde a un síntoma específico.

1.- El reactivo #1, se estructura de la siguiente forma:  
¿ Se siente triste o afligido?

**Cuadro No. 29**

<b>OPCIONES DE RESPUESTA</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>	<b>% ACUMULADO</b>
No	196	43.8	43.8
Poco	125	27.9	71.7
Regular	80	17.9	89.5
Mucho	47	10.5	100.0
<b>TOTAL</b>	<b>448</b>	<b>100.0</b>	

2.- El reactivo #2, se estructura de la siguiente forma:  
¿ Lloro o tiene ganas de llorar?

**Cuadro No. 30**

<b>OPCIONES DE RESPUESTA</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>	<b>% ACUMULADO</b>
No	242	54.0	54.0
Poco	88	19.6	73.7
Regular	73	16.3	90.0
Mucho	45	10.0	100.0
<b>TOTAL</b>	<b>448</b>	<b>100.0</b>	

3.- El reactivo #3, se estructura de la siguiente forma:

¿ Duerme mal de noche?

**Cuadro No. 31**

<b>OPCIONES DE RESPUESTA</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>	<b>% ACUMULADO</b>
No	284	63.4	63.4
Poco	91	20.3	83.7
Regular	52	11.6	95.3
Mucho	21	4.7	100.0
<b>TOTAL</b>	<b>448</b>	<b>100.0</b>	

4.- El reactivo #4, se estructura de la siguiente forma:

¿ En la mañana se siente peor?

**Cuadro No. 32**

<b>OPCIONES DE RESPUESTA</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>	<b>% ACUMULADO</b>
No	320	71.4	71.4
Poco	84	18.8	90.2
Regular	31	6.9	97.1
Mucho	13	2.9	100.0
<b>TOTAL</b>	<b>448</b>	<b>100.0</b>	

5.- El reactivo #5, se estructura de la siguiente forma:

¿ Le cuesta trabajo concentrarse?

**Cuadro No. 33**

<b>OPCIONES DE RESPUESTA</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>	<b>% ACUMULADO</b>
No	186	41.5	41.5
Poco	108	24.1	65.6
Regular	110	24.6	90.2
Mucho	44	9.8	100.0
<b>TOTAL</b>	<b>448</b>	<b>100.0</b>	

6. – El reactivo #6, se estructura de la siguiente forma:

¿Le ha disminuido el apetito?

**Cuadro No. 34**

<b>OPCIONES DE RESPUESTA</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>	<b>% ACUMULADO</b>
No	349	77.9	77.9
Poco	67	15.0	92.9
Regular	19	4.2	97.1
Mucho	13	2.9	100.0
<b>TOTAL</b>	<b>448</b>	<b>100.0</b>	

7.- El reactivo #7, se estructura de la siguiente forma:

¿Se siente obsesivo o repetitivo?

**Cuadro No. 35**

<b>OPCIONES DE RESPUESTA</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>	<b>% ACUMULADO</b>
No	249	55.6	55.6
Poco	89	19.9	75.4
Regular	74	16.5	92.0
Mucho	36	8.0	100.0
<b>TOTAL</b>	<b>448</b>	<b>100.0</b>	

8.- El reactivo #8, se estructura de la siguiente forma:

¿ Ha disminuido su interés sexual?

**Cuadro No. 36**

<b>OPCIONES DE RESPUESTA</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>	<b>% ACUMULADO</b>
No	274	61.2	61.2
Poco	58	12.9	74.1
Regular	59	13.2	87.3
Mucho	57	12.7	100
<b>TOTAL</b>	<b>448</b>	<b>100.0</b>	

9.- El reactivo #9, se estructura de la siguiente forma:

¿ Considera que su rendimiento en el trabajo es menor?

**Cuadro No. 37**

<b>OPCIONES DE RESPUESTA</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>	<b>% ACUMULADO</b>
No	293	65.4	65.4
Poco	69	15.4	80.8
Regular	63	14.1	94.9
Mucho	23	5.1	100
<b>TOTAL</b>	<b>448</b>	<b>100.0</b>	

10.- El reactivo #10, se estructura de la siguiente forma:

¿ Siente palpitaciones o presión en el pecho?

**Cuadro No. 38**

<b>OPCIONES DE RESPUESTA</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>	<b>% ACUMULADO</b>
No	265	59.2	59.2
Poco	94	21.0	80.1
Regular	66	14.7	94.9
Mucho	23	5.1	100
<b>TOTAL</b>	<b>448</b>	<b>100.0</b>	

11.- El reactivo #11, se estructura de la siguiente forma:

¿ Se siente nervioso, angustiado o ansioso?

**Cuadro No. 39**

<b>OPCIONES DE RESPUESTA</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>	<b>% ACUMULADO</b>
No	174	38.8	38.8
Poco	116	25.9	64.7
Regular	102	22.8	87.5
Mucho	56	12.5	100
<b>TOTAL</b>	<b>448</b>	<b>100.0</b>	

12.- El reactivo #12, se estructura de la siguiente forma:

¿ Se siente cansado o decaído?

**Cuadro No. 40**

<b>OPCIONES DE RESPUESTA</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>	<b>% ACUMULADO</b>
No	125	27.9	27.9
Poco	167	37.3	65.2
Regular	113	25.2	90.4
Mucho	43	9.6	100
<b>TOTAL</b>	<b>448</b>	<b>100.0</b>	

13. – El reactivo #13, se estructura de la siguiente forma:

¿Se siente pesimista, piensa que las cosas le van a salir mal?

**Cuadro No. 41**

<b>OPCIONES DE RESPUESTA</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>	<b>% ACUMULADO</b>
No	248	55.4	55.4
Poco	95	21.2	76.6
Regular	78	17.4	94.0
Mucho	27	6	100
<b>TOTAL</b>	<b>448</b>	<b>100.0</b>	

14.- El reactivo #14, se estructura de la siguiente forma:

¿Le duele con frecuencia la cabeza o la nuca?

**Cuadro No. 42**

<b>OPCIONES DE RESPUESTA</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>	<b>% ACUMULADO</b>
No	232	51.8	51.8
Poco	119	26.6	78.3
Regular	59	13.2	91.5
Mucho	38	8.5	100
<b>TOTAL</b>	<b>448</b>	<b>100.0</b>	

15.- El reactivo #15, se estructura de la siguiente forma:

¿Está más irritable o enojón que antes?

**Cuadro No. 43**

<b>OPCIONES DE RESPUESTA</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>	<b>% ACUMULADO</b>
No	183	40.8	40.8
Poco	98	21.9	62.7
Regular	88	19.6	82.4
Mucho	79	17.6	100
<b>TOTAL</b>	<b>448</b>	<b>100.0</b>	

16.- El reactivo #16, se estructura de la siguiente forma:

¿ Se siente inseguro, con falta de confianza en usted mismo?

**Cuadro No. 44**

<b>OPCIONES DE RESPUESTA</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>	<b>% ACUMULADO</b>
No	276	61.6	61.6
Poco	88	19.6	81.3
Regular	69	15.4	96.7
Mucho	15	3.3	100
<b>TOTAL</b>	<b>448</b>	<b>100.0</b>	

17.- El reactivo #17, se estructura de la siguiente forma:

¿ Siente que le es menos útil a su familia?

**Cuadro No. 45**

<b>OPCIONES DE RESPUESTA</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>	<b>% ACUMULADO</b>
No	323	72.1	72.1
Poco	50	11.2	83.3
Regular	61	13.6	96.9
Mucho	14	3.1	100
<b>TOTAL</b>	<b>448</b>	<b>100.0</b>	

18.- El reactivo #18, se estructura de la siguiente forma:

¿ Siente miedo de algunas cosas?

**Cuadro No. 46**

<b>OPCIONES DE RESPUESTA</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>	<b>% ACUMULADO</b>
No	272	60.7	60.7
Poco	59	13.2	73.9
Regular	55	12.3	86.2
Mucho	62	13.8	100
<b>TOTAL</b>	<b>448</b>	<b>100.0</b>	

19.- El reactivo #19, se estructura de la siguiente forma:  
 ¿ Ha sentido deseos de morirse?

**Cuadro No. 47**

<b>OPCIONES DE RESPUESTA</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>	<b>% ACUMULADO</b>
No	359	80.1	80.1
Poco	47	10.5	90.6
Regular	27	6.0	96.7
Mucho	15	3.3	100
<b>TOTAL</b>	<b>448</b>	<b>100.0</b>	

20.- El reactivo #20, se estructura de la siguiente forma:  
 ¿Se siente apático, como si las cosas que antes le interesaban ahora le fueran indiferentes?

**Cuadro No. 48**

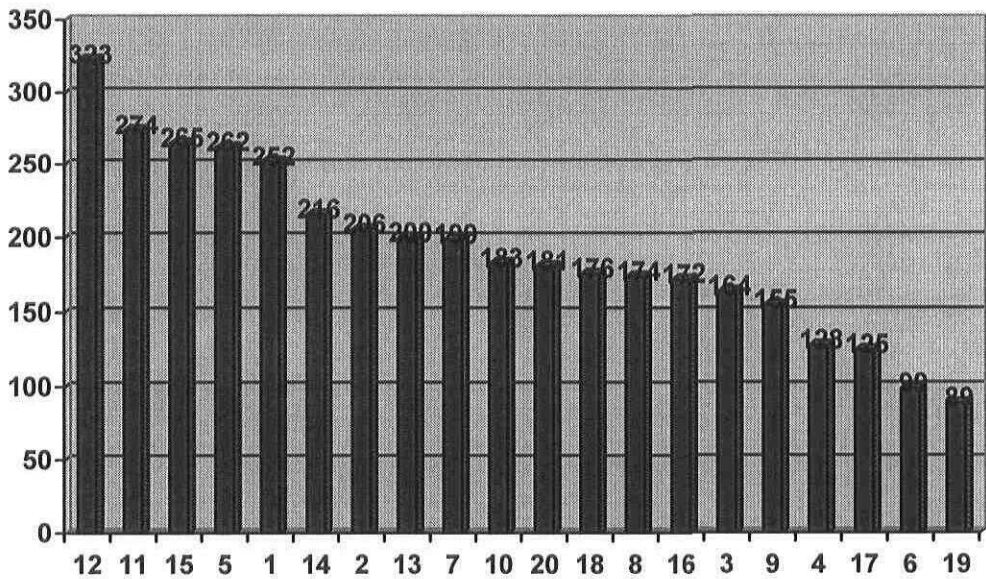
<b>OPCIONES DE RESPUESTA</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>	<b>% ACUMULADO</b>
No	267	59.6	59.6
Poco	84	18.8	78.3
Regular	72	16.1	94.4
Mucho	25	5.6	100
<b>TOTAL</b>	<b>448</b>	<b>100.0</b>	

Debido a la forma en que está estructurado el cuestionario en conjunto, se sumó el total de la sintomatología depresiva positiva ( poco + regular + mucho) para así poder demostrar los principales síntomas mencionados por reactivo, con su frecuencia y porcentaje en orden descendente.

**Cuadro No. 49**

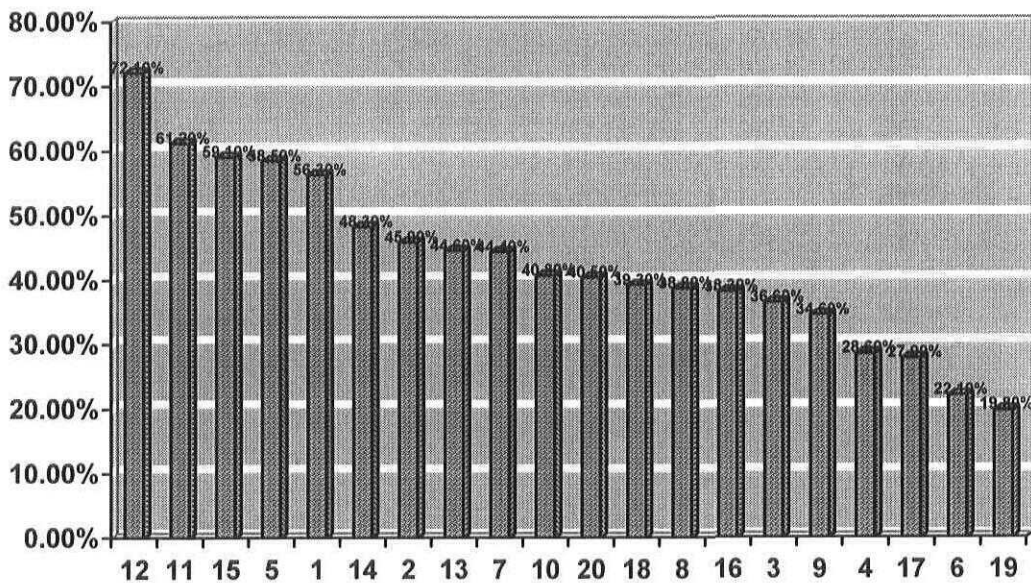
No. DE REACTIVO	ESTRUCTURA	SINTOMATOLOGÍA (+) POCO/REGULAR/MUCHO (FRECUENCIA)	%
12	¿Se siente cansado o decaído?	323	72.1
11	¿Se siente nervioso, angustiado o ansioso?	274	61.2
15	¿Está más irritable o enojón que antes?	265	59.1
5	¿Le cuesta trabajo concentrarse?	262	58.5
1	¿Se siente triste o afligido?	252	56.3
14	¿Le duele con frecuencia la cabeza o la nuca?	216	48.3
2	¿Llora o tiene ganas de llorar?	206	45.9
13	¿Se siente pesimista, piensa que las cosas le van a salir mal?	200	44.6
7	¿Se siente obsesivo o repetitivo?	199	44.4
10	¿Siente palpitaciones o presión en el pecho?	183	40.8
20	¿Se siente apático, como si las cosas que antes le interesaban ahora le fueran indiferentes?	181	40.5
18	¿Siente miedo de algunas cosas?	176	39.3
8	¿Ha disminuido su interés sexual?	174	38.8
16	¿Se siente inseguro, con falta de confianza en usted mismo?	172	38.3
3	¿Duerme mal de noche?	164	36.6
9	¿Considera que su rendimiento en su trabajo es menor?	155	34.6
4	¿En la mañana se siente peor?	128	28.6
17	¿Siente que le es menos útil a su familia?	125	27.9
6	¿Le ha disminuido el apetito?	99	22.1
19	¿Ha sentido deseos de morirse?	89	19.8

Tabla No. 19



No. de Reactivo

Tabla No. 20



No. de Reactivo

#### 4.2.2 Análisis por puntaje total.

A continuación se muestra el puntaje total, recordando que este es un instrumento diagnóstico, por lo tanto, dependiendo del total de la calificación, el resultado dependerá de los siguientes equivalentes diagnósticos: 25 a 35 puntos (normal), 36 a 45 puntos (reacción de ansiedad), 46 a 65 puntos (Depresión media) y de 66 a 80 puntos (Depresión severa)

**Cuadro No. 50**

<b>PUNTAJE TOTAL</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>	<b>% ACUMULADO</b>
20	25	5.6	5.6
21	13	2.9	8.5
22	25	5.6	14.1
23	14	3.1	17.2
24	16	3.6	20.8
25	19	4.2	25.0
26	20	4.5	29.5
27	22	4.9	34.4
28	15	3.3	37.7
29	25	5.6	43.3
30	14	3.1	46.4
31	10	2.2	48.7
32	13	2.9	51.6
33	13	2.9	54.5
34	9	2.0	56.5
35	13	2.9	59.4
36	12	2.7	62.1
37	9	2.0	64.1
38	7	1.6	65.6
39	11	2.5	68.1
40	10	2.2	70.3
41	9	2.0	72.3
42	13	2.9	75.2
43	8	1.8	77.0
44	12	2.7	79.7
45	5	1.1	80.8
46	8	1.8	82.6
47	4	0.9	83.5

48	6	1.3	84.8
49	10	2.2	87.1
50	7	1.6	88.6
51	6	1.3	90.0
52	5	1.1	91.1
53	4	0.9	92.0
54	6	1.3	93.3
55	7	1.6	94.9
56	3	0.7	95.5
58	3	0.7	96.2
59	1	0.2	96.4
60	3	0.7	97.1
61	4	0.9	98.0
62	2	0.4	98.4
63	2	0.4	98.9
64	1	0.2	99.1
66	3	0.7	99.8
67	1	0.2	100
TOTAL	448	100	

MEDIA (X) 34.701

DESVIACIÓN ESTÁNDAR (DS) 11.412

#### ***4.2.3 Análisis por Clasificación diagnóstica***

Del total de la muestra, 82 personas (18.3%) obtuvieron una calificación de acuerdo a la cual fueron clasificadas con el diagnóstico de depresión media, 4 personas (0.9%) obtuvieron una calificación de acuerdo a la cual fueron clasificadas con el diagnóstico de depresión severa y 96 personas más (21.4%), obtuvieron una calificación de acuerdo con la cual fueron clasificadas con el diagnóstico de reacción de ansiedad (síntomatología depresiva).

**Cuadro No. 51**

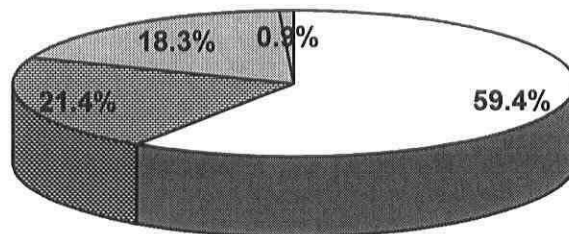
<b>CLASIFICACION DIAGNOSTICA</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>	<b>PORCENTAJE ACUMULADO</b>
Normal	266	59.4	59.4
Reacción de ansiedad	96	21.4	80.8
Depresión Media	82	18.3	99.1
Depresión Severa	4	0.9	100
<b>TOTAL</b>	<b>448</b>	<b>100</b>	

MEDIA (X) 1.607

DESVIACION ESTANDAR (DS) 0.812

El 19.2% (86 personas) del total de la muestra tuvo una calificación de acuerdo a la cual fueron clasificados con el diagnóstico de síndrome depresivo.

**Gráfica No. 19**



□ NORMAL ■ R. DE ANSIEDAD ▨ DEP. MEDIA ▩ DEP. SEVERA

#### 4.2.4 Cruces de Variables (Clasificación Diagnóstica-Sexo)

El 5.4% del total de la muestra, fueron hombres, los cuales obtuvieron una calificación que los diagnosticó como personas con depresión media.

El 12.9% del total de la muestra, fueron mujeres, las cuales obtuvieron una calificación que las diagnosticó como personas con depresión media.

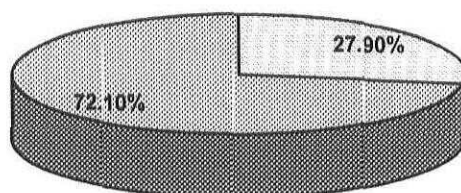
El 0.9% del total de la muestra fueron mujeres, las cuales obtuvieron una calificación que las diagnosticó como personas con depresión severa. Por lo tanto, el 13.8% del total de la muestra fueron mujeres con síndrome depresivo (Depresión media + Depresión Severa).

**Cuadro No. 52**

CLASIFICACION DIAGNOSTICA	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL	FRECUENCIA PORCENTAJE
Normal	128 28.6%	138 30.8%	266 59.4%	
Reacción de Ansiedad	40 8.9%	56 12.5%	96 18.3%	
Depresión Media	24 5.4%	58 12.9%	82 18.3%	
Depresión Severa		4 0.9%	4 0.9%	
TOTAL	192 42.9%	256 57.1%	448 100%	

Del total de la submuestra (86), el 72.1% fueron mujeres, y el 27.9% correspondieron a hombres. Diagnosticados todos ya como casos con Síndrome Depresivo. (□proporción 2.6:1)

**Gráfica No. 20**



□ HOMBRES ■ MUJERES

#### 4.2.5 Cruces de Variables (Clasificación Diagnóstica-Grupos de Edad)

Del total de la muestra, uniendo los casos de depresión media con depresión severa; los grupos de edad de 25 a 34 años representaron el 4.5%, le siguen en orden descendente el grupo que comprende a las personas de 35 a 44 años con el 4.2%, el grupo que comprende a las personas de 55 a 75 años obtuvieron el 3.6%, los grupos de edad de 18 a 24 años y de 45 a 54 años, representaron cada uno el 3.1% y el grupo que comprende las edades entre 14 y 17 ocuparon el 0.7%.

Sólo en los grupos de edad de 18 a 24 años y de 45 a 54 años se diagnosticó depresión severa; 0.4% para cada uno respectivamente, y 2.7% de depresión media para cada uno respectivamente.

**Cuadro No. 53**

CLASIFICACION DIAGNOSTICA	14-17	18-24	25-34	35-44	45-54	55-75	TOTAL	FRECUENCIA PORCENTAJE
Normal	36 8.0%	70 15.6%	73 16.3%	58 12.9%	22 4.9%	7 1.6%	266 59.4%	
Reacción de Ansiedad	6 1.3%	23 5.1%	24 5.4%	24 5.4%	15 3.3%	4 0.9%	96 21.6%	
Depresión Media	3 0.7%	12 2.7%	20 4.5%	19 4.2%	12 2.7%	16 3.6%	82 18.3%	
Depresión Severa		2 0.4%			2 0.4%		4 0.9%	
TOTAL	45 10%	107 23.9%	117 26.1%	101 22.5%	51 11.4%	27 6.0%	448 100%	

Del total de la submuestra (86), los grupos de edad diagnosticados ya como casos de síndrome depresivo, (Depresión media + Depresión severa) quedaron distribuidos de la siguiente forma:

**Tabla No. 21**

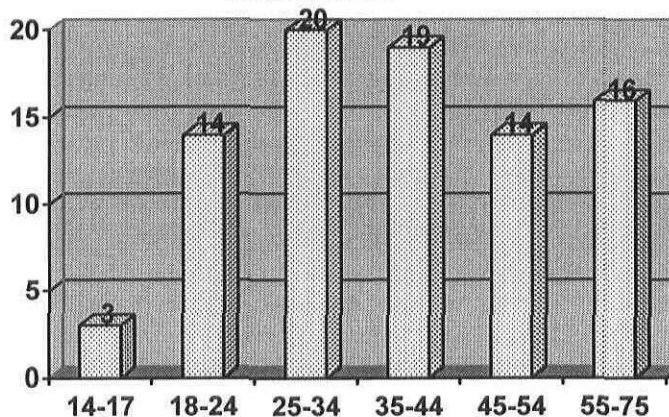
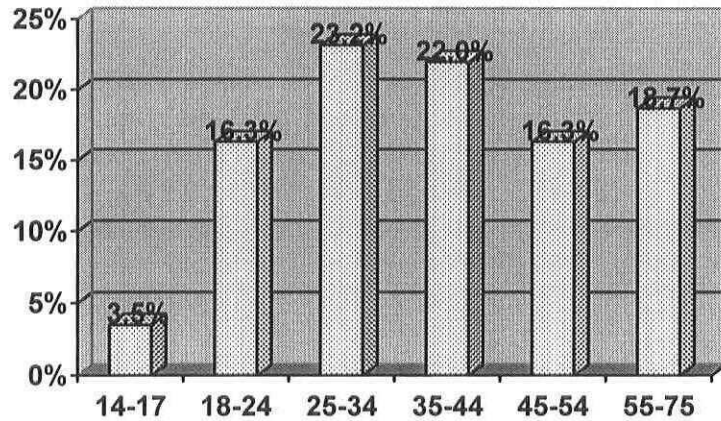


Tabla No. 22



#### 4.2.6 Cruces de Variables (Clasificación diagnóstica-Estado Civil)

Del total de la muestra (448) el 10.5% fueron personas que calificaron con el diagnóstico de depresión media y que pertenecieron a la población casada. En esta misma población, el 2% calificó con el diagnóstico de depresión severa; por lo tanto, el 10.7% del total de la muestra correspondieron a casos de personas casadas con síndrome depresivo.

Del total de la muestra (448), el 4.0% fueron personas que calificaron con el diagnóstico de depresión media y que pertenecieron a la población en unión libre. En esta misma población el 0.4% calificó con el diagnóstico de depresión severa; por lo tanto, el 4.4% del total de la muestra correspondieron a casos de personas en unión libre con síndrome depresivo.

Del total de la muestra (448), el 2.2% fueron personas que calificaron con el diagnóstico de depresión media y que pertenecieron a la población separada, divorciada o viuda. En esta misma población el 0.2% calificó con el diagnóstico de depresión severa; por lo tanto, el 2.4% del total de la muestra correspondieron a casos de personas separadas, divorciadas o viudas con síndrome depresivo.

Del total de la muestra (448), el 1.6% fueron personas que calificaron con el diagnóstico de depresión media y que pertenecieron a la población soltera sin contar con algún caso de depresión severa; por lo tanto, el 1.6% del total de la muestra correspondieron a personas solteras con síndrome depresivo.

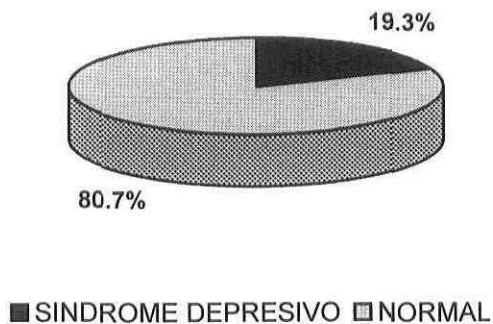
**Cuadro No. 54**

CLASIFICACION DIAGNOSTICA	CASADOS	SEP/DIV/VIU	UNION LIBRE	SOLTEROS	TOTAL	FRECUENCIA PORCENTAJE
Normal	146 32.6%	7 1.6%	45 10.0%	68 15.2%	266 59.4%	
Reacción de Ansiedad	55 12.3%	6 1.3%	19 4.2%	16 3.6%	96 21.6%	
Depresión Media	47 10.5%	10 2.2%	18 4.0%	7 1.6%	82 18.3%	
Depresión Severa	1 0.2%	1 0.2%	2 0.4%		4 0.9%	
<b>TOTAL</b>	<b>249</b> <b>55.6%</b>	<b>24</b> <b>5.4%</b>	<b>84</b> <b>18.8%</b>	<b>91</b> <b>20.3%</b>	<b>448</b> <b>100%</b>	

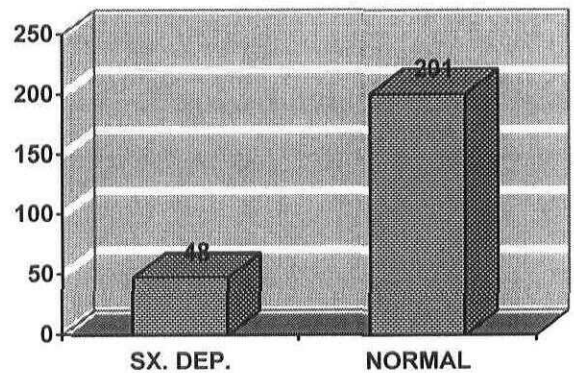
Sin embargo, del total de la población casada que se entrevistó (249), el 19.3% fueron casos con síndrome depresivo (Depresión media + Depresión severa).

**POBLACIÓN CASADA  
(249)**

**Gráfica No. 21**



**Tabla No. 23**



Del total de la población en unión libre que se entrevistó (84), el 23.8% fueron casos con síndrome depresivo (Depresión media + Depresión severa).

### POBLACIÓN UNIÓN LIBRE (84)

Gráfica No. 22

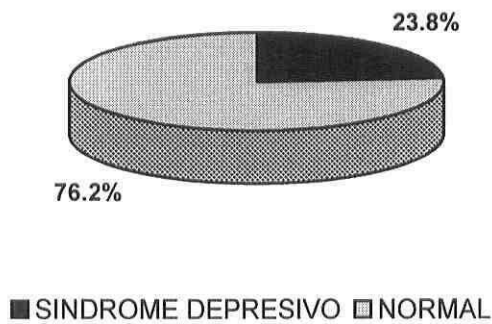
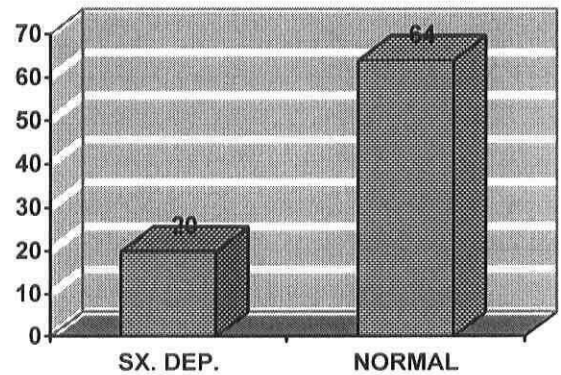


Tabla No. 24



Del total de la población separada, divorciada o viuda entrevistada (24), el 45.8% fueron casos con síndrome depresivo (Depresión media + Depresión severa).

### POBLACIÓN SEPARADA, DIVORCIADA O VIUDA (24)

Gráfica No. 23

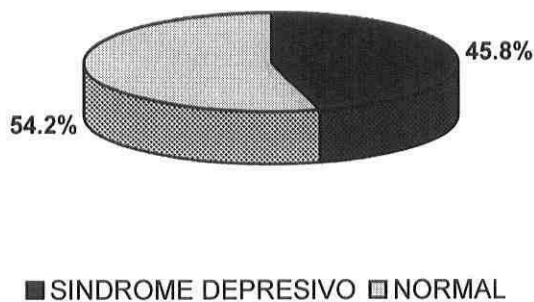
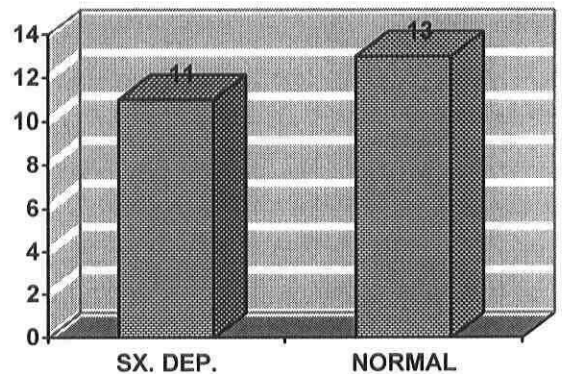


Tabla No. 25



Del total de la población soltera que se entrevistó (91), el 7.6% fueron casos con síndrome depresivo (Depresión media).

### POBLACIÓN SOLTERA (91)

Gráfica No. 24

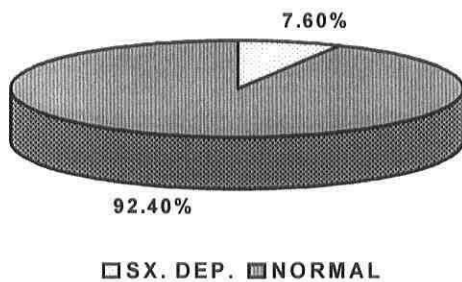
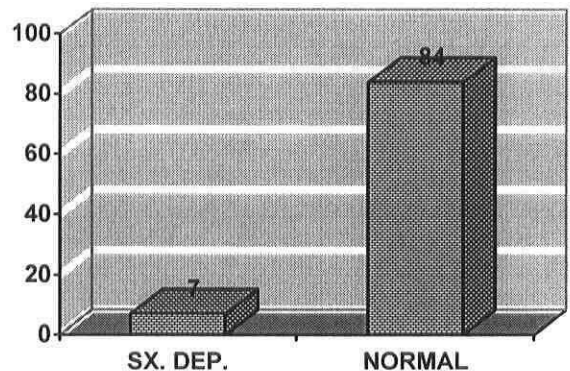


Tabla No. 26



#### 4.2.7 Cruces de Variables (Clasificación Diagnóstica-Religión)

Del total de la muestra (448), el 6.7% de la población perteneciente a la religión evangélica, calificó con el diagnóstico de depresión media y el 0.7% de esta misma población calificó con el diagnóstico de depresión severa; por lo tanto, el 7.4% del total de la muestra correspondió a personas pertenecientes a la religión evangélica con síndrome depresivo (Depresión media + Depresión severa).

Del total de la muestra (448), el 7.1% de la población perteneciente a la religión católica calificó con el diagnóstico de depresión media sin contar con algún caso de depresión severa; por lo tanto, el 7.1% del total de la muestra, correspondió a personas pertenecientes a la religión católica con síndrome depresivo (Depresión media).

Del total de la muestra (448), el 3.8% de la población catalogada como sin religión, calificó con el diagnóstico de depresión media y el 0.2% de esta misma población calificó con el diagnóstico de depresión severa; por lo tanto, el 4.0% del total de la muestra correspondió a la población catalogada como sin religión con síndrome depresivo (Depresión media + Depresión severa).

Del total de la muestra (448), el 0.7% de la población catalogada como otras religiones (mormona y Testigos de Jehová), calificó con el diagnóstico de depresión media sin contar con ningún caso de depresión severa; por lo tanto, el 0.7% del total de la muestra correspondió a la población catalogada como otras religiones con síndrome depresivo (Depresión media).

**Cuadro No. 55**

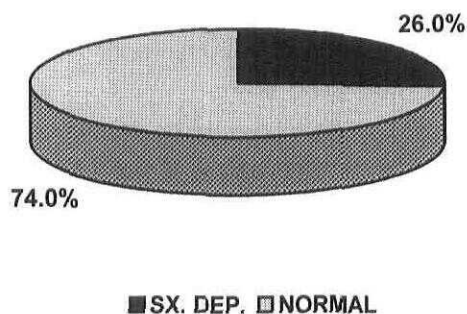
CLASIFICACION DIAGNOSTICA	CATOLICA	EVANGELICA	SIN RELIGION	OTRAS	TOTAL	FRECUENCIA PORCENTAJE
Normal	64 14.3%	133 29.7%	55 12.3%	14 3.1%	266 59.4%	
Reacción de Ansiedad	27 6.0%	46 10.3%	18 4.0%	5 1.1%	96 21.6%	
Depresión Media	32 7.1%	30 6.7%	17 3.8%	3 0.7%	82 18.3%	
Depresión Severa		3 0.7%	1 0.2%		4 0.9%	
TOTAL	123 27.5%	212 47.3%	91 20.3%	22 4.9%	448 100%	

Sin embargo, si contamos el total de la población entrevistada por religiones, los resultados serían los siguientes:

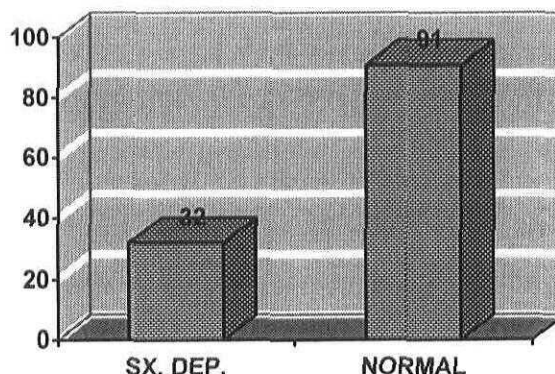
De las 123 personas católicas que se entrevistaron, el 26.0% fueron casos con síndrome depresivo (Depresión media).

**POBLACIÓN CATÓLICA  
(123)**

**Gráfica No. 25**



**Tabla No. 27**



De las 212 personas Evangélicas que se entrevistaron, el 15.5% fueron casos con síndrome depresivo (Depresión Media + Depresión severa).

### POBLACIÓN EVANGÉLICA (212)

Gráfica No. 26

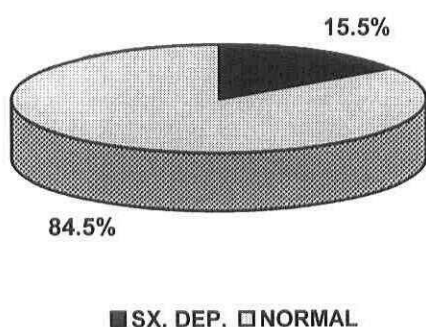
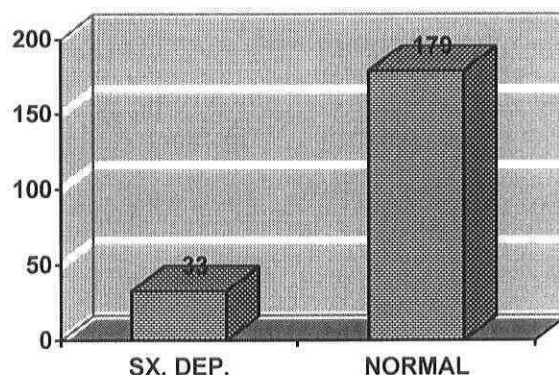


Tabla No. 28



Del las 91 personas catalogadas como sin religión que se entrevistaron, el 19.7% fueron casos con síndrome depresivo (Depresión media + Depresión severa).

### POBLACIÓN SIN RELIGIÓN (91)

Gráfica No. 27

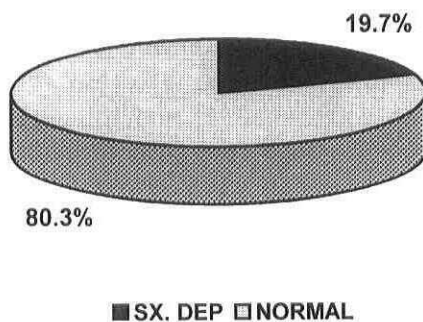
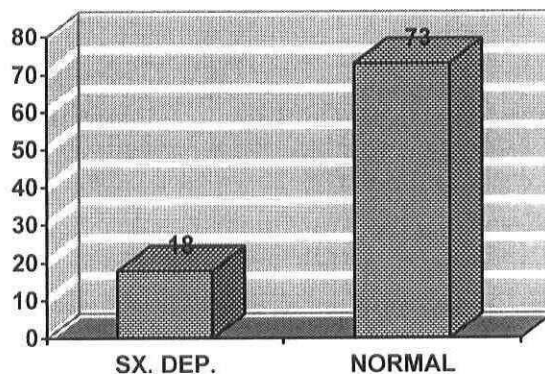


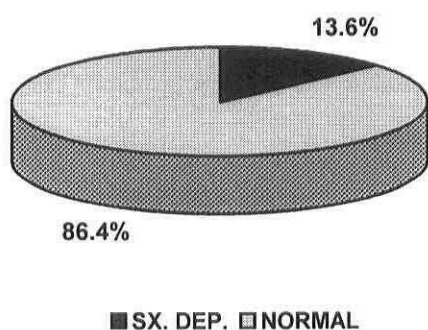
Tabla No. 29



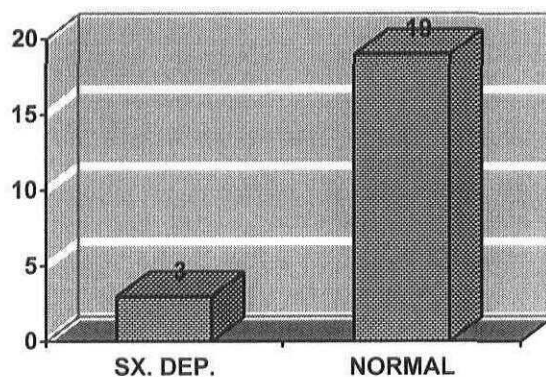
De las 22 personas catalogadas como otras religiones que se entrevistaron, el 13.6% fueron casos con síndrome depresivo (Depresión Media).

**POBLACIÓN OTRAS RELIGIONES  
(22)**

**Gráfica No. 28**



**Tabla No. 30**



**4.3. Análisis de Cruces de Variables (Cuestionario No. 1 – Cuestionario No. 2)**

Del cuestionario No. 1, cuestionario General de Salud Mental de Golberg Versión 12 Reactivos (CGS-12); el 33% del total de la muestra, obtuvieron una puntuación total donde los clasificó como casos potenciales. Es decir de 448 personas entrevistadas, 148 resultaron casos potenciales.

Del cuestionario No. 2, Cuestionario Clínico diagnóstico del síndrome Depresivo; el 18.3% del total de la muestra, obtuvieron una calificación de acuerdo a la cual fueron clasificados con el diagnóstico de depresión media, y el 0.9% obtuvieron una calificación de acuerdo a la cual fueron clasificados con el diagnóstico de Depresión severa; por lo tanto, el 19.2% del total de la muestra tuvo una calificación de acuerdo a la cual fueron clasificados con el diagnóstico de Síndrome Depresivo (depresión media + depresión severa). Es decir, de 448 personas entrevistadas, 82 resultaron con el diagnóstico de depresión media y 4 resultaron con el diagnóstico de depresión severa; por lo tanto 86 de las 448 personas entrevistadas resultaron con el diagnóstico de síndrome Depresivo.

**Cuadro No. 56**

	CLASIFICACIÓN DIAGNÓSTICA	CUESTIONARIO #1		TOTAL
		AUSENCIA	PRESENCIA	
C U E S T I O N A R I O  # 2	NORMAL	258 57.6%	8 1.8%	266 59.4%
	REACCIÓN DE ANSIEDAD	39 8.7%	57 12.7%	96 21.4%
	DEPRESIÓN MEDIA	3 0.7	79 17.6%	82 18.3%
	DEPRESIÓN SEVERA		4 0.9%	4 0.9%
	TOTAL	300 67%	148 33%	448 100%

FRECUENCIA  
PORCENTAJE

## **CAPITULO V**

### **5.0 Discusión**

### **5.1 Conclusiones**

## 5.0 Discusión

La prevalencia de casos potenciales (Cuestionario No. 1) y de Síndrome Depresivo (Cuestionario No. 2), favorece al género femenino en una proporción de 2 a 1, lo cual coincide con la literatura médica. <sup>(5, 18, 20)</sup> Los únicos 4 casos de depresión severa correspondieron al sexo femenino.

De las 256 mujeres pertenecientes a nuestra muestra, el 24.2% obtuvieron un puntaje en el cuestionario No. 2 de acuerdo a las cuales las calificaría como casos con síndrome depresivo (Depresión media + Depresión severa).

Salgado de Snyder y Maldonado<sup>(20)</sup> encontraron en una muestra de 250 mujeres adultas pertenecientes a poblaciones rurales de los Estados de Jalisco y Michoacán, que al aplicarles una escala de depresión, el 20.0% de éstas obtuvieron un puntaje de acuerdo a las cuales las identificaría como casos de depresión.

Los grupos etarios más afectados en ambos cuestionarios fueron los adultos jóvenes, las personas separadas, divorciadas o viudas obtuvieron una mayor prevalencia en comparación con otras clases de estado civil; además, los factores de riesgo de naturaleza sociodemográfica reportada en la literatura especializada como tener un nivel socioeconómico bajo, y una baja escolaridad, también concuerdan con los resultados obtenidos. <sup>(5,6,20)</sup>

Respecto al terreno religioso, interesante el hecho de que la población católica, segunda fuerza religiosa en esta comunidad y la población denominada sin religión, fueron las más afectadas, quizá por ser una minoría en comparación con la primera fuerza religiosa de la comunidad (evangélica), y por lo tanto, ser parte de un proceso discriminativo en la región tanto en sus tradiciones como en sus creencias. Por otra parte, la falta de fe y creencias religiosas o espirituales en la vida diaria de las personas pertenecientes al grupo denominado como sin religión podría ser una de las causas por las cuales resultaron igualmente afectados.

Dentro del aspecto sintomatológico, los reactivos más frecuentes en ambos cuestionarios fueron: la falta de concentración o dificultad para concentrarse, el sentirse muy triste y deprimido o afligido (a), el estar muy agobiado (a), y en tensión o más irritable que antes, el estar muy nervioso (a), angustiado (a) o ansioso (a), el sentirse obsesivo o repetitivo y el llorar o tener ganas de llorar.

Otros síntomas depresivos que se manifestaron con mayor frecuencia fueron los estados de ánimo caracterizados por afecto negativo tales como el sentirse pesimista, el no sentirse capaz de enfrentar sus problemas adecuadamente y la incapacidad para

experimentar afecto positivo como el disfrutar menos o mucho menos que antes de sus actividades diarias.<sup>(20)</sup>

Se ha observado que existe una gran tendencia de que los trastornos medianos o severos tengan repercusiones a nivel orgánico que se manifiestan como síntomas físicos o bien que los trastornos físicos tengan repercusiones en el funcionamiento emocional del individuo.

La investigación comparativa del perfil fenomenológico de la depresión de población general en Norteamérica y Latinoamérica presentan un índice más elevado respecto a los latinoamericanos de síntomas somáticos.<sup>(18)</sup>

Dentro de los síntomas somáticos más frecuentes que se encontraron fueron: la fatiga o el cansancio, el insomnio, el dolor de cabeza o la nuca y las palpitaciones o presión en el pecho.<sup>(16)</sup>

Con esto vemos como la emoción juega un papel muy importante en los eventos que causan o agravan las enfermedades somáticas.

El reactivo que trata acerca del insomnio fue muy frecuente en el Cuestionario No. 1, no así en el Cuestionario No. 2, posiblemente debido a la estructura factorial de cada instrumento; ya que en el Cuestionario No. 1, el reactivo está estructurado de la siguiente forma: ¿ha dormido menos por tener preocupaciones?, y en el cuestionario No. 2 el reactivo está estructurado de la siguiente forma: ¿duerme mal de noche?. El hecho de enfatizar que duerme menos por tener preocupaciones quizá sea el detonante o la causa principal del síntoma, lo cual se vio reflejado con una respuesta positiva en el cuestionario No. 1.

La prevalencia de sintomatología depresiva en el Cuestionario No. 2 fue del 21.4% (reacción de ansiedad), cifras concordantes con otros estudios de prevalencia sintomatológica que muestran cifras que van del 9% al 32%.<sup>(5)</sup>

Las cifras de prevalencia de sintomatología depresiva en nuestro estudio, establece la posibilidad de que la expresión de la sintomatología depresiva en medios rurales se manifieste no sólo por la presencia sino también por la intensidad o duración del síntoma, ya que la gran mayoría manifestó una persistencia entre un mes y dos meses de duración previo a la entrevista.

García y Marks encontraron que los niveles bajos de aculturación estaban relacionados con los puntajes altos en la persistencia de los síntomas depresivos.<sup>(20)</sup>

## 5.1 Conclusiones

- A. Los primeros 6 reactivos sintomáticos con mayor frecuencia en el Cuestionario No. 1 fueron los siguientes:
1. El 44.4% del total de la muestra, manifestó menos o mucha menos falta de concentración en todo lo que hace.
  2. El 34.2% del total de la muestra, manifestó que se ha sentido más o mucho más triste y deprimido(a) que antes.
  3. El 30.6% del total de la muestra, manifestó que se ha notado constantemente más o mucho más agobiado y en tensión que antes.
  4. El 22.8% del total de la muestra, manifestó haber dormido menos o mucho menos que antes por tener preocupaciones.
  5. El 22.1% del total de la muestra, manifestó haberse sentido menos o mucho menos capaz que antes de enfrentar sus problemas adecuadamente.
  6. El 21.7% del total de la muestra, manifestó disfrutar menos o mucho menos que antes de sus actividades diarias.
- B. Del total de la muestra, la prevalencia de casos potenciales en el Cuestionario No. 1 fue del 33.0%.
- C. La prevalencia por género en el Cuestionario No. 1 fue la siguiente: del 33.0% de casos potenciales, el 66.9% correspondieron al género femenino y el 33.1% correspondieron al género masculino.
- D. Los grupos de edad en el Cuestionario No. 1 entre 18 y 44 años fueron los de mayor riesgo con un 67.6% predominando los grupos de edad jóvenes (18-24) y adultos (35-44) con un 23.0% cada uno, seguidos por el grupo que comprenden las edades entre 25 y 34 años con un 21.6%.

E. Respecto a la población entrevistada por estado civil en el Cuestionario No. 1.

1. De las 24 personas entrevistadas separadas, divorciadas o viudas, el 66.7% fueron casos potenciales.
2. De las 84 personas entrevistadas en unión libre, el 41.7% fueron casos potenciales.
3. De las 249 personas entrevistadas casadas, el 30.5% fueron casos potenciales.
4. De las 91 personas entrevistadas solteras, el 23.0% fueron casos potenciales.

F. Respecto a la población entrevistada por religiones en el Cuestionario No. 1.

1. De las 91 personas catalogadas como sin religión que se entrevistaron, el 40.6% fueron casos potenciales.
2. De las 123 personas católicas que se entrevistaron, el 39.0% fueron casos potenciales.
3. De las 212 personas evangélicas que se entrevistaron, el 27.8% fueron casos potenciales.
4. De las 22 personas catalogadas como otras religiones que se entrevistaron, el 18.1% fueron casos potenciales.

G. Los primeros 10 reactivos sintomáticos con mayor frecuencia en el Cuestionario No. 2, fueron los siguientes:

1. El 72.1% del total de la muestra, manifestó sentirse cansado o decaído.
2. El 61.2% del total de la muestra, manifestó estar nervioso, angustiado o ansioso.
3. El 59.1% del total de la muestra, manifestó estar más irritable que antes.
4. El 58.5% del total de la muestra, manifestó dificultad para concentrarse.
5. El 56.3% del total de la muestra, manifestó sentirse triste o afligido.

6. El 48.3% del total de la muestra, manifestó dolerle con frecuencia la cabeza o la nuca.
  7. El 45.9% del total de la muestra, manifestó llorar o tener ganas de llorar.
  8. El 44.6% del total de la muestra, manifestó sentirse pesimista.
  9. El 44.4% del total de la muestra, manifestó sentirse obsesivo o repetitivo.
  10. El 40.8% del total de la muestra, manifestó sentir palpitaciones o presión en el pecho.
- H. Del total de la muestra, la prevalencia de síndrome depresivo en el Cuestionario No. 2 fue del 19.2%, 18.3% para depresión media, y 0.9% para depresión severa.
- I. Del total de la muestra, la prevalencia de sintomatología depresiva (reacción de ansiedad) en el Cuestionario No. 2, fue del 21.4%.
- J. La prevalencia por género en el Cuestionario No. 2 fue la siguiente; del 19.2% de personas con síndrome depresivo, el 72.1% correspondió al género femenino, y el 27.9% correspondió al género masculino.
- K. Los grupos de edad en el cuestionario No. 2 entre 25 y 44 años, fueron los más afectados (45.2%) seguidos por el grupo que comprende las edades entre 55 y 75 años (18.7%).
- L. Respecto a la población entrevistada por estado civil en el Cuestionario No. 2.
1. De las 24 personas entrevistadas separadas, divorciadas o viudas, el 45.8% correspondieron a casos con síndrome depresivo.

2. De las 84 personas entrevistadas en unión libre, el 23.8% correspondieron a casos con síndromes depresivo.
3. De las 249 personas entrevistadas casadas, el 19.3% correspondieron a casos con síndrome depresivo.
4. De las 91 personas entrevistadas solteras, el 7.6% correspondieron a casos con síndrome depresivo.

M. Respecto a la población entrevistada por religiones en el Cuestionario No. 2

1. De las 123 personas católicas que sen entrevistaron, el 26.0% correspondieron a casos con síndrome depresivo.
2. De las 91 personas catalogadas como sin religión que sen entrevistaron, el 19.70% correspondieron a casos con síndrome depresivo.
3. De las 212 personas evangélicas que sen entrevistaron, el 15.5% correspondieron a casos con síndrome depresivo.
4. De las 22 personas catalogadas como otras religiones que sen entrevistaron, el 13.6% correspondieron a casos con síndrome depresivo.

N. Las conclusiones que nos permite realizar este estudio son:

1. Es importante que al usar estos instrumentos en poblaciones rurales y al analizar sus resultados, estos no se interpreten utilizando criterios preestablecidos con otros grupos poblacionales.
2. Los instrumentos utilizados son de fácil aplicación tanto en la comunidad como en la práctica médica general, facilitando la identificación temprana de condiciones de riesgo, mismas que deben ser objeto de una evaluación clínica cuidadosa para establecer el diagnóstico específico y determinar estrategias de vigilancia, intervención, y tratamiento.

3. Primordial la necesidad de un enfoque sistémico familiar para la atención de los problemas de salud mental.
4. En la investigación epidemiológica y la atención clínica, debemos considerar la posible presencia de síndromes de arraigo cultural, principalmente en la mujer rural, ya que de acuerdo al estereotipo tradicional, la mujer es la que sufre, la que no se permite ser feliz porque su papel social implica la sumisión, la abnegación y la renunciación.
5. La influencia cultural en la expresión de la depresión se manifiesta tanto en la presencia de síntomas específicos, como en la intensidad de los mismos.
6. Se demostró que la depresión no sólo es un fenómeno urbano, afectando también a nivel rural, principalmente a las poblaciones mestiza e indígena en proceso de aculturación avanzada.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- AGUILAR JIMÉNEZ E, COUNTIÑO RAMOS G, GONZÁLEZ LEÓN M, LÓPEZ URBINA M: Un atisbo al suicidio en Chiapas. *Psiquis Méx.*, 6 (5): 95-102, 1997.
- 2.- CALDERÓN NARVÁEZ G: Problemas Psicosociales: Alcoholismo en Salud Mental Comunitaria. Edición Trillas: Méx., pp. 203-207, 243-259, 1981.
- 3.- CALDERÓN NARVÁEZ G: Alcoholismo y Sociedad. *Psiquiatría Méx.*, 3: 26-34, 1973.
- 4.- CARAVEO A. J, MARTÍNEZ N. A, SALDIVAR G, LÓPEZ J. L, SALTIJERAL M. T: Performance of the GHQ-12 in relation to current and lifetime CIDI, Psychiatric diagnoses. GHQ-12 in RELATION TO CIDI DIAGNOSES. *Salud Mental*, 21(4): 1-11, 1998.
- 5.- CARAVEO A. J: Epidemiología de los Trastornos Depresivos. *Psiquiatría*, 13 suplemento: 2-5, 1997.
- 6.- CARAVEO A. J: La Prevalencia de los Trastornos Psiquiátricos en la población mexicana. Estado actual y Perspectivas. *Salud Mental*, 19 suplemento: 8-13, 1996.
- 7.- CARAVEO A. J, MEDINA-MORA ME, VILLATORO I, RASCON M. L, MARTÍNEZ N. A: El consumo de alcohol en adultos como factor de riesgo asociado con trastornos psíquicos en los niños. *Salud Mental*, 18 (2): 18-24, 1995.
- 8.- CARAVEO A. J, MEDINA-MORA ME, VILLATORO I, RASCON M. L: La depresión en el adulto como factor de riesgo en la salud mental de los niños. *Salud Mental*, 17 (2): 56-60, 1994.
- 9.- CARAVEO A. J, ARZATE P, KRASSOIEVITCH M: Estudio clínico de la depresión en el anciano: Un enfoque fenomenológico. *Psiquiatría*, 7 (2): 44-52, 1977.
- 10.- DE LA FUENTE MUÑIZ R: *Psicología Médica*. Primera edición, vigésima reimpresión. Fondo de Cultura Económica, 1; 1985.
- 11.- DOMÍNGUEZ LM, Depression and alcoholism: Suggestions for evaluation and treatment. Domínguez. Html en [www.users.interport.net](http://www.users.interport.net) 1998.
- 12.- SECRETARÍA DE SALUD, SERVICIOS COORDINADOS DE SALUD PÚBLICA EN EL ESTADO DE CHIAPAS: Estudio de la comunidad: Pesquería La Gloria, Municipio de Arriaga, Estado de Chiapas, México; 1998.

- 13.-SECRETARÍA DE SALUD, SERVICIOS COORDINADOS DE SALUD PÚBLICA EN EL ESTADO DE CHIAPAS: Estudio de la comunidad: Pesquería La Gloria, Municipio de Arriaga, Estado de Chiapas, México; 1997.
- 14.- GOLDBERG DP: The Detection of Psychiatric Illnes by Questionarie. Institute of Psychiatry, Maudsley monographs. Oxford University Press, London. 21; 1972.
- 15.- GOLDMAN HOWARD H: Psiquiatría General. Tercera edición. Manual Moderno, 2, 22: 1994.
- 16.- LÓPEZ JIMÉNEZ JL: Importancia de la Consulta Externa y del médico general en la detección de trastornos de tipo emocional. Tesis presentada para obtener el título de licenciado en Psicología, UNAM. México, D. F. 1983.
- 17.- MARTINEZ LANZ P, MEDINA-MORA ME, PADILLA P, CARAVEO J, CAMPILLO S. C: Prevalencia de trastornos emocionales en personas de edad avanzada. Salud pública de México, 25 (6): 612-619, 1983.
- 18.- MEZZICH JE, RUIZ P: The Epidemiology of Depression. Mezzich.html en [www.users. Interport.net](http://www.users.interport.net) 1998.
19. PLAZA MORENO F, NARBONA ARIAS I: La Depresión. [www.meplanararakis.es](http://www.meplanararakis.es) 10-9, 1997.
- 20.- SALGADO-DE SNYDER VN, MALDONADO M: Características Psicometricas de la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos en mujeres mexicanas adultas de áreas rurales. Salud Pública Mex; 36 (2): 200-209, 1994.