



Universidad Tecnológica

Nuestro Compromiso es la Innovación

Título de la investigación

**PREVALENCIA DE ALTERACIONES MENTALES: DEPRESIÓN Y ANSIEDAD
EN LA POBLACIÓN SALVADOREÑA.
ESTADO DE LA SALUD MENTAL.**

Investigador

José Ricardo Gutiérrez Quintanilla

Colaboradora

Ana Sandra Aguilar de Mendoza

La presente investigación fue subvencionada por la Universidad Tecnológica de El Salvador. Las solicitudes de información, separatas y otros documentos relativos al presente estudio pueden hacerse a la dirección postal: calle Arce, 1020, Universidad Tecnológica de El Salvador, Vicerrectoría de Investigación, Dirección de Investigaciones, edificio *José Martí*, 2ª y 3ª planta, o al correo electrónico: ricardo.gutierrez@utec.edu.sv

San Salvador, 2010

Derechos Reservados

© Copyright

Universidad Tecnológica de El Salvador

INDICE

1. Resumen	3
2. Notas del autor	4
3. Introducción	5
4. Métodos	25
5. Participantes	25
6. Instrumento	26
7. Procedimiento	28
8. Resultados	29
9. Discusión de resultados	48
10. Recomendaciones	55
11. Propuesta de programa de intervención de psicoterapia	56
12. Bibliografía	66
13. Apéndice	74

1. Resumen

El presente estudio tenía como objetivo general establecer la prevalencia de las alteraciones afectivas: depresión, ansiedad, somatización y disfunciones sociales; así como determinar la incidencia de casos de psicopatología en la población salvadoreña, con el propósito de obtener indicadores del estado de salud mental de los salvadoreños. Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud mental es el equilibrio psicológico o mental, físico-fisiológico y social del ser humano. El presente estudio es *ex post facto* con un diseño retrospectivo; el muestreo es probabilístico por conglomerados, representativo del país. Para evaluar las dimensiones antes señaladas se utilizó el Cuestionario de Salud General (GHQ-28), que posee adecuadas propiedades psicométricas para medir estas variables. Entre los resultados se tienen: que la media aritmética es más alta en las mujeres en los ítems del GHQ-28, en comparación con los hombres. En 12 ítems hay diferencias significativas, indicando lo anterior que existe una mayor prevalencia de sintomatología psicopatológica en las mujeres que en los hombres. Las variables sociales como: edad, estado familiar, región de residencia, escolaridad, si trabajo o no, ingresos económicos, actividad laboral, están asociadas a la incidencia de psicopatología general. Producto de los resultados del estudio, se diseñó un programa de intervención de psicoterapia de grupo.

2. Notas del autor

Agradecimiento y reconocimiento

Ana Sandra Aguilar de Mendoza, psicóloga clínica, profesora de la UTEC, responsable de diversos proyectos relacionados con la práctica clínica de los estudiantes de psicología, por su valioso aporte en el diseño y elaboración del programa de intervención de psicoterapia de grupo que se presenta al final de este estudio, el cual es una propuesta para mejorar los diferentes problemas de salud mental que adolecen los salvadoreños y que son reflejados en esta investigación.

Manuel Ernesto Contreras y Alma Raquel Flores Aguilar, licenciados en psicología, por su valiosa colaboración de forma voluntaria y con el único interés de aprender habilidades y destrezas en el quehacer de las ciencias del comportamiento y la salud mental, quienes se destacaron como supervisores, orientadores en el trabajo de recolección de la información del estudio en las diferentes ciudades del país. Por todo ello, mi reconocimiento y gratitud sincera.

A los estudiantes de psicología de 4º y 5º año, quienes colaboraron de una forma espontánea, responsables, motivados, con mucho esfuerzo personal y por su invaluable trabajo en equipo realizado en la aplicación de las pruebas a escala nacional; también por el trabajo de gabinete realizado en la corrección y tabulación de las pruebas; por todo ello, reciban de la UTEC y del director del proyecto todo el reconocimiento y gratitud por el trabajo realizado en un proyecto de interés nacional. Los estudiantes que han participado diligentemente son: Cristina del Carmen Calderón Martínez, Lisseth Carolina Ramírez Ayala, Aura Marisol Carrillo González, Damaris Marisela Martínez Chacón, Carmen Elena Ortiz Pereira, Claudia Guadalupe Montoya Guevara, Reyna Carolina Menjívar Mejía, Michael Harold Solórzano Ramírez, Diana Carolina Villalobos, Rosa Vilma González de Benavides, Claudia Yanira Gómez Valle, Reyna del Carmen Martínez Navas, Berta Alicia Orellana de Fuentes, Romeo Gustavo Cuéllar, Luz de María Alvarenga Salinas, Santiago de Jesús Ascencio Moreno, Esmeralda del Carmen Rosales Gallegos, Julio Alberto Blanco Estrada, Susana Concepción Molina, Ana Míriam Delgado Orellana.

3. INTRODUCCIÓN

Prevalencia de Alteraciones Afectivas: Depresión y Ansiedad en la Población Salvadoreña. Análisis de Factores Asociados

La salud mental es el equilibrio psicológico o mental, físico-fisiológico y social; definición directamente vinculada al concepto de *salud* de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que la define como el completo bienestar físico, psíquico y social, y no solo la ausencia de enfermedades. La salud mental en un país subdesarrollado o “en desarrollo”, como suele llamárseles, puede auscultarse mediante los indicadores de desarrollo humano como son: salud, educación, trabajo, medio ambiente, esperanza y niveles de vida (Programa de la Naciones Unidas para el Desarrollo, PNUD 2008). La salud mental en El Salvador y en la mayoría de países del mundo parece un sueño inalcanzable debido al enfoque biologista dominante de la salud, aunque tanto la Organización Panamericana de la Salud (OPS) como la OMS sugieren a los Estados miembros la implementación de programas colectivos orientados a la promoción, prevención y conservación de la salud mental. Estos los ignoran. Según el informe de salud mental (OMS 2001) entre 25 a 50% de la población mundial ha presentado alguna vez en su vida un trastorno de tipo mental. Periago, (OPS 2005) informó que las estadísticas indican que los trastornos mentales representan una proporción cada vez mayor de la carga de morbilidad en América Latina y el Caribe. Se calcula que en 1990 había en las Américas unos 114 millones de personas que padecían algún tipo de trastorno mental. Según las proyecciones, podría llegar en el año 2010 a 176 millones. Así mismo, señaló que en muchos lugares del continente americano sucede a menudo que el tratamiento no está al alcance de quienes lo necesitan. Un estudio reciente realizado en México mostraba que hasta 80% de los pacientes diagnosticados con alguna enfermedad mental no habían recibido atención en los doce meses previos al diagnóstico. En esta misma dirección, en El Salvador no se visualiza con claridad estrategias (programas) de Estado orientadas a la promoción, prevención, tratamiento

integral y rehabilitación de los trastornos de naturaleza psíquica y conductual en la población general; sin embargo, existe un hospital psiquiátrico dedicado al tratamiento de aquellos casos identificados y referidos por el sistema nacional de salud. En los años 2001 y 2002, los trastornos de ansiedad fueron la primera causa de consulta en el sistema nacional de salud (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, MSPAS 2003). Mientras, el Instituto de Medicina Legal (IML, 2008) reporta 635 suicidios en el año. El MSPAS (2010) informó de 1.287 suicidios y 31.200 intentos de suicidio registrados en el año de 2009. Estos datos son indicadores reveladores de los problemas de salud mental que prevalecen en la población salvadoreña, confirmándose con los estudios realizados en el país sobre prevalencia de alteraciones (Gutiérrez, 2009) o de sintomatologías mentales. Observándose en estos trabajos incidencias que oscilan entre el 34 a 65,5% de la población. Estos hallazgos se encuentran moderadamente por arriba de las estadísticas mundiales. Si bien existen en El Salvador algunos estudios en salud mental, estos son de tipo descriptivo o de prevalencia de síntomas; para comprender y explicar con mayor profundidad estos problemas se requiere centrar la atención en algunos trastornos específicos, y, en este sentido, el presente trabajo pretende analizar y establecer las relaciones existentes entre la depresión, la ansiedad y los problemas psicosomáticos con las variables sociodemográficas que son consideradas en otros estudios como variables predictoras de estos trastornos (Matud, 2006). En el presente estudio se enfatizará en la depresión y ansiedad, por ser las dos principales alteraciones mentales más prevalentes en nuestro país (MSPAS, 2001, 2002; Gutiérrez, 2009). Es un estudio con muestreo probabilístico por conglomerados, representativo de la población salvadoreña.

Importancia. Estudiar la depresión, la ansiedad, los trastornos psicosomáticos y la salud mental en El Salvador es de gran trascendencia, debido a que son las psicopatologías de mayor incidencia en la población salvadoreña. De hecho, la ansiedad ha sido la principal causa de consulta en atención primaria en salud. Similar situación ocurre en la mayoría de países del mundo. En El Salvador se han realizado algunos estudios de estos problemas, desde una perspectiva eminentemente descriptiva y de tamizaje (Epidemiología descriptiva). El presente estudio está centrado en analizar estas alteraciones en relación con diversos factores predisponentes (Epidemiología analítica), significando un nivel mayor de profundidad. Estableciéndose relaciones y diferencias estadísticas entre las variables

predictoras como: sexo, nivel educativo, estado familiar, ingresos económicos familiares, residencia, actividad laboral, con las dimensiones de problemas de salud mental. Así mismo, se señala que se hará una evaluación de una muestra aleatoria, por conglomerados y representativa de todo el país, con la finalidad de que sus resultados puedan ser generalizados a toda la población del país; que facilitará obtener una comprensión del problema, lo más cercana a la realidad salvadoreña. También, el análisis de los resultados facilitará brindar un conjunto de recomendaciones y el diseño y construcción de un programa de intervención psicoterapeuta, orientado a mejorar, a resolver aquellos conflictos afectivos relacionados con la depresión, la ansiedad y los psicósomáticos. Estudiar frecuentemente estos problemas de salud mental en países pobres como el nuestro es de mucha relevancia, debido al fuerte impacto que produce en la estabilidad psíquica de las personas, el contexto sociocultural y las políticas de Estado. Entre estas últimas se tienen: insatisfacción de las necesidades básicas como salud, educación, vivienda, empleo, recreación y apoyo social. Estas *variables relacionales* son fundamentales para tener salud mental. Desde esta perspectiva, es predecible la situación de la salud general de los salvadoreños; sin embargo, no es suficiente hacer conjeturas, es importante hacer investigación objetiva que revele con claridad la situación real de la salud mental de los salvadoreños. De las explicaciones anteriores se desprende la necesidad de elaborar un estudio sobre la ansiedad, la depresión y los trastornos psicósomáticos, asociados a otros factores en El Salvador, para conocer y analizar las dimensiones del problema de salud mental y buscar mecanismos o estrategias que contribuyan a mejorar la salud de los salvadoreños. Seguidamente se plantean los objetivos que se pretendían cumplir con el presente estudio, y estos son:

- Determinar la prevalencia de sintomatología de depresión y ansiedad, y casos de psicopatología en la población salvadoreña.
- Comparar la prevalencia de depresión y ansiedad entre hombres y mujeres salvadoreños.
- Establecer la diferencia de la depresión y ansiedad en función de la actividad laboral, la edad, nivel educativo, estado familiar y número de hijos.
- Determinar la diferencia de somatización y disfunciones sociales en función del sexo en la población salvadoreña.

- Establecer la prevalencia de la psicopatología en función de cada región del país.
- Determinar si existen diferencias de síntomas y psicopatología en función del lugar de residencia de la población salvadoreña, si son rurales o urbanos.

En relación con los objetivos y las variables antes mencionados se formulan las siguientes hipótesis de investigación:

- Existe una diferencia estadísticamente significativa de síntomas de depresión y ansiedad al comparar hombres y mujeres, encontrándose mayor incidencia en las mujeres.
- Hay diferencias significativas de depresión y ansiedad en función del nivel educativo, estado familiar, la actividad laboral, el número de hijos y los ingresos económicos familiares.
- Existen diferencias significativas de depresión y ansiedad en función del lugar de residencia, presentando mayor prevalencia la población que reside en el área rural que la urbana.
- Hay diferencias estadísticamente significativas de somatización y disfunciones sociales en función del sexo, encontrándose mayores problemas en las mujeres.
- Existen diferencias significativas en psicopatología general, como en las alteraciones de cada dimensión en función de la región de residencia, siendo más altos en la región paracentral y occidental del país.

La emoción es un estado afectivo que experimentamos, una reacción subjetiva al ambiente que viene acompañada de cambios orgánicos (fisiológicos y endocrinos) de origen innato, influidos por la experiencia. Las emociones tienen una función adaptativa de nuestro organismo a lo que nos rodea. Es un estado que sobreviene súbita y bruscamente, en forma de crisis más o menos violentas y eventualmente pasajeras.

La afectividad es aquel conjunto del acontecer emocional que ocurre en la mente del hombre y se expresa a través del comportamiento emocional, los sentimientos y las pasiones. La afectividad es el conjunto de sentimientos inferiores y superiores, positivos y

negativos, fugaces y permanentes que sitúan la totalidad de la persona ante el mundo exterior. Las emociones, son una reacción afectiva que surge súbitamente ante un estímulo, duran un corto tiempo y comprenden una serie de repercusiones psicocorporales; sus categorías básicas son: *miedo, aversión, tristeza, ira y sorpresa*. Los componentes de las emociones pueden ser: componentes subjetivos, respuesta fisiológica y conducta expresiva.

Dentro de las alteraciones de las emociones se encuentran los trastornos del estado de ánimo (afectivos), que tienen como característica principal una alteración del humor. El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, (DSM-IV TR, 2002), estudia la dinámica afectiva de una persona con alteraciones del estado emocional (ánimo o afectivo) que comprende la estructura individual de sus intereses. Jaspers (1993) describe una reacción vivencial normal como aquella caracterizada por una respuesta adecuada al acontecimiento que la provocó. Por el contrario, las reacciones emocionales anormales se producen cuando las personas reaccionan ante un acontecimiento mínimo con una gran intensidad o de una forma insólita. Lo que parece estar de base en tales anormalidades emocionales es la personalidad previa del sujeto, por lo que esta forma anormal de reaccionar puede hacerse más comprensible si atendemos a los estados conscientes e inconscientes del propio sujeto. Los tres grandes síntomas de la afectividad (emociones) son: la depresión, la ansiedad o angustia y la manía.

La depresión. Estudios realizados por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1996) sobre la carga mundial de enfermedades, han demostrado que la depresión unipolar es la principal causa de años de vida perdidos por discapacidad (APD). En 1990 a esta afección le correspondió el 10,5% de los APD en el mundo (Murray y López, 1996). En los países en desarrollo, esta enfermedad constituye el cuarto problema de salud más importante, con una morbilidad total de 3,4%. Se estima que, para el año 2020, este trastorno podría ser la segunda causa de morbilidad en el mundo y provocar la pérdida de 5,7% de los años de vida por discapacidad, (Pérdida de años de vida por discapacidad, AVAD), (Murray y López, 1996; OMS, 2001; Gómez-Restrepo, Díaz-Granados, 2002), además de mantenerse como causa principal de años perdidos por discapacidad (APD), con valores superiores a los encontrados por Murray y López, (1996).

Según el Estudio Territorial de Captación Epidemiológica (ETCE) (Reiger y Kaelber, 1995) y la Encuesta Nacional de Comorbilidad (ENC) (Kessler, McGonagle, Zhao, Nelson, Hughes y Escleman, 1994; Department of Health and Human Services de EE.UU, 1999), que se realizó en un período de doce meses, la prevalencia de depresión mayor en personas entre los 18 y 54 años de edad fue de 6,5% y 10,1%; mientras en una replica de la ENC realizada de febrero 2001 a diciembre de 2002, se encontró una prevalencia de trastorno depresivo mayor de 6,6% para los doce meses previos, y una prevalencia en toda la vida de 16,2%, respectivamente. Los porcentajes anteriores se refieren a estudios epidemiológicos, donde los datos representan casos confirmados de depresión. La prevalencia de episodios depresivos mayores durante el mes previo al estudio fue de 2,2% (Regier, Farmer, Rae, Myers, Kramer y Robins, 1993) y de 4,9% según la ENC (Blazer, Kessler, McGonagle, Swartz, 1994). Los factores que mostraron una asociación estadística significativa con este trastorno fueron, entre otros, ser mujer, dedicarse a las labores del hogar, estar jubilado, ser soltero, separado, divorciado o viudo, tener bajo nivel educacional y tener bajos ingresos económicos (Kessler, Berglund, Delmenr, Jin, Koretz y Merikangas, 2003).

En América Latina se han llevado a cabo varias investigaciones epidemiológicas sobre depresión y ansiedad, como las realizadas en Chile (Vicente, Rioseco, Valdivia, Kohn y Torres, 2002), Brasil (Andrade, Walters, Gentil y Laurenti, 2002; Kratz, Silva, Frank y Curi, 2004) y México (Caraveo-Anduaga, Colmenares y Saldívar, 1999), que han aportado valiosa información para la realización de estudios epidemiológicos a gran escala en la región. Las prevalencias encontradas en personas mayores de 18 años, medidas en un período de doce meses en Chile, Brasil y México, variaban entre 4,5% y 7,1%. En Brasil, la prevalencia de episodios depresivos en el último mes fue de 4,5%, mientras que en Chile la prevalencia en los últimos seis meses fue de 4,6%. En el estudio mexicano se encontró una incidencia de 1,3% en los doce meses previos al estudio. Los factores asociados con la depresión en Brasil y Chile fueron ser mujer, no tener empleo, tener bajos ingresos económicos, ser soltero o separado y tener bajo nivel educacional.

Por su parte, en la Encuesta Mundial sobre Salud Mental, realizada por la OMS en catorce países, se encontraron prevalencias de trastornos mentales en los doce meses previos a la consulta entre 4,3% y 26,4%, y de trastornos afectivos en general entre 0,8% y 9,6%, aunque no se informó de resultados específicos relacionados con la depresión (The WHO World Mental Health Survey Consortium, 2004). En 1997 se reprocesaron los datos obtenidos mediante la aplicación de la escala de Zung para la depresión, y se demostró que 11,8% de la población encuestada mostraba depresión leve y que 4% sufría de depresión mayor (moderada o grave), lo que indicaba que en Colombia había una elevada prevalencia de síndrome depresivo en 1993 (Gómez-Restrepo y Rodríguez, 1997). En los Estados Unidos se ha encontrado que 37% de los ancianos atendidos en el nivel primario de salud tienen síntomas de depresión, aunque sus manifestaciones clínicas pueden variar según las enfermedades que los afectan (Department of Health and Human Services, Mental health, 1999). También se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la depresión y el sexo femenino, al igual que entre aquella y la ansiedad; también con los intentos de suicidio y los antecedentes de problemas mentales en la familia. Al evaluar la relación de la depresión con algunos factores socioeconómicos, como las condiciones físicas de la vivienda, se evidenció un leve aumento de la depresión cuando la persona consideraba su espacio físico desfavorable. Otros elementos, como la poca cohesión familiar, los ingresos insuficientes, el mal estado de salud y la poca satisfacción con los logros alcanzados, se percibían desfavorablemente en la medida en que aumentaba la gravedad de la depresión.

En un estudio realizado en Bogotá (1995) se encontró una prevalencia de síntomas de depresión de 72,6% en una muestra de 1.376 pacientes de un hospital de atención primaria (Rodríguez y Puerta, 1997). La prevalencia fue mayor en las personas separadas, las que vivían solas, las que consumían tranquilizantes menores, marihuana y las que reconocían tener conflictos familiares.

La ENC encontró que 56,3% de las personas entre los 15 y 54 años de edad habían sufrido depresión en los últimos treinta días y estaban afectadas simultáneamente por alguna otra enfermedad mental (Organización Mundial de la Salud, Salud Mental, 2001), especialmente la ansiedad y los trastornos por el abuso o la dependencia de sustancias

adictivas. Algunos autores han encontrado una asociación entre la depresión y algunos factores psicosociales, como la ocupación laboral, el nivel educativo, el estado civil y la composición del hogar, la situación económica y los sucesos estresantes sufridos (Organización Mundial de la Salud, Salud mental, 2001; Kessler, McGonagle, Zhao, Nelson, Hughes y Esclerman, 1994; Regier, Farmer, Rae, Myers, Kramer y Robins, 1993; Blazer, Kessler, McGonnagle y Swartz, 1994; Grupo Hospital Mental de Antioquia, 1988; Patel, Araya, de Lima, Ludermir y Tood, 1999; Sarraceno y Barbui, 1997).

En Colombia, Gómez-Restrepo, Bohórquez, Masis, Laverde, Sepúlveda y Díaz-Granados, (2004), confirmaron la asociación significativa entre la depresión y el sexo femenino. Esta asociación aumentó con la edad, quizá debido a factores biológicos, genéticos, psicológicos y sociales, entre ellos la alta tasa de violencia doméstica y sexual (Organización Mundial de la Salud, Salud Mental, 2001; Grupo Hospital Mental de Antioquia, 1988).

La depresión es el trastorno afectivo más frecuente en el anciano y una de las principales causas de consultas médicas, aun cuando su presencia puede pasar desapercibida (Blazer, 2003). Los estudios epidemiológicos realizados dan cifras muy dispares y además parece existir una “falsa” baja de prevalencia en ancianos debido en parte a problemas metodológicos como, por ejemplo, que los ancianos expresan síntomas psiquiátricos en términos somáticos con mayor frecuencia y tienen mayor reticencia a reconocer síntomas psiquiátricos. Los trastornos de ansiedad han sido encontrados con una alta prevalencia en pacientes ancianos en todos los estudios recientes. Pero quizás sea el de Beekman, De Beurs, Van-Balkom, (2000) el más ilustrativo tras estratificar la muestra por edad y sexo, cifrando su prevalencia en 10,2%. En ancianos hasta el 80% de los pacientes con diagnóstico primario de trastorno depresivo tienen niveles altos de ansiedad y alrededor del 50% de los diagnosticados con ansiedad generalizada presentaban a su vez diagnóstico de síndrome depresivo.

Depresión con ansiedad. Aproximadamente entre 20 a 25% de los pacientes que acuden a consulta del médico general sufre algún tipo de trastorno mental, generalmente trastornos afectivos (ansiedad y depresión) de carácter habitualmente leve. La depresión y la ansiedad

son los trastornos mentales más prevalentes, calculándose que más del 20% de la población general sufrirá alguno de estos en un momento de sus vidas (Valle, 2002).

El concepto de *depresión* incluye varios subtipos clínicos de variables de severidad y que tienen tendencia a la cronicidad y la recurrencia. A su vez, los trastornos de ansiedad se clasifican según se limite a situaciones particulares (fobias, compulsiones), pensamientos (obsesiones) o momentos de ataques de pánico; y el trastorno por ansiedad generalizada se entiende como una ansiedad crónica. Suelen tener un curso ondulante y tienden también hacia la cronicidad. Aunque la depresión y la ansiedad son considerados trastornos independientes, suele ser raro encontrarlos en estado puro. Lo más habitual en la práctica médica es la presentación de síntomas ansiosos y depresivos mezclados en mayor o menor grado en un mismo paciente. En virtud de esta frecuente asociación de depresión y ansiedad, se vuelve a considerar el concepto como un espectro o continuo entre depresión y ansiedad en una visión dimensional del trastorno ansioso-depresivo. Incluso se ha propuesto la denominación de *síndrome neurótico general*.

La depresión y la ansiedad son los trastornos mentales más prevalentes, calculándose que más del 20% de la población general sufrirá alguno de ellos en cierto momento de sus vidas (OMS, 2001). Desde el punto de vista neurobiológico, esta coexistencia de síntomas apoyaría la idea de que ambos trastornos, que son expresiones fenotípicas diferentes, pudiesen compartir un mismo desequilibrio neuroquímico. Se ha propuesto el modelo del desequilibrio serotoninérgico, en el que en un extremo se situarían los estados puros de ansiedad que serían el resultado de una excesiva actividad serotoninérgica, mientras que en el otro se situarían los estados depresivos puros, resultado de una deficiencia de serotonina, situándose en el medio los estados mixtos ansioso-depresivos, caracterizados por síntomas crónicos subsindrómicos de los trastornos de depresión y la ansiedad. Otro neurotransmisor implicado, tanto en la depresión como en la ansiedad es la noradrenalina. Se supone que los pacientes con trastornos de ansiedad tienen una desregulación del sistema noradrenérgico que sería la causante de las ocasionales explosiones de actividad en las crisis de pánico. En unas ocasiones, los síntomas de ansiedad se hallan presentes en los trastornos depresivos de modo subsindrómico. Así, es

frecuente encontrar entre los síntomas depresivos rumiaciones obsesivas, ansiedad, preocupaciones somáticas y fobias. A su vez, los trastornos de ansiedad también presentan con frecuencia síntomas depresivos sin llegar a alcanzar el umbral de un trastorno depresivo.

En otros casos, los síntomas depresivos y ansiosos son lo suficientemente numerosos como para reunir criterios diagnósticos de ambos trastornos y entonces hablamos de *comorbilidad* de ambos trastornos. Esta coexistencia de las dos enfermedades es muy frecuente, llegando a tener una prevalencia, según la encuesta psiquiátrica más importante llevada a cabo en una muestra de población general no institucionalizada, la National Comorbidity Survey (NCS), de cerca del 60% de los casos. Una explicación de esta asociación podría ser que un trastorno predisponga a desarrollar un segundo. Así, una hipótesis señala que la persistencia de un trastorno de ansiedad (trastorno primario) predispone a desarrollar una depresión ulterior (trastorno secundario), según apuntan los resultados de la NCS, donde dos terceras partes de los pacientes con diagnóstico de depresión habían sufrido previamente otro trastorno, generalmente de naturaleza ansiosa.

En el campo de la atención primaria es frecuente observar un cuadro clínico caracterizado por una mezcla de síntomas depresivos y ansiosos, que se presentan de forma subsindrómica. Quiere esto decir que los síntomas están en número limitado o no son lo suficientemente severos para que cumpla criterios diagnósticos de trastorno depresivo o ansioso. Es el denominado *trastorno mixto ansioso-depresivo* (F41.2) al que la décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades Mentales (CIE-10) de la OMS (1995). Lo define como un síndrome con una mezcla de síntomas depresivos y ansiosos de igual importancia asociado, al menos, con algún síntoma somático (Ej. temblor, palpitaciones, «mariposas» en el estómago), (DSM-IV-TR, 2002).

Diferencias de salud entre hombres y mujeres. Tradicionalmente las mujeres han sido diagnosticadas con mayor frecuencia de problemas de salud mental que los hombres. En las últimas décadas se ha constatado que las tasas de problemas mentales no difieren en función del género, aunque sí la frecuencia de algunos trastornos. Se ha encontrado de forma consistente que es más probable que las mujeres tengan ansiedad y depresión que los

hombres, mientras que estos presentan tasas más altas de trastornos de personalidad antisocial y de abuso de sustancias (Kessler, McGonagle, Zhao, Nelson, Hughes, Eshleman y Wittchen, 1994; Regier, Boyd, Burke, Rae, Myers, Kramer,... Locke, 1988). La descripción y explicación de las diferencias de género en salud se ha hecho desde cuatro niveles (Walsh, Sorensen y Leonard, 1995, citado en Kawachi, Kennedy, Gupta y Prothrow-Stith (1999)). Si bien clásicamente se han basado en el modelo biomédico, que trata de explicar las diferencias en base a factores genéticos, hormonales, anatómicos o fisiológicos. De importancia central han sido los factores hormonales, a los que tradicionalmente se les ha atribuido cualquier diferencia en la salud de la mujer respecto a la de los hombres, y en torno a los cuales se ha planteado la existencia de “trastornos” tales como el síndrome premenstrual, la depresión posparto; o se ha considerado la menopausia como una “patología” en la mujer. El modelo psicosocial trata de explicar las diferencias entre mujeres y hombres con base en diferencias a nivel intrapsíquico e interpersonal, analizando las diferencias en variables tales como personalidad, afrontamiento, autoeficacia o en la experiencia y la información de signos y síntomas. Desde la epidemiología, se trata de buscar los factores de riesgo, es decir, las conductas y exposición a situaciones que puedan explicar las diferencias de género en salud; y a nivel social se intenta analizar los procesos culturales, sociales, económicos y políticos, que dan lugar a diferentes riesgos para la salud de mujeres y hombres. Aunque la mayoría de estudios se centran en los primeros tres niveles, hay evidencias empíricas de la incidencia de lo social, cultural y político en la salud de la mujer. Un estudio realizado en Estados Unidos por Karachi, Kennedy, Gupta y Prothrow-Stith (1999) encontró que las mujeres presentaban mayor morbilidad y mortalidad en los estados donde tenían menor participación política y autonomía económica, factores que, aunque también afectaban negativamente a la salud de los hombres, parecían ser más importantes en el caso de las mujeres. En otro estudio con población canadiense, realizado por Denton y Walters (1999), se encontró que en las mujeres los factores sociales estructurales eran los principales determinantes de la salud, siendo más relevantes en la buena salud de las mujeres que en la de los hombres el estar en la categoría de empleos más altos, trabajar a tiempo completo, tener una familia y tener apoyo social; mientras que en la salud de los hombres influía más no tener pareja o vivir solo. Las mayores diferencias de género las encontraron en los determinantes conductuales

de salud, siendo el fumar y el consumir alcohol más importantes en la salud de los hombres que en la de las mujeres; mientras que el peso corporal y el estar físicamente inactivas eran determinantes más importantes para las mujeres que para los hombres.

La depresión es uno de los problemas de salud mental más común (Dowd, 2004), dándose en las mujeres con mayor frecuencia que en los hombres. Este mayor riesgo se ha encontrado en múltiples estudios epidemiológicos y clínicos, tanto si se considera el nivel de síntomas como el diagnóstico de trastorno depresivo unipolar (véase, por ejemplo, Kessler, McGonagle, Swartz, Blazer y Nelson, 1993; Lehtinen y Joukamaa, 1994; Nolen-Hoeksema, 1990; Weissman y Klerman, 1977). Las mujeres presentan más depresión a lo largo de todo el ciclo vital, surgiendo en la adolescencia y manteniéndose a lo largo de la vida adulta (Cyranowski, Frank, Young y Shear, 2000; Nolen-Hoeksema y Girgus, 1994; Sweeting y West, 2003). Las mujeres tienen más sintomatología depresiva que los hombres. Estas diferencias son mínimas, dándose muchas de estas en función de variables sociales y estructurales. Hemos encontrado que las diferencias de género en depresión se maximizan en las personas de más de 34 años, en las que tienen hijos, en las casadas o divorciadas, en las de bajo nivel de estudios y en las de empleo manual. En las personas sin hijos, en las solteras, en las que tienen edades comprendidas entre 25 y 34 años y en las profesionales, el porcentaje de varianza explicado por el género es inferior a 0,5% (muy bajo). Por último, el nivel de sintomatología depresiva en las mujeres con estudios universitarios y en las profesionales es inferior al de los hombres con empleo manual, al de los solteros, al de menor nivel de estudios y al de los de edades comprendidas entre 18 y 24 años (Matud, Guerrero y Matías, 2006). Todo ello apunta a la escasa relevancia de los factores biológicos e indica que los factores sociales y estructurales son clave en las diferencias en depresión entre mujeres y hombres, como señala Bebbington (1998). En lo referentes a las variables sociodemográficas se encontró que el estado civil, especialmente estar viudo/a o divorciada, implica mayores niveles de sintomatología depresiva; de igual forma, sucede en aquellas mujeres con más de dos hijos. Contrariamente, los hombres con hijos presentan menor depresión. No se encontró diferencias entre hombres y mujeres solteras. En este sentido, el estudio sugiere que la dinámica o estatus familiar juega un

papel importante en la presencia o ausencia de síntomas depresivos de la población (Matud, Guerrero y Matías, 2006).

La ansiedad. Las investigaciones se han desarrollado a lo largo de la historia con dos problemas fundamentales: la ambigüedad conceptual del constructo de ansiedad y las dificultades metodológicas para abordarlo. Estos problemas dieron lugar a que las distintas corrientes psicológicas (psicodinámica, humanista, existencial, conductista, psicométrica y la cognitiva-conductual) se ocuparan del abordaje de la ansiedad y de las similitudes y diferencias con otros conceptos, dada la gran confusión terminológica con la angustia, el estrés, el temor, el miedo, la tensión arousal, entre otros. Esta confusión conceptual ha sido objeto de diversos estudios (Ansorena, Cobo y Romero, 1983; Bermúdez y Luna, 1980; Borkovek, Weerts y Berstein, 1977; Casado, 1994; Cattell, 1973; Lazarus, 1966; Miguel-Tobal, 1985). Sin embargo, en la práctica actual dichos términos se siguen utilizando indistintamente.

El intento de diferenciar entre los conceptos de ansiedad y angustia es un ejemplo claro de dicha problemática. La utilización de ambos términos dio lugar a confusión en el siglo pasado, dado que en algunas ocasiones, eran usados como sinónimos y, en otras, como vocablos de distinto significado. En esta línea, López-Ibor (1969), realiza una distinción entre ansiedad y angustia; en la angustia existe un predominio de los síntomas físicos, la reacción del organismo es de paralización, de sobrecogimiento y la nitidez con la que el individuo capta el fenómeno se atenúa; mientras que en la ansiedad cobran mayor presencia los síntomas psíquicos, la sensación de ahogo y de peligro inminente, se presenta una reacción de sobresalto, mayor intento de buscar soluciones eficaces para afrontar la amenaza que en el caso de la angustia, el fenómeno es percibido con mayor nitidez. En la actualidad, es difícil mantener dichas diferencias, ya que dentro del concepto de *ansiedad* agrupamos tanto los síntomas psíquicos, o cognitivos, como los conductuales y físicos. Además, en el DSM-IV (Manual de clasificación de trastornos psicopatológicos) el trastorno de ansiedad se denomina *trastorno de angustia*, resaltando entre otras características, la presencia de crisis de angustia recidivantes e inesperadas (American Psychiatric Association, 1994). Durante la década de los años cincuenta y posteriormente

en los sesenta, la investigación psicológica estaba centrada en el trastorno mental de la esquizofrenia; mientras que en los años setenta el interés se dirigió a la evaluación de los estados de ánimo, especialmente la depresión. Sin embargo, en 1985 dos psicólogos norteamericanos, Husain y Maser, afirmaron que la década de los años ochenta pasaría a la historia como la década de la ansiedad, y es a partir de entonces cuando esta pasa a ocupar un lugar preferente que perdura hasta nuestros días. En esta época, las neurosis de ansiedad se caracterizan por una preocupación ansiosa exagerada que llega hasta el pánico y va acompañada a menudo por síntomas somáticos. La neurosis de ansiedad (al contrario que la neurosis fóbica) puede producirse en cualquier circunstancia y no está limitada a situaciones u objetos específicos (DSM II, 1986). Actualmente, los trastornos de ansiedad ocupan el primer lugar a escala mundial entre los trastornos del comportamiento más prevalentes.

En la actualidad es difícil mantener dichas diferencias, ya que dentro del concepto de ansiedad agrupamos tanto los síntomas psíquicos o cognitivos como los conductuales y físicos. Además, en el DSM-IV (Manual de clasificación de trastornos psicopatológicos), el trastorno de ansiedad se denomina *trastorno de angustia* resaltando, entre otras características, la presencia de crisis de angustia recidivantes e inesperadas (American Psychiatric Association, 1994). Con el desarrollo de la Psicología y la aparición de distintas escuelas y enfoques, ambos conceptos se han ido diferenciando. Hoy en día, la psicología científica se ocupa del abordaje de la ansiedad, mientras que las corrientes psicoanalíticas y humanistas usan con preferencia el término *angustia*. Durante mucho tiempo, el término *angustia* fue diferenciado de la ansiedad, caracterizándola como una expresión somática predominante en forma de constricción y opresión, es decir, vivenciada como un sufrimiento físico general. En la actualidad, *angustia* se utiliza como sinónimo de *ansiedad*, ya que se considera a ambos como estados psicológicos displacenteros acompañados de síntomas fisiológicos de manera frecuente, describiéndose como expectación penosa o desasosiego ante un peligro impreciso (Suárez y Richards, 1995).

La ansiedad es una parte de la existencia humana. Todas las personas la sienten en un grado moderado, siendo esta una respuesta adaptativa. La ansiedad sigue siendo un tema

de gran importancia para la Psicología; su incorporación es tardía, siendo tratado sólo desde 1920, abordándose desde distintas perspectivas. El término *ansiedad* proviene del latín *anxietas*, refiriendo un estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo, y suponiendo una de las sensaciones más frecuentes del ser humano, siendo esta una emoción complicada y displacentera que se manifiesta mediante una tensión emocional acompañada de un correlato somático (Ayuso, 1988; Bulbena, 1986). En general, el término *ansiedad* alude a la combinación de distintas manifestaciones físicas y mentales que no son atribuibles a peligros reales, sino que se manifiestan ya sea en forma de crisis o bien como un estado persistente y difuso, pudiendo llegar al pánico. Si bien la ansiedad se destaca por su cercanía al miedo, se diferencia de este en que, mientras el miedo es una perturbación cuya presencia se manifiesta ante estímulos presentes, la ansiedad se relaciona con la anticipación de peligros futuros, indefinibles e imprevisibles (Marks, 1986). Tanto la ansiedad como el miedo tienen manifestaciones parecidas, en ambos casos se aprecian pensamientos de peligro, sensaciones de aprensión, reacciones fisiológicas y respuestas motoras; por eso, algunos autores utilizan indistintamente un término u otro (Cambell, 1986; Thyer, 1987). Además, ambos se consideran mecanismos evolucionados de adaptación que potencian la supervivencia de nuestra especie (Thyer, 1987).

Por su parte, desde la psicología de la personalidad (Endler y Okada, 1975; Eysenck, 1967, 1975; Gray, 1982; Sandín, 1990) se concibe la ansiedad en términos de rasgo y estado. La relación entre ambos puntos de vista es muy estrecha, pues un individuo con alto rasgo de ansiedad reaccionará con mayor frecuencia de forma ansiosa (Miguel-Tobal, 1996). La ansiedad, rasgo y estado, se solapan en varios aspectos, al igual que le ocurre a la ansiedad crónica y al de tipo agudo; cuando ésta es intensa origina un sentimiento desagradable de terror e irritabilidad, acompañado de fuertes deseos de correr, ocultarse y gritar, presentando sensaciones de debilidad, desfallecimiento y desesperación para el individuo.

El concepto de *ansiedad* ha ido evolucionando hacia una multiplicidad de dimensiones. En primer lugar, este se ha considerado como un estado emocional y fisiológico transitorio, como un rasgo de personalidad y como explicación de una conducta.

La ansiedad no siempre varía en proporción directa al peligro objetivo producido por una determinada situación, sino que tiende a ocurrir de forma irracional, es decir, ante situaciones carentes de peligro real (Mowrer, 1939).

Es a partir de los años noventa que se propone que la ansiedad es un estado emocional que puede darse solo o sobreañadido a los estados depresivos y a los síntomas psicósomáticos cuando el sujeto fracasa en su adaptación al medio (Valdés y Flores, 1990). Tras una revisión de las distintas orientaciones Miguel-Tobal, (1990) propone que “la ansiedad es una respuesta emocional, o patrón de respuestas, que engloba aspectos cognitivos, displacenteros, de tensión y aprensión; aspectos fisiológicos, caracterizados por un alto grado de activación del sistema nervioso autónomo, y aspectos motores, que suelen implicar comportamientos poco ajustados y escasamente adaptativos. Por otro lado, según la Asociación Americana de Psiquiatría (1994), la ansiedad fóbica se ha definido como una reacción excesiva o irracional a una situación particular. En definitiva, la ansiedad se ha visto como una reacción emocional consistente en sentimientos de tensión, aprensión, nerviosismo y preocupación que se acompañan por la activación del sistema nervioso autónomo simpático; ésta es anticipatoria, teniendo un valor funcional y de utilidad biológica (Sandín y Chorot, 1995).

La respuesta de ansiedad puede ser excitada, tanto por estímulos o situaciones externas como por estímulos internos al sujeto, tales como pensamientos, ideas, imágenes, etc., que son percibidos por el individuo como peligroso y amenazante. El tipo de estímulo capaz de evocar la respuesta de ansiedad vendrá determinado en gran medida por las características del sujeto. Miguel-Tobal (1996) resume la definición anterior en lo siguiente: la ansiedad es una reacción emocional ante la percepción de un peligro o amenaza, manifestándose mediante un conjunto de respuestas agrupadas en tres sistemas: cognitivo o subjetivo, fisiológico o corporal y motor, pudiendo actuar con cierta independencia. En definitiva, la ansiedad se ha visto como una reacción emocional consistente en sentimientos de tensión, aprensión, nerviosismo y preocupación que se acompañan por la activación del sistema nervioso autónomo simpático; esta es anticipatoria, teniendo un valor funcional y de utilidad biológica (Sandín y Chorot, 1995).

Por último, las manifestaciones cognitivas pueden ir desde una leve preocupación hasta el pánico, pudiendo en sus formas graves implicar la convicción de un destino inminente (el fin del mundo o la muerte), preocupación por lo desconocido o temor de perder el control sobre las funciones corporales. Las manifestaciones conductuales implican la evitación de situaciones inductoras de ansiedad; mientras que los cambios somáticos incluyen la respiración entrecortada, sequedad de boca, manos y pies fríos, micción frecuente, mareos, palpitations cardíacas, elevación de la presión sanguínea, aumento de transpiración, tensión muscular e indigestión (Sue, 1996). En definitiva, la ansiedad se refiere a una respuesta a un peligro indefinido, confuso o imaginario. El individuo ansioso anticipa una desgracia, dando como resultado ciertas manifestaciones clínicas particulares, como sudoración, tensión muscular, quejidos, pulso acelerado, respiración entrecortada, indigestión, diarrea, disfunción sexual, entre otras.

La angustia. Es la emoción más universalmente experimentada por el ser humano, tiene un efecto de inmovilización y conduce al sobrecogimiento en innumerables ocasiones; se define como una emoción compleja, difusa y desagradable que conlleva serias repercusiones psíquicas y orgánicas en el sujeto. La angustia es visceral, obstructiva y aparece cuando un individuo se siente amenazado por algo (Ayuso, 1988). Es un sentimiento vinculado a situaciones de desesperación, donde la característica principal es la pérdida de la capacidad de actuar voluntaria y libremente por parte del sujeto; es decir, la capacidad de dirigir sus actos. En ella participan factores biológicos, psicológicos, sociales y existenciales, por lo que conlleva inevitablemente un abordaje integral desde todos los campos mencionados.

La angustia puede estar relacionada con otros trastornos psíquicos, con enfermedades de índole somática (delirios tóxicos, alucinosis alcohólica, etc.) o incluso, con enfermedades metabólicas y endocrinas (hipertiroidismo, hipoglucemias, etc.). Su sintomatología es bastante extensa, mostrando síntomas de índole somática tales como taquicardia, palpitations, dolor u opresión precordial, palidez, exceso de calor, sensación de ahogo, náuseas, dispepsia, sensación de bolo esofágico, pesadez y sensación de hinchazón, frigidez, eyaculación precoz, enuresis, temblor, hormigueo, cefalea, vértigo,

mareo, sudoración y sequedad de boca, entre otros (Ayuso, 1988). A nivel fisiológico aparece, por un lado, un aumento de la frecuencia cardíaca, del flujo sanguíneo, de la conductibilidad cutánea y de la actividad electromiográfica; y, por otro lado, un descenso en el volumen del pulso digital; a nivel sanguíneo se observa un aumento de cortisol, adrenalina y noradrenalina (Ayuso, 1988). En resumen, la angustia se conceptualiza como una emoción compleja, difusa y displacentera, presentando una serie de síntomas físicos que inmovilizan al individuo, limitando su capacidad de reacción y su voluntariedad de actuación. Para que ocurra esta, es necesaria la interacción entre distintos factores de tipo biológico, psicológico y social.

Los trastornos psicósomáticos (Somatización). Son los que antiguamente se conocían como histeria, también llamado *Síndrome de Briquet* (Cortés, 2002). Este trastorno consiste en la aparición de numerosos síntomas físicos que comienzan antes de los 30 años, en los que no es posible identificar ninguna enfermedad que recoja todos los síntomas. La Somatización es una enfermedad crónica y grave caracterizada por la presencia de muchos síntomas físicos, en particular de una combinación de dolor y de síntomas de las esferas gastrointestinal, sexual y neurológica. Para diagnosticar esta enfermedad deben de cumplirse una serie de criterios: dolor en una de cuatro zonas diferentes: cabeza, abdomen, espalda y pecho, o en cuatro funciones diferentes: dolor menstrual, dolor al orinar, dolor durante las relaciones sexuales, etc; dos síntomas gastrointestinales diferentes del dolor (náuseas y vómitos); un síntoma sexual y reproductivo que no sea dolor; un síntoma psico-neurológico (ejemplo: parálisis, afonía, retención urinaria de origen psicológico). La medicina oficial dice que las causas de la somatización son desconocidas y que a menudo se presenta como una característica familiar (enfoque genético). También dice que la gente con este trastorno tiende a tener trastornos de personalidad caracterizados por egocentrismo y una exagerada dependencia de los demás. Con este enfoque es imposible identificar que alguien ha somatizado un problema. Se consideran trastornos psicósomáticos o psicofisiológicos las dolencias físicas cuya aparición, mantenimiento o agravamiento puede relacionarse con factores psicológicos (López y Belloch, 2001). Al hablar de síntomas psicósomáticos nos referimos a las dolencias físicas para las que no se tiene la posibilidad de elaborar un diagnóstico

médico que las explique (González y Landero, 2006); estos síntomas pueden ser aislados y no constituir necesariamente un síndrome que coincida con el cuadro de una enfermedad.

La investigación actual sobre los trastornos psicosomáticos se basa en dos principios: multifactorial y multidisciplinar (Sandín, Chorot, Santed y Jiménez, 1995). Dentro de esta perspectiva, se han realizado estudios considerando diferentes variables para explicar este tipo de trastornos; como por ejemplo, trabajos que utilizan la regresión logística (Gureje, Simon, Ustun y Goldberg, 1997; Kirmayer, Groleau, Looper y Dominicé, 2004; Lieb, Zimmermann, Friss, Hofler, Tholen y Wittchen, 2002; Natvig, Albrektsen, Aderssen y Qvarnstrom, 1999) y demuestran que los trastornos y síntomas psicosomáticos pueden relacionarse con múltiples factores. Entre estos factores se encuentran el estrés (Kirmayer, Groleau, Looper y Dominicé, 2004; Natvig, Albrektsen, Aderssen y Qvarnstrom, 1999; González y Landero, 2006; Lipowski, 1988; Matud y Bethencourt, 2000; Orejudo y Froján, 2005); la depresión (Lipsane, Saarijävi y Lauerma, 2004; Kooiman, Bolk, Brand, Trijsburg y Rooijmans, 2000); los trastornos de ansiedad y de personalidad (Fernández y Fernández, 1998; Santed, Sandín, Chorot, Olmedo y García-Campayo, 2003); el sexo femenino (Cronkite y Moos, 1984; Holloway y Zerbe, 2000), las formas de afrontamiento, la autoeficacia, el apoyo social, la autoestima y la alexitimia. Cuando el sujeto percibe algún grado de estrés se pueden producir respuestas emocionales, conductuales y fisiológicas (síntomas psicosomáticos, tales como dolor de estómago, espalda, brazos, piernas, cabeza o pecho, vértigos, falta de aire, estreñimiento e indigestión). Así mismo, se plantea la posibilidad de que las respuestas emocionales y conductuales tengan algún efecto sobre los síntomas, ya que estas relaciones se han comprobado en otros estudios (González y Landero, 2006).

El modelo presentado por González-Ramírez y Landero (2008) es uno de los principales modelos explicativos de síntomas psicosomáticos, con buen ajuste, que explica el 24,3% de la varianza al utilizar variables observables; y 39,4% al utilizar variables latentes. Basándose en los modelos de ecuaciones estructurales elaborados, se confirma que el apoyo social percibido, la autoeficacia y la autoestima son predictores del estrés; el estrés es predictor del cansancio emocional y de los síntomas psicosomáticos, y el estrés influye de manera importante en los síntomas, ya que tiene efectos directo e indirecto sobre ellos.

En definitiva, estos resultados obtenidos confirman parcialmente el modelo presentado y corroboran los efectos del estrés y el cansancio emocional sobre los síntomas psicósomáticos y de la autoestima, la autoeficacia y el apoyo social sobre el estrés.

4. Método

5. Participantes

En el presente estudio se seleccionó una muestra probabilística por conglomerados, representativa de las ciudades más importantes del país, (ciudades-cabeceras de departamento). Para ello, se adoptó una estimación de error de 3% y un nivel de confianza del 95%, obteniéndose una muestra de 1.209 personas a escala nacional. La muestra fue distribuida proporcionalmente al número de habitantes en cada departamento. El presente estudio es *ex pos facto* (León y Montero, 2007), con un diseño retrospectivo. La media total de edad es de 33.57 años ($DT = 11,34$); la muestra en mujeres es de 634 (52,5%), con una media de edad de 32.23 años ($DT = 11,00$) y la de hombres es de 574 (47,5%) con una media de edad de 35.04 años ($DT = 11,53$). Las características sociodemográficas como: edad por rangos, región de residencia, lugar de residencia, escolaridad, estado familiar, si trabaja o no, actividad laboral, número de hijos e ingresos económicos familiares aparecen en la tabla 1.

Tabla 1. Frecuencias y porcentajes de las características sociodemográficas de la muestra

<i>Características Sociodemográficas</i>	<i>Población general (n = 1.209)</i>
Género de la muestra	
Femenino	634 (52,5%)
Masculino	574 (47,5%)
Edad	
De 18 a 25 años	352 (29,1%)
De 26 a 35 años	408 (33,8%)
De 36 a 45 años	243 (20,1%)
De 46 a 60 años	205 (17,0%)
Región de residencia	
R. Occidental	264 (21,9%)
R. Central	455 (37,7%)
R. Paracentral	273 (22,6%)
R. Oriental	216 (17,9%)
Lugar de residencia	
Urbano	742 (61,8%)
Rural	459 (38,2%)
Escolaridad	
Educación básica	396 (32,9%)

Educación media	462 (38,3%)
Educación superior	267 (22,2%)
Otra (Analfabeta)	80 (6,6%)
Estado familiar	
Casado/a	416 (34,4%)
Acompañado/a	297 (24,6%)
Soltero/a	443 (36,7%)
Divorciado/a, Viudo/a	52 (4,3%)
¿Trabaja?	
Sí	953 (79,1%)
No	252 (20,9%)
Actividad laboral que desarrolla	
Empleado público, privado y seguridad	320 (27,2%)
Comerciante formal e informal	361 (30,7%)
Trabajador calificado, no calificado, jornalero y agricultor	207 (17,6%)
Estudiante	69 (5,9%)
Profesional	62 (5,3%)
Ama de casa y/o desempleado/a	158 (13,4%)
Número de hijos	
Ninguno	368 (30,5%)
Un hijo	205 (17,0%)
Dos hijos	246 (20,4%)
Tres hijos	188 (15,4%)
Cuatro hijos	94 (7,8%)
Cinco o más hijos	107 (8,9%)
Ingresos económicos familiares	
De 100 a 199 dólares	573 (47,6%)
De 200 a 399 dólares	367 (30,5%)
De 400 a 599 dólares	119 (9,9%)
De 600 a 799 dólares	66 (5,5%)
De 800 a 999 dólares	38 (3,2%)
De 1.000 a más dólares	40 (3,3%)

6. Instrumentos

- *Cuestionario de elaboración propia.* Este apartado fue incluido en la primera página del Cuestionario de salud general (GHQ-28), y contiene todas las variables sociodemográficas, como edad, sexo, nivel educativo, estado familiar, si trabaja o no, actividad laboral, lugar de residencia, número de hijos, ingresos económicos, entre otras. Destacar que en el estudio se aplicó un instrumento de 38 reactivos: diez ítems sociodemográficos que constituyen las variables predictoras elaboradas por el

investigador. Los factores anteriores, fueron adjuntados al GHQ-28, el cual esta formado por 28 reactivos medidos con una escala tipo liker, donde: 0 = *Mejor que lo habitual*, 1 = *Igual que lo habitual*, 2 = *Peor que lo habitual*, 3 = *Mucho peor que lo habitual*.

- *Cuestionario de salud general*, GHQ-28. (General Health Questionnaire, Goldberg, 1972). Este es un instrumento de *screening* (filtrado) o de tamizaje de síntomas de salud en la población. Evalúa cuatro dimensiones: depresión, ansiedad e insomnio, somatización y disfunción social, pero en esta oportunidad le daremos mayor importancia a las dos primera. La prueba permite establecer el *estado general de salud* de la población. De igual forma, facilita determinar los casos y no casos de psicopatología de la muestra en estudio. El instrumento posee adecuadas propiedades psicométricas de fiabilidad y validez en El Salvador. Según estudio de Gibonns, de Arévalo y Mónico (2004), la consistencia interna alfa de Cronbach de la dimensión de *somatización* es de 0,81; en *ansiedad e insomnio* 0,86, en *depresión* 0,87 y en *disfunción social* 0,79. Al analizar la escala como una dimensión total o global de psicopatología, el alfa de Cronbach fue de 0,86. Los indicadores de validez y fiabilidad son muy buenos, sugiriendo que la prueba es adecuada para medir diferentes dimensiones o como una sola dimensión de psicopatología en El Salvador. La prueba facilita que el investigador obtenga en el estudio el número de casos y no casos de psicopatología de la población estudiada. En el presente estudio se realizaron los análisis psicométricos necesarios de cara a conocer la validez y fiabilidad de la prueba en una población general salvadoreña, debido a que las evidencias que se tenían eran de una adaptación en estudiantes universitarios. Se inicia este proceso con el Análisis factorial exploratorio (AFE), arrojando resultados concordantes con los cuatro factores planteados originalmente por Goldberg y Blackwell (1972). El análisis Kaiser-Mayer-Olkin ($KMO = 0,93$), mediante la prueba de esfericidad de Bartlett ($X^2_{738} = 12320$; $p = 0,000$) indicó la adecuación de los datos para este tipo de análisis. Siguiendo el procedimiento de cuatro factores con rotación *Varimax*, resultando en una solución de cuatro factores que explican el 52,40% de la varianza, presentando todos los ítems valores de

saturación superiores a 0,40. En cuanto al análisis de consistencia interna alfa de Cronbach, la subescala de *depresión* obtuvo un valor alfa de Cronbach de 0,85; la subescala *ansiedad e insomnio* el coeficiente de consistencia interna alfa de Cronbach obtenido fue de 0,85; la subescala *somatización* obtuvo un alfa de Cronbach de 0,84 y el alfa de Cronbach de la escala *disfunciones sociales* fue de 0,76. La escala total, como *una dimensión de psicopatología del GHQ-28*, obtuvo en alfa de Cronbach de 0,92. Estos resultados evidencian que el instrumento (GHQ-28) posee adecuada fiabilidad, validez de contenido y de constructo para estudiar las cuatro dimensiones de psicopatología o como una sola dimensión en una población general salvadoreña.

7. Procedimiento

Tras la capacitación y orientación, tanto del uso de la prueba o instrumento de medición como de la metodología del trabajo de campo del equipo investigador, se planificó y elaboró un cronograma de evaluaciones, donde se incluían cada uno de los departamentos del país. Paralelamente se hacían las gestiones de los recursos económicos y logísticos del proyecto. Respondiendo al calendario de trabajo de campo, el día de salida el equipo se reunía entre las 05.00 a 06.00 a.m. en las instalaciones de la Universidad Tecnológica de El Salvador, luego se trasladaba hasta la ciudad programada. Estando en el lugar, el director del proyecto daba las indicaciones iniciales, se entregaba un número de pruebas a cada evaluador, según el número de habitantes indicado por el muestreo probabilístico en cada departamento. Seguidamente, eran distribuidos los evaluadores en diferentes puntos estratégicos de la ciudad. Al momento de abordar a las personas en la calle, en los parques, tiendas, mercados, etc, los evaluadores cumplían la siguiente rutina: presentación personal con identificación visible, explicar a la persona sobre el trabajo que se andaba haciendo y pedir su colaboración respondiendo a una serie de preguntas sobre la salud general; si la persona abordada aceptaba, se procedía a leerle pregunta por pregunta y explicando las opciones de respuesta; en los casos que la personas expresaban andar de prisa o que no querían participar, simplemente se buscaba otra. El evaluador insistía en la importancia del estudio, sobre la anonimidad de la prueba y el aporte al conocimiento de salud de la población salvadoreña. Habiendo finalizado el proceso de trabajo de campo se

hizo una reunión con todo el equipo para evaluar las experiencias personales, de cara a mejorar la estrategia en estudios futuros. En esta actividad se contabilizaron cerca de cincuenta personas que no aceptaron participar en el estudio por múltiples razones. Este número de rechazo es sumamente pequeño comparado con las cerca de 1.250 personas evaluadas a escala nacional. Posteriormente se procedió a revisar las pruebas con la intención de identificar instrumentos incompletos, descartándose alrededor de treinta pruebas por tener más de tres ítems no contestados. El paso siguiente fue iniciar el procesamiento y tabulación de las pruebas en la base de datos creada en el paquete estadístico SPSS para Windows.

8. Resultados

Tras la aplicación de la prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra, para determinar la normalidad de las variables (distribución de puntuaciones) esta señaló que los datos no seguían una distribución normal. Como resultado, se procedió a emplear pruebas paramétricas que contrastasen los resultados, confirmándose con pruebas no paramétricas.

Análisis descriptivo de resultados

En el análisis descriptivo de los datos se presenta la prevalencia de síntomas en porcentajes, se inicia esta fase comparándose los porcentajes entre hombres y mujeres, y se hacen por cada ítems del instrumento. Así mismo, se aplicó la prueba no paramétrica del Chi-cuadrado (X^2) para determinar en qué ítems habían diferencias estadísticamente significativas. Entre estos ítems se tienen (ver tabla 2): *¿Se ha sentido agotado/a y sin fuerza para nada? ¿Ha tenido la sensación de que estaba enfermo/a? ¿Ha padecido dolores de cabeza? ¿Ha tenido la sensación de presión en la cabeza o que le va estallar? ¿Ha tenido oleadas de calor o escalofríos? ¿Se ha sentido con los nervios a flor de piel y malhumorado/a? ¿Ha tenido la sensación de que todo se le viene encima? ¿Ha pensado de que usted, es una persona que no sirve para nada? ¿Se ha sentido Nervioso/a y “a punto de explotar”?* *¿Ha notado que a veces no puede hacer nada, porque tiene los nervios alterados? ¿Ha pensado que desea estar muerto/a y lejos de todo?, ¿ha notado que la idea*

de quitarse la vida viene repetidamente a la cabeza?, como se puede observar en la tabla 2, de los 28 ítems del instrumento, en doce hay diferencias significativas. Sin embargo, la media aritmética (*M*) es más alta en todos los ítems del GHQ-28 en las mujeres en comparación con los hombres, indicando lo anterior que existe una mayor prevalencia de sintomatología psicopatológica en la mujer que en el hombre.

Tabla 2. Porcentajes de mujeres y hombres que presentan síntomas de psicopatología.

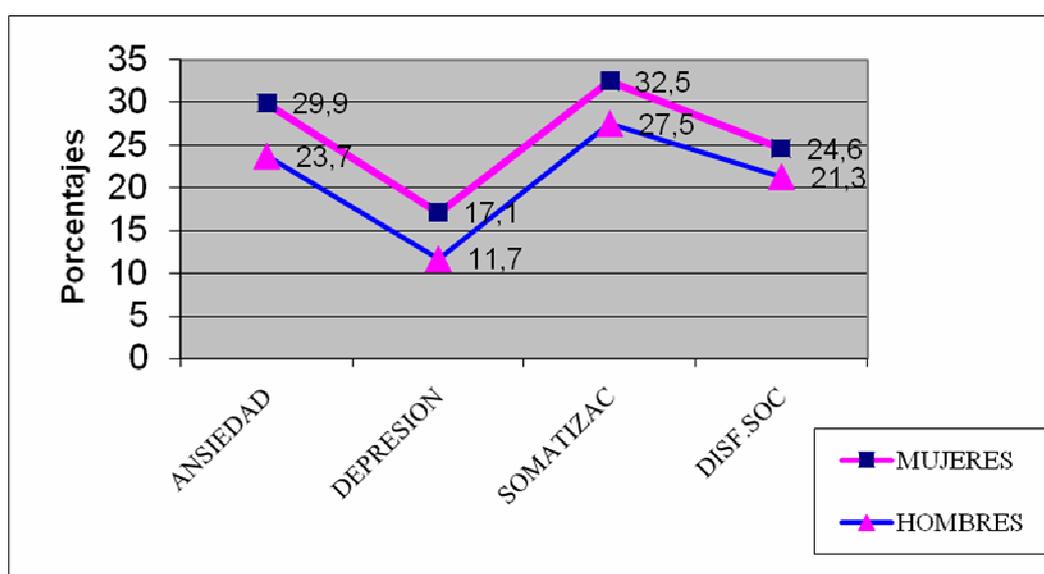
No	ULTIMAMENTE	Mujeres %	Hombre s %	X ²
1.	¿Se ha sentido perfectamente bien de salud y en plena forma?	10,40	9,10	0,06
2.	¿Ha tenido la sensación de que necesitaba un reconstituyente?	16,90	14,60	0,30
3.	¿Se ha sentido agotado/a y sin fuerza para nada?	17,30	12,30	7,35**
4.	¿Ha tenido la sensación de que estaba enfermo/a?	16,40	12,30	4,63*
5.	¿Ha padecido dolores de cabeza?	19,60	11,70	23,35** *
6.	¿Ha tendido la sensación de presión en la cabeza o que le va estallar?	14,80	9,90	9,12**
7.	¿Ha tenido oleadas de calor o escalofríos?	13,00	9,10	5,48*
8.	¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?	17,10	14,40	0,63
9.	Ha tenido dificultades para dormir sin interrupción toda la noche?	13,00	11,10	0,26
10.	¿Ha podido mantenerse ocupado/a y activo/a?	5,20	5,30	0,55
11.	¿Le cuesta más tiempo hacer las cosas?	10,1	7,20	3,56
12.	¿Ha tenido la impresión, en conjunto, de que está haciendo las cosas bien?	4,10	2,80	1,86
13.	¿Se ha sentido satisfecho/a con su manera de hacer las cosas?	4,90	5,40	1,13
14.	¿Ha sentido que está jugando un papel valioso en su vida?	4,40	3,20	1,44
15.	¿Se ha sentido incapaz de tomar decisiones?	11,30	9,00	1,27
16.	¿Se ha sentido constantemente agobiado/a o tenso/a?	15,10	12,50	0,91
17.	¿Ha sido capaz de disfrutar sus actividades normales de cada día?	8,60	6,60	1,50
18.	¿Se ha sentido con los nervios a flor de piel y malhumorado/a?	14,40	10,40	4,77*
19.	¿Se ha asustado o ha tenido pánico sin motivo?	8,30	5,70	3,43
20.	¿Ha tenido la sensación de que todo se le viene encima?	13,90	9,40	7,74**
21.	¿Ha pensado que usted es una persona que no sirve para nada?	5,70	2,90	8,06**

22. ¿Ha estado viviendo la vida totalmente sin esperanza?	5,80	4,80	0,43
23. ¿Se ha sentido nervioso/a y “a punto de explotar”?	9,90	6,40	6,91**
24. ¿Ha tenido la sensación de que la vida no merece la pena vivirse?	4,90	3,20	2,41
25. ¿Ha pensado en la posibilidad de quitarse la vida?	3,70	2,90	0,49
26. ¿Ha notado que a veces no puede hacer nada, porque tiene los nervios alterados?	9,90	5,90	9,16**
27. ¿Ha pensado que desea estar muerto/a y lejos de todo?	5,10	2,50	8,86**
28. ¿Ha notado que la idea de quitarse la vida viene repetidamente a la cabeza?	5,30	3,00	5,88*

(* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$)

Al analizar la prevalencia en porcentajes, por sexo, de las cuatro dimensiones de psicopatología (*ansiedad e insomnio, depresión, somatización y disfunción social*) y la psicopatología general (casos y no casos), encontramos que en *ansiedad e insomnio* 53,6% de la muestra presentan síntomas de esta alteración; de estos 29,9% son mujeres y 23,7% son hombres; la prueba no paramétrica del Chi-cuadrado ($X^2 1 = 5,777$; $p = 0,016$) indica que existen diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres, presentando mayor número de síntomas las mujeres (ver figura 1).

Figura 1. Prevalencia de síntomas de psicopatología en hombres y mujeres por cada dimensión que evalúa el GHQ-28.



En relación con la depresión, se encontró que 28,8% de la muestra del estudio presenta síntomas de este problema mental; de estos, 17,1% son mujeres; mientras que 11,7% son hombres. La prueba estadística demuestra que existen diferencias significativas entre hombres y mujeres ($X^2 1 = 8,497$; $p = 0,004$), indicando que son más prevalentes en mujeres. En somatización, se encontró que, 60,0% de la muestra presenta problemas psicómaticos, de los cuales 32,5% son mujeres; mientras que 27,5% son hombres. La prueba no paramétrica demuestra que no existen diferencias significativas entre hombres y mujeres ($X^2 1 = 2,731$; $p = 0,098$) en este problema de salud mental. Sin embargo, la prueba “t” encontró diferencias significativas. Al analizar las disfunciones sociales se encontró que el 46,0% de la muestra presenta problemas en esta área; de estos 24,6% son mujeres y 21,3% son hombres. No se encontraron diferencias estadísticas entre ambos grupos ($X^2 1 = 0,940$; $p = 0,332$). También se obtuvo el promedio general de síntomas que fue de 47,1%. En este último dato, podría darse el caso que más de una alteración esté extrapolada o coexistan de forma conjunta en la misma persona más de un problema de naturaleza mental, debido a que la mayoría de autores coinciden en establecer que existe una correlación importante entre estos problemas de salud. Tras un proceso de dicotomización de la escala de medida en dos categorías: casos y no casos de psicopatología, se encontraron los resultados siguientes: en 377 (35,1%) como casos y 698 (64,9%) como no casos de psicopatología (ver tabla 3). Al contrastar estos resultados con la prueba no paramétrica del Chi-cuadrado, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en casos de psicopatología general ($X^2 1 = 6,102$; $p = 0,013$), siendo más elevada la morbilidad de casos en la mujer que en el hombre.

Tabla 3. Frecuencias y porcentajes por sexo de las dimensiones de depresión, ansiedad, somatización, disfunciones sociales y casos de psicopatología general

<i>Dimensión</i>	<i>Total de porcentajes</i>	<i>Mujeres</i>	<i>Hombres</i>	<i>X²</i>
Ansiedad e insomnio	626 (53,6%)	348 (29,9%)	277 (23,7%)	5,777*
Con síntomas	542 (46,4%)	264 (22,6%)	278 (23,8%)	
Sin Síntomas				
Depresión				
Con síntomas	340 (28,8%)	202 (17,1%)	138 (11,7%)	8,497**
Sin Síntomas	841 (71,2%)	421 (35,6%)	420 (35,6%)	
Somatización				

Con síntomas	709 (60,0%)	384 (32,5%)	325 (27,5%)	2,731
Sin Síntomas	473 (40,0%)	233 (19,7%)	240 (20,3%)	
Disfunciones sociales				
Con síntomas	530 (46,0%)	284 (24,6%)	246 (21,3%)	0,940
Sin Síntomas	623 (54,0%)	316 (27,4%)	307 (26,6%)	
<i>Promedio general de síntomas</i>	(47,1%)			
Psicopatología general				
Casos	377 (35,1%)	215 (20,0%)	162 (15,1%)	6,102*
No casos	698 (64,9%)	343 (31,9%)	355 (33,0%)	

(* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$)

Análisis Inferencial de resultados

En el análisis de las dimensiones del GHQ-28, y la comparación de la psicopatología general, así como también el análisis de casos y no casos de psicopatología en función del género de la muestra se aplicó la “prueba t” de student para contrastar las medias de ambos grupos en cada dimensión. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en la dimensión de *ansiedad e insomnio* ($t_{11,66} = 3,387$; $p = 0,001$), observándose mayor incidencia en las mujeres que en los hombres. Al comparar la *depresión* se encontró la misma tendencia ($t_{1,179} = 3,484$; $p = 0,001$) indicando que existen diferencias significativas entre hombres y mujeres en síntomas de depresión, siendo más altos en las mujeres. En relación con la prevalencia de alteraciones *psicosomáticas* (somáticas) entre hombres y mujeres, se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($t_{1,180} = 4,395$; $p = 0,000$), evidenciando mayor incidencia en las mujeres en comparación con los hombres. En las disfunciones sociales no hay diferencias significativas entre hombres y mujeres ($t_{1,151} = 1,15$; $p = 0,265$), aun que se puede observar un puntaje superior leve en mujeres. Cuando se hace el análisis de la psicopatología general (evaluación general de las personas) de la muestra, encontramos que existen diferencias significativas muy marcadas entre hombres y mujeres ($t_{1,077} = 3,396$; $p = 0,001$), prevaleciendo una mayor psicopatología general en las mujeres que en los hombres, confirmándose lo anterior con la prueba no paramétrica de U de Mann Whitney ($Z = -3,123$; $p = 0,002$). Por otra parte, el GHQ-28 permite establecer, mediante un procedimiento previo de recodificación de datos en otras variables, obtener la existencia de casos y no casos de psicopatología. Aplicando los criterios del autor, en el presente estudio

continúa la tendencia antes descrita, encontrándose diferencias significativas entre hombres y mujeres en casos de psicopatologías ($t_{1,076} = 2,475$; $p = 0,013$), habiendo más casos en las mujeres. La prueba no paramétrica U de Mann Whitney lo confirma ($Z = -2,469$; $p = 0,014$).

Tabla 4. Diferencias de medias (M) y desviación típica (DT) por sexo en las dimensiones de ansiedad, depresión, somatización, disfunción social y psicopatología general

<i>Dimensión</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>T</i>	<i>P</i>
Ansiedad e insomnio				
Mujeres ($n = 613$)	12,90	4,62	3,387	0,001**
Hombres ($n = 555$)	12,01	4,28		
Depresión				
Mujeres ($n = 623$)	9,71	3,75	3,484	0,001**
Hombres ($n = 558$)	8,99	3,24		
Somatización				
Mujeres ($n = 617$)	13,97	4,51	4,395	0,000***
Hombres ($n = 565$)	12,86	4,16		
Disfunción social				
Mujeres ($n = 600$)	12,68	3,03	1,115	0,265
Hombres ($n = 553$)	12,48	3,07		
<i>Psicopatología general</i>				
Mujeres ($n = 558$)	5,43	5,68	3,396	0,001**
Hombres ($n = 517$)	4,31	5,04		
<i>Casos de psicopatología</i>				
Mujeres ($n = 558$)	1,39	0,49	2,475	0,013*
Hombres ($n = 517$)	1,31	0,46		

(* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$)

En el análisis de las dimensiones del Cuestionario de salud general (GHQ-28), en función del lugar de residencia (urbano o rural), se encontró lo siguiente: que aplicando la prueba “t” de studens, existen diferencias estadísticamente significativas en *ansiedad e insomnio* entre las personas que residen en el área urbana en comparación con las que residen en el área rural ($t_{1,159} = -2,632$; $p = 0,009$), significando que presentan mayor cantidad de síntomas de ansiedad e insomnio las personas que viven en el área rural. En relación con la *depresión*, también se encontró que existen diferencias significativas entre la población urbana y rural ($t_{1,172} = -4,514$;

$P = 0,000$), habiendo mayor incidencia de alteraciones de este trastorno en la población rural. En la sintomatología de alteraciones psicósomáticas (somatizaciones) se encontró, mediante la prueba paramétrica “t” de student, una tendencia en la que hay más síntomas en los residentes rurales que en los urbanos ($t_{1,163} = -1,868$; $p = 0,062$); sin embargo, la prueba no paramétrica U de Mann Whitney, muestra diferencias significativas entre los residentes urbanos y rurales ($Z = -2,042$; $p = 0,041$), presentando más incidencia de síntomas somáticos los residentes rurales. En cuanto a la *disfunción social*, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las personas que residen en áreas urbanas en comparación con las que residen en regiones rurales ($t_{1,114} = -2,783$; $p = 0,005$), presentando mayores conflictos sociales las personas que viven en áreas rurales. En secuencia con los resultados anteriores, al evaluar la psicopatología general en la muestra estudiada, se encontraron diferencias significativas entre los residentes urbanos y rurales ($t_{1,066} = -2,754$; $p = 0,006$), prevaleciendo mayor psicopatología general en la población rural. Confirmándose lo anterior con la prueba U de Mann Whitney ($Z = -3,383$; $p = 0,001$). Tras procedimientos de dicotomización de los ítems del GHQ-28, siguiendo las pautas del autor de la prueba para obtener casos y no casos de psicopatología, se encontraron diferencias significativas de casos de psicopatología entre los residentes en áreas urbanas, comparados con los residentes en áreas rurales ($t_{1,066} = -2,193$; $p = 0,029$), habiendo más casos en las personas que viven en el área rural. La prueba U de Mann Whitney lo confirma ($Z = -2,186$; $p = 0,029$).

Tabla 5. Diferencias por lugar de residencia (Urbano y Rural) en las dimensiones de ansiedad, depresión, somatización, disfunción social y psicopatología general

<i>Dimensión</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>T</i>	<i>P</i>
Ansiedad e insomnio				
Urbano (n = 717)	12,20	4,55	-2,632	0,009**
Rural (n = 444)	12,91	4,31		
Depresión				
Urbano (n = 726)	9,00	3,20	-4,514	0,000***
Rural (n = 448)	9,95	3,90		
Somatización				
Urbano (n = 727)	13,24	4,38	-1,868	0,062
Rural (n = 448)	13,72	4,32		

Disfunción social				
Urbano (n = 711)	12,38	2,99	-2,783	0,005**
Rural (n = 435)	12,90	3,12		
<i>Psicopatología general</i>				
Urbano (n = 663)	4,52	5,24	-2,754	0,006**
Rural (n = 405)	5,46	5,57		
<i>Casos de psicopatología</i>				
Urbano (n = 663)	1,32	0,47	-2,193	0,029*
Rural (n = 405)	1,39	0,49		

(* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$)

Al analizar las diferencias de medias de la muestra estudiada en las diferentes dimensiones del GHQ-28, en función de si trabaja o no, se encontró que existen diferencias estadísticamente significativas de *depresión* entre los que trabajan y los que no trabajan ($t_{1,176} = -3,580$; $p = 0,000$), indicando que presentan más sintomatología depresiva las personas que no trabajan en contraste con las que trabajan. No existen diferencias significativas en *ansiedad e insomnio* ($t_{1,163} = -1,205$; $p = 0,229$), ni en *somatización* ($t_{1,177} = -0,671$; $p = 0,502$), tampoco existen diferencias significativas en *disfunciones sociales* ($t_{1,148} = -1,421$; $p = 0,156$) entre las personas que trabajan y las que no trabajan; sin embargo, se observa un leve incremento de las medias en las últimas tres dimensiones en las personas que no trabajan. Cuando se compara la psicopatología general entre los que trabajan y los que no trabajan, se encontró que hay diferencias estadísticamente significativas entre estos grupos ($t_{1,070} = -2,022$; $p = 0,043$), reflejando mayor incidencia de psicopatología en las personas que no trabajan. Tras la dicotomización de los ítems del instrumento de estudio en casos y no casos de psicopatología, se encontró que existen diferencias estadísticamente significativas de casos de psicopatología entre las personas que trabajan y las que no trabajan ($t_{1,070} = -2,102$; $p = 0,036$), reflejando que existen más casos de psicopatología en las personas que no trabajan en comparación con las que trabajan; la prueba no paramétrica U de Mann Whitney lo confirma ($Z = -2,099$; $p = 0,036$).

Tabla 6. Diferencias de medias en función de “si” o “no” trabaja en las dimensiones de ansiedad, depresión, somatización, disfunción social y psicopatología general

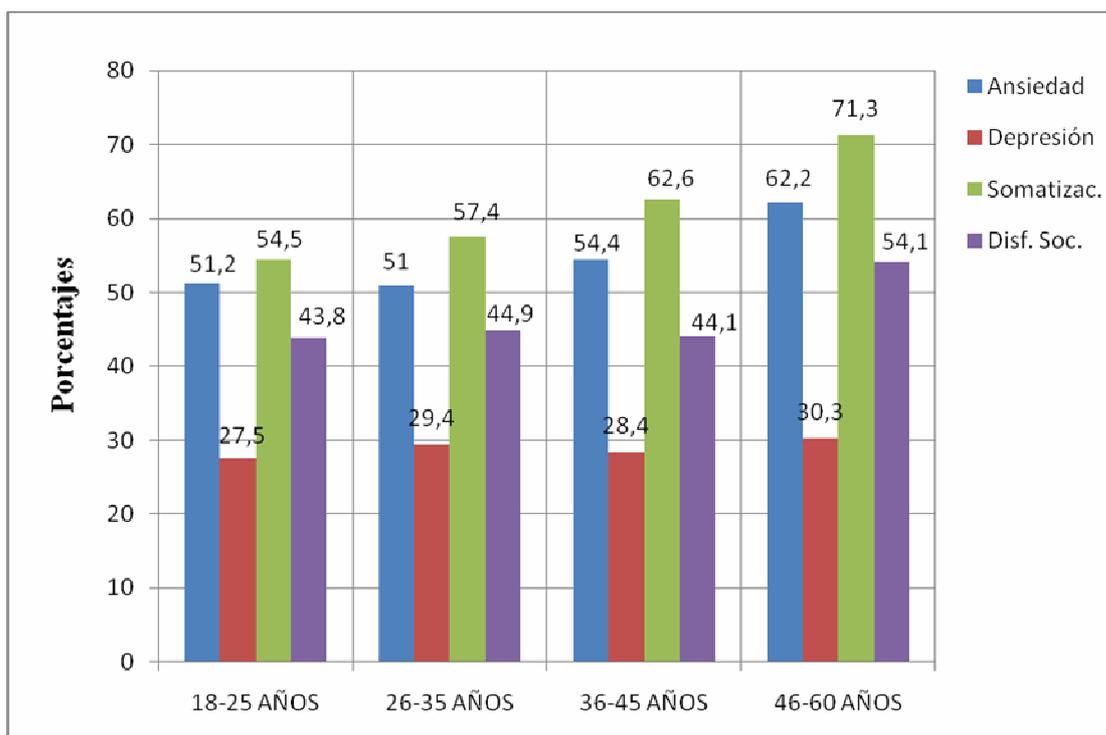
<i>Dimensión</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>T</i>	<i>P</i>
Ansiedad e insomnio				
Si trabaja (n = 923)	12,41	4,50	-1,205	0,229
No trabaja (n = 242)	12,80	4,40		
Depresión				
Si trabaja (n = 932)	9,19	3,37	-3,580	0,000***
No trabaja (n = 246)	10,09	4,03		
Somatización				
Si trabaja (n = 933)	13,41	4,36	-0,671	0,502
No trabaja (n = 246)	13,61	4,45		
Disfunción social				
Si trabaja (n = 908)	12,52	3,03	-1,421	0,156
No trabaja (n = 242)	12,83	3,14		
<i>Psicopatología general</i>				
Si trabaja (n = 851)	4,73	5,29	-2,022	0,043*
No trabaja (n = 221)	5,56	5,82		
<i>Casos de psicopatología</i>				
Si trabaja (n = 851)	1,34	0,47	-2,102	0,036*
No trabaja (n = 221)	1,41	0,49		

(* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$)

El Anova (análisis de varianza) de un factor indicó diferencias estadísticamente significativas en las alteraciones psicósomáticas en función de los grupos de edades de la muestra ($F_{3,1181}=8,827$; $p = 0,000$), confirmándose con la prueba no paramétrica H Kruskal-Wallis ($X^2_3 = 24,457$; $p = 0,000$). La prueba *post hoc* de Scheffé arrojó diferencias entre los que tienen de 18 a 25 años con los que tienen de 36 a 45 años ($P = 0,005$), también con los de 46 a 60 años ($p = 0,000$), existen diferencias entre los que tienen de 26 a 35 años con los que tienen de 46 a 60 años de edad ($p = 0,019$). Indicando lo anterior, que en la medida que se incrementa la edad de las personas, también incrementan las alteraciones psicósomáticas. Por otra parte, se encontró diferencias significativas entre la edad y la *ansiedad e insomnio* ($F_{3,1167} = 3,644$; $p = 0,012$). La prueba H Kruskal-Wallis lo confirma ($X^2_3 = 10,606$; $p = 0,014$). La prueba *post hoc* de Scheffé indicó diferencias entre el grupo de 18 a 25 años con los de 46 a 60 años ($P = 0,028$), significando lo anterior que existe mayor prevalencia de ansiedad e insomnio en las personas de 46 a 60 años que en las de menor edad. No existen diferencias significativas en *depresión* en función de la edad (F

3,1180 = 0,204; $p = 0,894$) de la muestra; de igual forma, no existen diferencias significativas en las *disfunciones sociales* en relación con los grupos de edad ($F_{3,1152} = 2,076$; $p = 0,102$), aunque la prueba Kruskal-Wallis ($X^2_3 = 7,571$; $p = 0,056$) muestra una tendencia donde las personas de mayor edad presentan más disfunciones sociales que los jóvenes. Al evaluar la *psicopatología general* de la muestra, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en función de la edad ($F_{3,1074} = 3,409$; $P = 0,017$). La prueba Kruskal-Wallis lo confirma ($X^2_3 = 44,242$; $p = 0,000$), indicando lo anterior, que la edad de las personas está relacionada con la mayoría de las dimensiones del GHQ-28 (*ansiedad e insomnio, somatización, disfunción social*) como con la psicopatología general, significando que en la medida que se incrementa la edad de las personas, también se incrementan los problemas de salud mental.

Figura 2. Prevalencia de síntomas de psicopatología por grupos de edades en cada una de las dimensiones del GHQ-28.



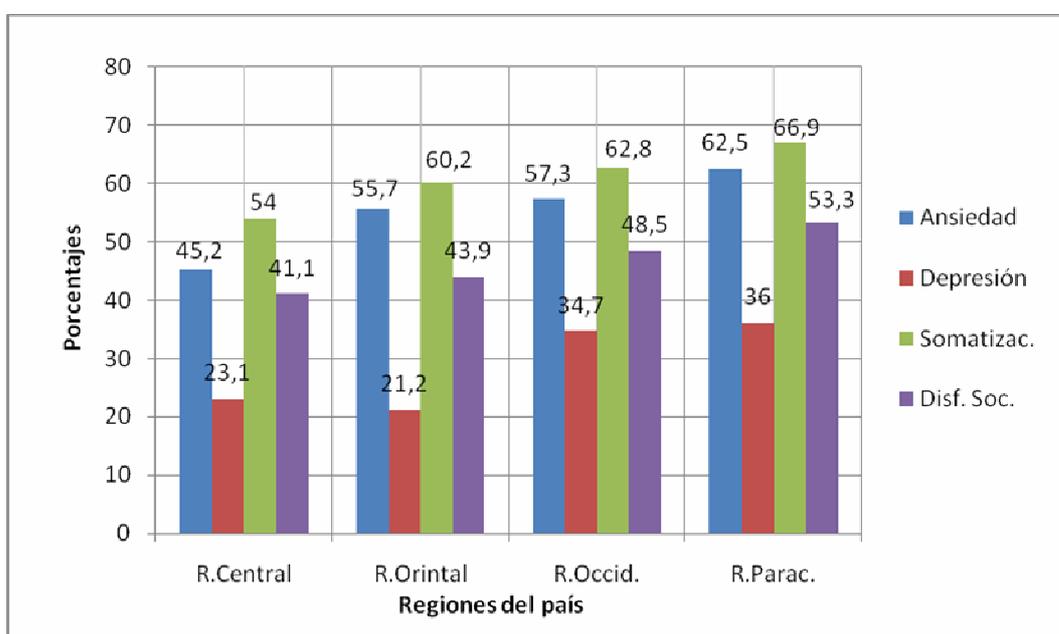
(Nota: los porcentajes son relativos a la submuestra de grupos de edades.)

El Anova de un factor indicó diferencias estadísticamente significativas en alteraciones *psicosomáticas* en función de la región del país ($F_{3,1181} = 9,318$; $p = 0,000$),

confinándose con la prueba no paramétrica Kruskal-Wallis ($X^2 3 = 25,553$; $p = 0,000$). La prueba *post hoc* de Scheffé indicó diferencias significativas entre la región occidental y la región paracentral ($p = 0,012$). También existen diferencias entre la región central y la región paracentral ($p = 0,000$). De igual forma, al comparar la región oriental con la región paracentral ($p = 0,001$), indicando las anteriores comparaciones que existe mayor prevalencia significativa de sintomatología de somatización en la población que reside en la región paracentral que en las otras regiones. No se encontraron diferencias significativas entre las regiones occidental, central y oriental. Así mismo, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en *ansiedad e insomnio* en función de la región de residencia ($F 3,1167 = 10,922$; $p = 0,000$), confinándose con la prueba Kruskal-Wallis ($X^2 3 = 30,493$; $p = 0,000$). La prueba *post hoc* de Scheffé indicó diferencias significativas entre la región occidental y paracentral ($p=0,022$), entre la región central y paracentral ($P = 0,000$), entre la región oriental y paracentral; indicando lo anterior que existe mayor prevalencia de alteraciones de ansiedad e insomnio en la población que reside en la región paracentral en comparación con las otras regiones. No hay diferencias significativas entre los residentes de las regiones occidental, central, y oriental. Al comparar la prevalencias de síntomas de *depresión* entre las diferentes regiones del país, se encontró que existen diferencias estadísticamente significativas entre estas ($F 3,1180 = 11,126$; $p = 0,000$), confirmándolo con la prueba no paramétrica Kruskal-Wallis ($X^2 3 = 39,659$; $p = 0,000$). Tras la aplicación de la prueba *post hoc* de Scheffé, esta indicó diferencias significativas entre la región occidental y la región paracentral ($p = 0,012$), entre la región central y paracentral ($p = 0,000$) y entre la región oriental y paracentral ($p = 0,001$), indicando lo anterior que hay una mayor incidencia de sintomatología depresiva en la región paracentral en comparación con la región occidental, central y oriental; no existen diferencias significativas entre estas últimas tres regiones. Por otra parte, al analizar las *disfunciones sociales* en función de la región del país, se encontraron diferencias significativas ($F 3,1152 = 4,551$; $p = 0,004$) entre las regiones del país, confirmándose con la prueba Kruskal-Wallis ($X^2 3 = 10,320$; $p = 0,016$). La prueba *post hoc* de Scheffé indicó diferencias significativas entre la región oriental y la paracentral ($p = 0,001$), reflejando mayores disfunciones sociales en la región paracentral que en la región oriental; no se encontraron diferencias significativas entre las regiones occidental, central, oriental. En el análisis de la *psicopatología general* como una

dimensión en función de las regiones del país, se encontró que existen diferencias significativas entre las regiones ($F_{3,1074} = 11,499$; $p = 0,000$), concretamente entre la región paracentral en comparación con las regiones occidental, central y oriental. La prueba Kruskal-Wallis ($X^2_3 = 34,195$; $p = 0,000$) lo confirma, indicando que existe una mayor prevalencia significativa de psicopatología en la región paracentral en contraste con las otras regiones señaladas.

Figura 3. Prevalencia de síntomas de psicopatología por regiones del país en cada una de las dimensiones del GHQ-28



(Nota: los porcentajes son relativos a la submuestra de la región.)

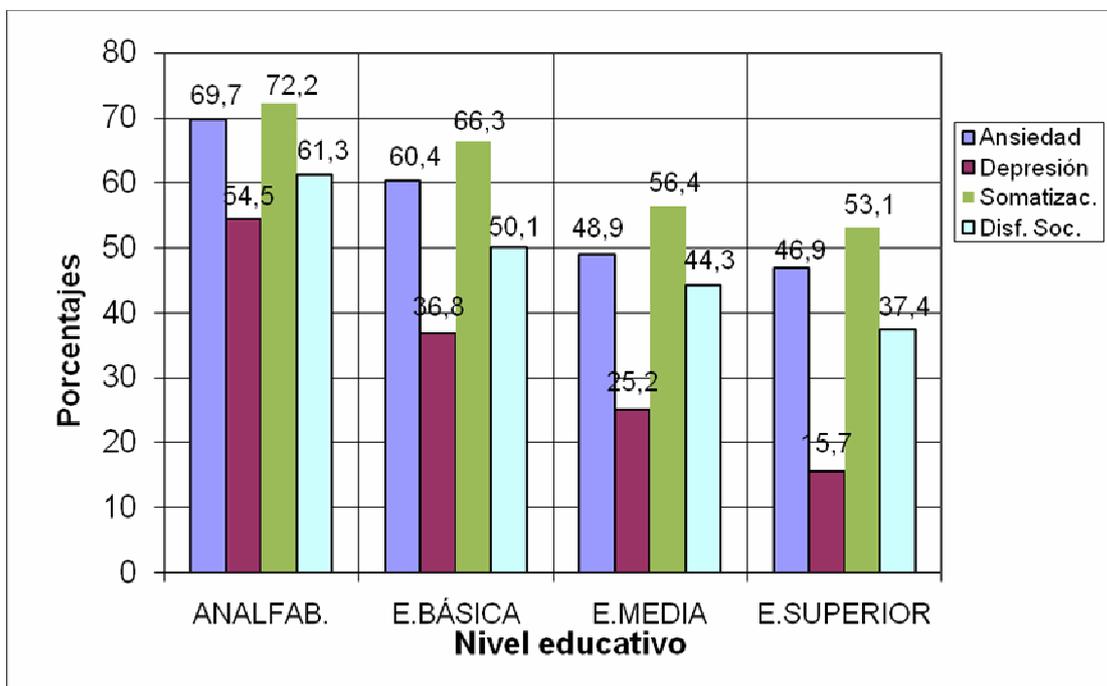
El Anova de un factor indicó diferencias estadísticamente significativas en alteraciones *psicosomáticas* en función del nivel educativo de la muestra ($F_{3,117} = 9,760$; $p = 0,000$), la prueba no paramétrica Kruskal-Wallis ($X^2_3 = 27,275$; $p = 0,000$) lo confirma. Tras la aplicación de la prueba *post hoc* de Scheffé, esta indicó diferencias significativas entre los que tienen educación básica y los que tienen educación media ($p = 0,018$), también entre los que tienen educación básica y los que tienen educación superior ($p = 0,000$); entre la educación media y los analfabetas ($p = 0,012$). De igual forma, hay diferencias en somatización entre los que tienen educación superior y los analfabetas ($p = 0,001$). Lo anterior significa que los niveles educativos inferiores son los que presentan

mayor sintomatología de somatización, y en la medida que se incrementa el nivel educativo disminuyen los problemas psicosomáticos; no se encontraron diferencias significativas entre la educación superior y la educación media ($p=0,484$), ni entre los analfabetas y el nivel básico ($p = 0,521$). Al analizar la *ansiedad e insomnio* se encontraron diferencias significativas en función del nivel educativo de la muestra en estudio ($F_{3,1164} = 8,037$; $p = 0,000$). La prueba Kruskal-Wallis ($X^2_3 = 24,741$; $p = 0,000$) lo confirma. La prueba *post hoc* de Scheffé indicó diferencias significativas entre la educación básica y la educación media ($P = 0,014$); entre la educación básica y la superior ($p = 0,008$), entre la educación media y los analfabetas ($p = 0,010$); entre los que tiene educación superior y los analfabetas ($p = 0,005$). Significando, lo anterior que la mayor prevalencia de síntomas de ansiedad e insomnio son más altos en los niveles educativos inferiores (analfabetas, educación básica). No hay diferencias entre la educación media y la educación superior ($p = 0,947$), ni entre los analfabetas y el nivel básico ($p = 0,507$). En el análisis de la *depresión* en función del nivel educativo de la muestra, se encontraron diferencias significativas ($F_{3,1177} = 7,860$; $p = 0,000$). La prueba Kruskal-Wallis ($X^2_3 = 48,820$; $p = 0,000$) lo confirma. La prueba *post hoc* de Scheffé indicó diferencias significativas entre los analfabetas y los que tienen educación superior ($p = 0,007$); entre los que tienen educación básica y los que tienen un nivel superior ($p = 0,000$), indicando lo anterior, que tienen más síntomas de depresión las personas analfabetas y las que tienen educación básica, en comparación con las que tienen un nivel superior; no se encontraron diferencias significativas entre la educación básica y media ($p = 0,188$), ni entre la media y la superior ($p = 0,086$). En la disfunción social se encontraron diferencias significativas en función del nivel educativo de la muestra ($F_{3,1150} = 3,580$; $p = 0,013$), la prueba Kruskal Wallis ($X^2_3 = 11,977$; $p = 0,007$) lo confirma. La prueba *post hoc* de Scheffé indicó diferencias significativas entre la educación básica y la educación superior ($p=0,017$). No hay diferencias significativas entre los demás niveles educativos en las disfunciones sociales.

Al analizar la *psicopatología general* como una dimensión de la prueba GHQ-28, en función del nivel educativo de la muestra, se encontró diferencias estadísticamente significativas ($F_{3,1072} = 14,602$; $p = 0,000$), la prueba Kruskal Wallis ($X^2_3 = 44,242$; $p = 0,000$) lo confirma. La prueba en la psicopatología como dimensión, mantiene la tendencia

que muestran los análisis de cada dimensión anteriormente realizados, en el sentido que los niveles educativos más bajos, como los analfabetas y el nivel básico, son las personas que presentan la mayor cantidad de alteraciones psicopatológicas en comparación con el nivel superior y los que tienen educación media.

Figura 4. Prevalencia de síntomas de psicopatología por nivel educativo en cada una de las dimensiones del GHQ-28



(Nota: los porcentajes son relativos a la submuestra de los niveles educativos.)

La prueba Anova de un factor encontró diferencias estadísticamente significativas en problemas *psicosomáticos* en función del estado familiar ($F_{3,1181} = 4,810; p = 0,002$), la prueba no paramétrica Kruskal Wallis ($\chi^2_3 = 13,787; p = 0,003$) así lo confirma. Tras aplicar la prueba *post hoc* de Scheffé indicó diferencias significativas entre las personas solteras y las que están divorciadas o viudas ($p = 0,019$), presentando más alteraciones somáticas las personas divorciadas o viudas en comparación con las personas solteras. Al comparar los acompañados y los solteros ($p = 0,061$) se encontró una tendencia que indica que las personas acompañadas presentan mayor sintomatología psicossomática que las

solteras. No se encontraron diferencias entre los grupos de acompañados y casados, entre estos con los solteros. Al analizar la *ansiedad e insomnio* en función del estado familiar se encontraron diferencias significativas ($F_{3,1167} = 2,699$; $p = 0,045$), la prueba Kruskal Wallis ($X^2_3 = 7,375$; $p = 0,061$) muestra una tendencia; la media aritmética (M) sugiere que las personas divorciadas o viudas presentan más síntomas que los solteros, acompañados y casados (ver tablas 7). En la *depresión* en función del estado familiar se encontraron diferencias significativas ($F_{3,1180} = 9,104$; $p = 0,000$), la prueba Kruskal-Wallis ($X^2_3 = 18,943$; $P = 0,000$) lo confirma. La prueba *post hoc* de Scheffé indicó diferencias significativas entre los casados y los acompañados ($p = 0,026$), presentando más problemas depresivos los acompañados. Al contrastar los casados y los divorciados o viudos ($p = 0,000$) hay más síntomas en los divorciados, al comparar los acompañados con los solteros ($p = 0,024$) y divorciados ($p = 0,060$) encontrándose más sintomatología depresiva en los acompañados y divorciado que en los solteros, cuando se comparan estos últimos con los divorciados ($p = 0,000$) existen más alteraciones depresivas en los divorciado/viudos que en los solteros. En cuanto a las *disfunciones sociales* se encontró diferencias significativas en función del estado familiar ($F_{3,119} = 2,630$; $p = 0,049$), la prueba no paramétrica Kruskal Wallis lo confirma ($X^2_3 = 9,479$; $p = 0,024$). Las medias más altas están en los divorciados y acompañados, indicando que estos tienen más problemas de disfunciones sociales que los casados y solteros. Cuando se analiza la *psicopatología general* como una dimensión en función del estado familiar, se encontró que existen diferencias estadísticamente significativas ($F_{3,1070} = 7,844$; $p = 0,000$), indicando que presentan más alteraciones de psicopatología las personas por su orden: divorciadas, acompañadas, casadas y solteras. Confirmando lo anterior con la prueba Kruskal Wallis ($X^2_3 = 18,592$; $p = 0,000$).

Tabla 7. Medias (*M*) y desviaciones típicas (*DT*) de psicopatología general en función de las variables sociodemográficas de la muestra

<i>Variabes sociodemográficas</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>F</i>	<i>P</i>
Edad				
De 18 a 25 años(<i>n</i> = 315)	4,37	5,20	3,409	0,017*
De 26 a 35 años(<i>n</i> = 367)	4,72	5,31		
De 36 a 45 años(<i>n</i> = 213)	5,10	5,62		
De 46 a 60 años(<i>n</i> = 180)	5,92	5,60		
Región de residencia:				
R. Occidental (<i>n</i> = 243)	5,10	5,24	11,499	0,000***
R. Central (<i>n</i> = 402)	4,02	5,00		
R. Paracentral (<i>n</i> = 233)	6,54	6,19		
R. Oriental (<i>n</i> = 197)	4,48	4,99		
Escolaridad:				
Educación básica(<i>n</i> = 345)	5,72	5,60	14,602	0,000***
Educación media(<i>n</i> = 415)	4,42	5,31		
Educación superior(<i>n</i> = 240)	3,64	4,43		
Otra (Analfabeta)(<i>n</i> = 73)	7,56	6,13		
Estado Familiar:				
Casado/a (<i>n</i> = 373)	4,54	5,21	7,84	0,000***
Acompañado/a (<i>n</i> = 268)	5,72	6,13		
Soltero/a (<i>n</i> = 390)	4,36	4,84		
Divorciado/a, Viudo/a (<i>n</i> = 44)	7,66	5,99		
Actividad laboral que desarrolla:				
Empleado público y seguridad (<i>n</i> = 288)	4,11	5,09	5,226	0,000***
Comerciante formal e informal (<i>n</i> = 324)	5,32	5,60		
Trabajador calificado, no calificado y agricultor (<i>n</i> = 183)	4,97	5,34		
Estudiante (<i>n</i> = 60)	3,18	3,70		
Profesional(<i>n</i> = 54)	3,68	3,75		
Ama de casa y/o desempleado/a(<i>n</i> = 139)	6,27	6,36		
Número de hijos:				
Ninguno(<i>n</i> = 322)	4,10	4,80	6,213	0,000***
Un hijo (<i>n</i> = 181)	4,85	5,63		
Dos hijos (<i>n</i> = 223)	4,37	5,35		
Tres hijos (<i>n</i> = 170)	5,22	5,43		
Cuatro hijos (<i>n</i> = 86)	7,06	6,31		
Cinco o más hijos(<i>n</i> = 93)	6,38	5,47		
Ingresos económicos familiares:				
De 100 a 199 dólares (<i>n</i> = 496)	6,12	6,00	10,547	0,000***
De 200 a 399 dólares (<i>n</i> = 335)	4,15	4,76		
De 400 a 599 dólares (<i>n</i> = 108)	3,50	4,41		
De 600 a 799 dólares (<i>n</i> = 64)	3,62	4,62		
De 800 a 999 dólares (<i>n</i> = 34)	3,32	3,87		
De 1,000 a más dólares(<i>n</i> = 34)	2,76	4,07		

(**p* < 0,05; ***p* < 0,01; ****p* < 0,001)

El Anova de un factor encontró diferencias estadísticamente significativas en la sintomatología *psicosomática* en función del número de hijos de las personas evaluadas ($F_{5,1181} = 5,361$; $p = 0,000$). La prueba Kruskal Wallis lo confirma ($X^2_4 = 12,410$; $p = 0,015$). La prueba *post hoc* de Scheffé indica diferencias significativas entre los que no tienen hijos con los que tienen cuatro hijos ($p = 0,017$); con los que tienen cinco o más hijos ($p = 0,005$), significando lo anterior que tienen mayor prevalencia de síntomas somáticos las personas que tienen arriba de cuatro hijos. Se muestra una tendencia entre los que tienen dos hijos en comparación con los que tienen cinco o más ($p = 0,064$). No hay diferencias entre los que no tienen hijos con los que tienen uno, dos, tres hijos; tampoco hay diferencias entre los que tienen tres hijos con los grupos: ninguno, uno, dos, cuatro, cinco o más hijos (ver tablas 7). En cuanto a la *ansiedad e insomnio* de la muestra en función del número de hijos, existen diferencias significativas ($F_{5,1167} = 5,533$; $p = 0,000$), la prueba Kruskal Wallis lo demuestra ($X^2_4 = 17,298$; $p = 0,002$). La prueba *post hoc* de Scheffé indica diferencias significativas entre los que no tienen hijos y los que tienen cuatro hijos ($p = 0,004$). Hay una tendencia entre los primeros y los que tienen cinco o más hijos ($p = 0,061$). Existe una diferencia significativa entre los que tienen dos hijos y los que tienen cuatro hijos ($p = 0,045$), indicando lo anterior que las personas que tienen más hijos presentan más síntomas de ansiedad, comparados con los que no tienen hijos. No hay diferencias entre los que tienen un hijo con los demás grupos, entre los que tienen tres hijos en comparación con los demás grupos. En *depresión* el Anova de un factor no refleja diferencias significativas en función del número de hijos ($F_{5,1180} = 1,695$; $p = 0,133$). Sin embargo, la prueba no paramétrica Kruskal Wallis ($X^2_4 = 10,499$; $p = 0,033$) demuestra que existe una diferencia significativa en depresión en función del número de hijos. Al observar las medias aritméticas y los rangos promedios en cada grupo se puede apreciar claramente una tendencia ascendente de sus valores, indicando que el número de síntomas de depresión aumenta en la medida que se incrementa el número de hijos de la persona encuestada. Al analizar las *disfunciones sociales* en función del número de hijos de la muestra, no se encontraron diferencias significativas en esta dimensión ($F_{5,1152} = 0,987$; $p = 0,424$), resultado similar se obtuvo en la prueba Kruskal Wallis ($X^2_4 = 2,807$; $p = 0,591$), indicando que el número de hijos no es una variable que esta asociada significativamente a

las disfunciones sociales de las personas. En el análisis de la *psicopatología general* en función del número de hijos se encontró diferencias estadísticamente significativas en la escala total del GHQ-28 ($F_{5,1074} = 6,213; p = 0,000$), la prueba Kruskal-Wallis ($X^2_4 = 22,882; p = 0,000$) lo confirma. Los resultados de la escala total (psicopatología general) solo reafirman las diferencias estadísticas señaladas en cada dimensión de la escala del GHQ-28.

El Anova de un factor encontró diferencias estadísticamente significativas en la sintomatología *psicosomática* en función de la actividad laboral de la muestra en estudio ($F_{5,1151} = 2,257; p = 0,047$). En el análisis de las medias se observa una incidencia de síntomas somáticos más altos en las amas de casa/desempleados(as) en comparación con los estudiantes. En el análisis de la *ansiedad e insomnio* se encontró diferencias significativas en función de la actividad laboral de las personas estudiadas ($F_{5,1137} = 3,292; p = 0,006$), confirmándose con la pruebas Kruskal-Wallis ($X^2_5 = 13,547; p = 0,019$). Tras aplicar la prueba *post hoc* de Scheffé, se encontró diferencias significativas entre los estudiantes y las amas de casa-desempleados(as) ($p = 0,049$), indicando más síntomas de ansiedad las amas de casa/desempleados que los estudiantes. No se encontró diferencias significativas entre las otras actividades laborales. Al analizar la *depresión* se encontró diferencias estadísticamente significativas en función de la actividad laboral de las personas participantes en el estudio ($F_{5,1150} = 6,558; p = 0,000$), confirmándose con la prueba no paramétrica Kruskal-Wallis ($X^2_5 = 32,790; p = 0,000$). La prueba *post hoc* de Scheffé indica diferencias significativas entre los empleados públicos, privados y las amas de casa-desempleado(as) ($p = 0,000$), indicando mayor prevalencia de síntomas depresivos en las amas de casa/desempleados que en los empleados públicos o privados; asimismo, se encontró diferencias significativas entre los trabajadores calificados, no calificados, agricultores, jornaleros, comparados con las amas de casa/desempleados ($P = 0,009$). Hay diferencias significativas entre los estudiantes y las amas de casa/desempleados(as) ($p = 0,030$), indicando más síntomas en este último grupo. No se encontraron diferencias significativas entre los otros grupos de trabajadores. En el análisis de las *disfunciones sociales* no se encontró diferencias significativas en función de la actividad laboral ($F_{5,1122} = 1,913; p = 0,089$) confirmándose con la prueba Kruskal Wallis ($X^2_5 = 9,523; p =$

0,090). En el análisis de la *psicopatología general* como una dimensión del GHQ-28, se encontró diferencias estadísticamente significativas en función de la actividad laboral ($F_{5,1047} = 5,226; p = 0,000$). La prueba Kruskal Wallis ($X^2_5 = 19,021; p = 0,002$) lo confirma; en las comparaciones por dimensión se pueden observar, entre los grupos, que hay diferencias en cada una de las mismas.

El Anova de un factor encontró diferencias estadísticamente significativas en síntomas *psicosomáticos* en función de los ingresos económicos familiares ($F_{5,1176} = 4,031; p = 0,001$). La prueba Kruskal Wallis ($X^2_5 = 17,451; p = 0,004$) lo confirma. Las medias aritméticas sugieren que hay más prevalencia de síntomas somáticos en los dos grupos de menores ingresos en comparación con los de mayores ingresos económicos. Al analizar la *ansiedad e insomnio*, se encontró diferencias estadísticamente significativas en función de los ingresos económicos familiares ($F_{5,1162} = 7,722; p = 0,000$), confinándose con la prueba Kruskal Wallis ($X^2_5 = 32,688; p = 0,000$). Tras aplicar la prueba *post hoc* de Scheffé, indicó diferencias significativas en *ansiedad e insomnio* entre los que tienen ingresos de \$100 a \$199 con los que ganan entre \$200 a \$399 ($p = 0,001$), indicando mayor número de síntomas de ansiedad en las personas de menores ingresos. También hay diferencias significativas entre los primeros y los que tienen ingresos de \$400 a \$599 ($p = 0,005$), significando siempre una mayor prevalencia de ansiedad en los de menores ingresos. No existen diferencias significativas entre los grupos que tienen ingresos superiores a los \$600. En el análisis de la *depresión* se encontraron diferencias significativas en función de los ingresos económicos familiares ($F_{5,1175} = 6,405; p = 0,000$), la prueba Kruskal-Wallis ($X^2_5 = 40,802; p = 0,000$) así lo confirma. Tras aplicar la prueba *post hoc* de Scheffé indicó diferencias significativas de depresión entre los que tienen ingresos económicos familiares de \$100 a \$199 con los que ganan entre \$200 a \$399 ($p = 0,042$); entre los primeros y los que ganan de \$400 a \$599 ($p = 0,031$); entre los que ganan de \$100 a \$199 con los que ganan más de \$1.000 ($p = 0,037$). No existe diferencias entre los que ganan de \$600 a 899. Al analizar las *disfunciones sociales* de las personas estudiadas en función de los ingresos económicos familiares se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($F_{5,1148} = 6,232, p = 0,000$), se confirma con la prueba Kruskal Wallis ($X^2_5 = 30,852; p = 0,000$). Luego de aplicar la prueba *post hoc* de Scheffé,

esta determino diferencias significativas entre las persona que ganan entre \$100 a \$199 con las que ganan entre \$200 a \$399 ($p = 0,002$). También existe una tendencia entre los primeros y los que ganan entre \$400 a \$599 ($p = 0,056$), indicando lo anterior que existe una mayor prevalencia de disfunciones sociales en el primer grupo que en los segundos. Así mismo, hay diferencias significativas entre los ganan de \$100 a \$199 con los que ganan más de \$1.000 ($p = 0,042$), significando que hay más problemas en el primer grupo en contraste con el último. No existen diferencias significativas entre los que ganan más de \$600. En el análisis de la *psicopatología general* como una dimensión del GHQ-28, se encontró diferencias estadísticamente significativas en función de los ingresos económicos familiares ($F_{5, 1070} = 10,547$; $p = 0,000$). La prueba Kruskal Wallis lo confirma ($\chi^2_5 = 45,181$; $p = 0,000$). La prueba *post hoc* de Scheffé encontró diferencias significativas entre los que ganan de \$100 a \$199 con los que ganan de \$200 a \$399 ($p = 0,000$); entre los primeros y los que ganan de \$400 a \$599 ($p = 0,001$); entre los que ganan de \$100 a \$199 con los que ganan de \$600 a \$799 ($p = 0,029$); entre el primer grupo y los que ganan más de \$1.000 ($p = 0,026$). No hay diferencias significativas entre los grupos que ganan arriba de \$400.

9. Discusión de resultados

De los 28 reactivos que evalúa el instrumento, en doce de ellos se encontraron diferencias estadísticamente significativas (cinco de *somatización*, cuatro de *depresión*, tres de *ansiedad* y ninguno de *disfunción social*), indicando que en cerca de la mitad de los ítems hay diferencias importantes entre hombres y mujeres. En el mismo sentido, se observa que la media aritmética (M) es más alta en todos los ítems del GHQ-28 en las mujeres en comparación con los hombres, significando lo anterior que existe una mayor prevalencia de sintomatología psicopatológica en la mujer que en el hombre. Por ejemplo: sentirse agotado/a y sin fuerza para nada, padeciendo dolores de cabeza, sentirse con los nervios a flor de piel y malhumorado/a, y que la idea de quitarse la vida le viene repetidamente a la cabeza, entre otros síntomas.

En *ansiedad e insomnio*, más de la mitad de la muestra presenta síntomas de esta alteración; mientras en *depresión* más de una cuarta parte de los participantes presentan

síntomas de este problema mental. El análisis estadístico en ambos trastornos indica que existen diferencias significativas entre hombres y mujeres, presentando mayor número de síntomas las mujeres. Los resultados anteriores confirman la hipótesis de investigación del estudio, que dice “que existe una diferencia estadísticamente significativa de síntomas de depresión y ansiedad al comparar hombres y mujeres, encontrándose mayor incidencia en las mujeres”. Los hallazgos anteriores están en sintonía con los encontrados por Kessler, *et al.* (2003), en el sentido que los factores que están asociados con la depresión y ansiedad son ser mujer, dedicarse a las labores del hogar, estar jubilado, ser soltero, separado, divorciado o viudo, tener bajo nivel educacional y tener bajos ingresos económicos.

Por otra parte, al analizar las alteraciones *psicosomáticas y disfunciones sociales*, se encontraron diferencias entre hombres y mujeres en alteraciones psicosomáticas. No hay diferencias en disfunciones sociales. Estos últimos resultados permiten aceptar parcialmente la hipótesis de investigación que decía que “hay diferencias estadísticamente significativas de somatización y disfunciones sociales en función del sexo, encontrándose mayores problemas en las mujeres”, siendo aceptada la hipótesis para sintomatología de somatización y rechazándose para las disfunciones sociales. Sin embargo, hay que señalar que el porcentaje total de síntomas de somatizaciones están muy por encima de la mitad de la muestra; mientras en disfunciones sociales está cerca de la mitad de los participantes; y subrayar que estas últimas dimensiones de salud mental son las que presentan mayor frecuencia en el estudio, aunque no existan diferencias entre hombres y mujeres en disfunciones sociales.

En el análisis de la sintomatología de la muestra total, se obtuvo un promedio general de síntomas cercano a la mitad de los participantes. En este caso, existen altas posibilidades de que dos o más dimensiones (más de un trastorno) o alteraciones coexistan en una misma persona; es decir, que haya una extrapolación de síntomas de problemas mentales en un mismo sujeto. No pocos autores coinciden en establecer que existe una correlación importante entre los problemas de salud, como ansiedad, depresión, somatización y disfunción social. En el análisis de la psicopatología general (evaluación general) de la muestra encontramos que existen diferencias significativas muy marcadas

entre hombres y mujeres, prevaleciendo una mayor psicopatología general en las mujeres que en los hombres.

Tras el proceso de dicotomización de las variables del estudio en dos categorías: “casos” y “no casos” de psicopatología, se obtuvo que más de una tercera parte (35,1%) de la muestra fue calificado como “*casos de psicopatología general*”; mientras que menos de dos tercios (64,9%) fueron identificados como no casos de psicopatología. Al contrastar estos resultados con las pruebas estadísticas, estas indicaron diferencias significativas en casos de psicopatología general entre hombres y mujeres, siendo más elevada la morbilidad de casos en las mujeres que en los hombres.

En el análisis de las dimensiones del Cuestionario de salud general (GHQ-28): ansiedad e insomnio, depresión, somatización y disfunciones sociales, en función del lugar de residencia “rural o urbano”, los resultados demuestran que hay diferencias significativas en cada dimensión, indicando que existe mayor prevalencia de sintomatología en los habitantes de las áreas rurales comparados con los residentes urbanos. En secuencia con los resultados anteriores, al evaluar la *psicopatología general* en la muestra estudiada, se encontraron diferencias significativas entre los residentes urbanos y rurales, prevaleciendo mayor psicopatología general en la población rural. El problema de salud mental rural, sin duda alguna está relacionado con la pobre cobertura del sistema nacional de salud. Lo anterior puede explicarse desde lo planteado por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS, 2005) que reconoce deficiencias en la infraestructura física, insuficientes recursos humanos en el área asistencial, falta de acceso a los servicios sanitarios, inequidades en el acceso a la tecnología, escasa coordinación entre los formadores del talento humano y los proveedores de servicios de salud, limitada coordinación interinstitucional e intersectorial, dificultad en la atención de los usuarios y la gestión de la información, entre otras.

Tras un procedimiento de dicotomización de los ítems del GHQ-28, y siguiendo las pautas del autor de la prueba para obtener “casos y no casos” de psicopatología, los análisis estadísticos demuestran diferencias significativas de casos de psicopatología entre los residentes en áreas urbanas, comparados con los residentes en áreas rurales, revelando más

casos en las personas que viven en el área rural. Lo anterior confirma la hipótesis de investigación que dice que “existen diferencias significativas de depresión y ansiedad en función del lugar de residencia, presentando mayor prevalencia la población que reside en el área rural que la urbana”. Significando que vivir en las zonas rurales de El Salvador es un factor que está fuertemente relacionado con la posibilidad de presentar una alteración o sintomatología de naturaleza mental y está asociada a las deficiencias del sistema de salud: falta de cobertura, de acceso a los servicios de salud y deficientes servicios sanitarios. Estos resultados están en sintonía con los resultados encontrados por Gutierrez, (2009) que expresa que las condiciones de comodidad del paciente, la distribución física de los departamentos de la institución, los procedimientos de rutina (exámenes, Rx, expedientes), la atención que recibe de las enfermeras, la evaluación del médico, el tratamiento, los tiempos de espera, la accesibilidad a los centros de salud, el acceso al médico general y al especialista, entre otros indicadores, son de pobre calidad en el sistema nacional de salud, en comparación con los de las clínicas y hospitales privados. No existen diferencias en estos criterios entre los centros de salud del Estado, sugiriendo que las condiciones o características en la calidad de atención en salud son deficientes y en la mayoría de los casos, no satisfacen las expectativas de los usuarios.

El análisis de las diferentes dimensiones del GHQ-28, en la muestra en estudio en función de “si trabaja o no”, este demostró diferencias significativas en *depresión*, indicando que poseen mayor sintomatología depresiva las personas que no trabajan en comparación con las que trabajan. No se observaron diferencias significativas en ansiedad, somatización y disfunciones sociales, en función de si trabajan o no. Aunque existe un pequeño incremento de las medias en las personas que no trabajan en las tres últimas dimensiones, indicando que hay más síntomas en este grupo, pero no son significativos. Por otra parte, al analizar la psicopatología general, como una dimensión en función de si trabaja o no, se demostró diferencias significativas, indicando una mayor incidencia de síntomas en las personas que no trabajan en comparación con las que trabajan. En la misma dirección, se observan los resultados en cuanto a casos y no casos de psicopatología, habiendo más casos en los que no trabajan. Los resultados sugieren que, si bien la actividad laboral es un factor de protección contra la presencia de enfermedades,

paradójicamente también es un factor que está relacionado con la configuración de los problemas de salud mental en las personas desempleadas, como se demuestra en el presente estudio. Estos resultados están en relación con los de Caraveo-Anduaga *et al.* (1999) que encontraron que la depresión estaba asociada con los factores: ser mujer, no tener empleo, tener bajos ingresos económicos, ser soltero o separado y tener bajo nivel educacional.

Existen diferencias significativas en ansiedad e insomnio y somatización en función de la edad, presentando un mayor número de síntomas en la medida que se incrementa la edad. Ej: tienen más problemas de salud las personas mayores de 45 años que los que tienen entre 18 a 25 años. No hay diferencias significativas en depresión, ni en disfunciones sociales en función de la edad. Al evaluar la *psicopatología general* de la muestra, se encontró diferencias significativas en función de la edad. Indicando lo anterior que la edad de las personas está relacionada con la mayoría de las dimensiones del GHQ-28 (*ansiedad e insomnio, somatización, disfunción social*) como con la psicopatología general, confirmando que, en la medida que se incrementa la edad de las personas, también se incrementan los problemas de salud mental. En la misma línea se encuentran los hallazgos de Beekman, *et al.* (2000), que plantean que los trastornos de ansiedad tienen una alta prevalencia en pacientes ancianos. En el análisis por edad y sexo se encontró 10,2% de incidencia, y hasta un 80% de los pacientes con diagnóstico primario de trastorno depresivo también tenían niveles altos de ansiedad; y alrededor del 50% de los diagnosticados con ansiedad generalizada presentaban a su vez diagnóstico de síndrome depresivo. Según Valle (2002), aunque la depresión y la ansiedad son consideradas entidades independientes, suele ser raro encontrarlas en estado puro.

El análisis de la *psicopatología general*, como dimensión en función de las regiones del país, demostró que existen diferencias significativas entre las regiones del país, concretamente entre la región paracentral en comparación con las regiones occidental, central y oriental. Indicando que existe una mayor prevalencia de síntomas de psicopatología en la región paracentral en contraste con las otras regiones señaladas. Lo anterior confirma la hipótesis de investigación que dice que “existen diferencias significativas en psicopatología general, como en las alteraciones de cada dimensión en

función de la región de residencia, siendo más altos en la región paracentral y occidental del país”. Al realizar un análisis de las medias aritméticas y los porcentajes, por orden de incidencia entre las regiones, se tiene: paracentral, occidental, oriental y central; por orden de incidencia y frecuencia por dimensión, se tiene: somatizaciones, ansiedad e insomnio, disfunciones sociales y depresión. Probablemente las diferencias entre las regiones del país son el resultado de la (MSPAS, 2005) insuficiente infraestructura física, insuficientes recursos humanos en el área asistencial, falta de acceso a los servicios sanitarios, inequidades en el acceso a la tecnología, escasa coordinación entre los formadores del talento humano y los proveedores de servicios de salud, limitada coordinación interinstitucional e intersectorial, dificultad en la atención de los usuarios, entre otras.

En el análisis de la *psicopatología general*, como una dimensión de la prueba GHQ-28, en función del nivel educativo de la muestra, se encontró diferencias significativas, habiendo mayor presencia de sintomatología de depresión, ansiedad y somatización en los analfabetas, los que tienen educación básica, en comparación con los que tienen educación media y superior. El análisis de la psicopatología general, como dimensión, mantiene la tendencia que muestran los análisis por dimensión realizados en un sentido negativo proporcional, es decir, que en la medida que el nivel educativo asciende, en esa misma medida descende el número de síntomas presentes en cada dimensión. Cuando se analiza la *psicopatología general* como una dimensión en función del estado familiar, se encontró que existen diferencias estadísticamente significativas, concretamente entre los solteros y divorciados, entre los solteros y acompañados, entre los acompañados y divorciados, presentando mayor incidencia de síntomas de depresión, ansiedad y somatización el segundo grupo de cada par contrastado. Las alteraciones de psicopatología en las personas se presentan, en su orden: divorciadas, acompañadas, casadas y solteras. Coincidiendo lo anterior con algunos autores, que han encontrado (Organización Mundial de la Salud, Salud mental, 2001; Kessler, *et al.* 1994) una asociación entre la depresión y factores psicosociales, como la ocupación laboral, el nivel educativo, el estado civil y la composición del hogar, la situación económica y los sucesos estresantes sufridos.

En el análisis de la *psicopatología general* en función del número de hijos se encontró diferencias significativas en la escala total del GHQ-28. Existe mayor prevalencia de síntomas de depresión, ansiedad y somatización en las personas que tienen más de cuatro hijos en comparación con los que tienen tres o menos hijos, sugiriendo lo anterior que el tener más de cuatro hijos es un factor que está asociado a la prevalencia de psicopatologías. Los resultados de la escala total (psicopatología general) reafirman las diferencias estadísticas señaladas en cada dimensión de la prueba). En el análisis de la *psicopatología general* como una dimensión de la prueba, se encontró diferencias significativas en función de la actividad laboral. Las diferencias están presentes en depresión, ansiedad y somatización entre las amas de casa/desempleadas en comparación con los empleados públicos, trabajadores calificados y estudiantes, presentando mayor sintomatología las amas de casa y/o desempleadas(os). Indicando lo anterior que el ser ama de casa o estar desempleado es un factor asociado con la presencia de alteraciones de salud mental. Los resultados antes mencionados respaldan la hipótesis de investigación que decía que “hay diferencias significativas de depresión y ansiedad en función del nivel educativo, estado familiar, la actividad laboral, el número de hijos y los ingresos económicos familiares. En la misma dirección, Bebbington (1998) señala que las variables sociodemográficas como el estado civil, especialmente estar viudo/a o divorciada implican mayores niveles de sintomatología depresiva; de igual forma sucede en aquellas mujeres con más de dos hijos. Contrariamente, los hombres con hijos presentan menor depresión. Según Matud, *et al.* 2006) no encontraron diferencias entre hombres y mujeres solteras. En este sentido, el estudio sugiere que la dinámica o estatus familiar juega un papel importante en la presencia o ausencia de síntomas depresivos de la población.

El análisis de la *psicopatología general* como una dimensión del GHQ-28, encontró diferencias estadísticamente significativas en función de los ingresos económicos familiares. Hay diferencia entre los que ganan de \$100 a \$199 con los que ganan de \$200 a \$399; entre los primeros y los que ganan de \$400 a 599; entre los que ganan de \$100 a \$199 con los que ganan de \$600 a \$799; entre el primer grupo y los que ganan más de \$1.000. No hay diferencias significativas entre los grupos que ganan arriba de \$400. Indicando lo anterior que las personas que tienen ingresos económicos familiares inferiores a \$400

presentan más sintomatología de depresión, ansiedad y somatización que las personas que tienen ingresos superiores a esa cantidad. Los resultados anteriores demuestran que existe una asociación entre los ingresos económicos familiares y la salud mental de los salvadoreños, siendo más vulnerables las personas de bajos ingresos.

10. Recomendaciones

- Implementar el programa de intervención psicológica, desde la psicoterapia de grupo, para ser aplicado en aquellos segmentos poblacionales que en el presente estudio fueron identificados como los más afectados en su salud mental.
- Que las instituciones, tanto públicas como privadas, implementen el programa de psicoterapia de grupo, orientado al desarrollo de conocimientos básicos y habilidades saludables de conducta en su relación con la familia, la comunidad y las empresas.
- Que el Estado, mediante el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, incluya en las estrategias de salud, concretamente en los Ecos, la aplicación a escala comunitaria del presente programa de intervención de psicoterapia de grupo para eliminar o disminuir los altos indicadores de problemas de salud mental.
- Que el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, incluya, en la formación de sus recursos humanos responsables de la atención primaria en salud (APS), los conocimientos básicos necesarios, para la identificación temprana de los problemas relacionados con la salud mental de la población.
- Que aquellas universidades que imparten la carrera de psicología, asignen sus estudiantes de práctica clínica y en año social, en apoyo al MSPAS, para reforzar los equipos de salud mental en la implementación de los programas de atención en salud mental comunitaria.

- Que el MSPAS actualice y reoriente las funciones de sus psicólogos de planta hacia la atención primaria en salud, en los equipos multidisciplinarios, para que trabajen tanto en la promoción como en la evaluación y tratamiento de los problemas de naturaleza mental de la población, dejando en segundo plano el trabajo de la psicología laboral institucional.

- Que las organizaciones como las empresas públicas o privadas, ONG, cooperativas, organizaciones sociales y comunitarias desarrollen programas psicoeducativos orientados a la promoción y prevención de problemas sociales que desencadenan en problemas de salud mental

11. PROPUESTA.

Programa psicoterapéutico de intervención grupal para reducir la prevalencia de trastornos afectivos (depresión, ansiedad, somatización y disfunciones sociales) en la población salvadoreña

AREA: SALUD

6.1. Objetivo general y específicos

Implementar un programa psicoterapéutico de intervención grupal para reducir la prevalencia de alteraciones afectivas en la población salvadoreña.

Objetivos específicos.

- Realizar una evaluación de entrada y de salida en cada grupo participante para establecer la pertinencia, efectividad y validez del programa en el tratamiento de los trastornos afectivos. La evaluación podrá hacerse con instrumentos como cuestionarios, escalas y tests que evalúen cuantitativamente los problemas afectivos, a fin de analizar mediante técnicas estadísticas (prueba “t”, Anova) la validez del programa, mediante estudios casi experimentales (tests-retes).
- Disminuir o eliminar la sintomatología de las alteraciones, tanto físicas como psicológicas en los participantes en la terapia de grupo.
- Disminuir o eliminar mecanismos activadores de conducta de los trastornos afectivos en los participantes del programa de psicoterapia.
- Explicar los mecanismos psicofisiológicos que generan las respuestas de ansiedad en los participantes.
- Modificar o cambiar las distorsiones cognitivas que perturban las emociones, los sentimientos y pensamientos de los participantes, mediante su análisis adecuado y racional.

Descripción de la propuesta

El programa que se propone está basado en las terapias cognitivo conductuales. Esta modalidad de trabajo, dentro de la psicología clínica apunta hacia una terapia cognitiva conductual en donde se enfatiza la funcionabilidad y la flexibilidad en la adaptación de los beneficiarios al programa. La diferencia de la terapia de conducta tradicional se marca por sus dinámicas y modalidades de intervención (Barraca, 2009).

Metodología de trabajo

Para aplicar el presente programa se trabajaran técnicas que faciliten la reorganización de patrones mentales que puedan ejecutarse mediante ejercicios conductuales. Al igual que una terapia cognitiva conductual, la intervención se sustenta en una estructura básica como son la retroalimentación de las tareas que son ejecutadas en casa durante el transcurso de tiempo entre la sesión terapéutica. La información contenida en los objetivos terapéuticos que se pretenden lograr mediante la sesiones deben ser significativos y relevantes para el participante, en cuanto a la información que explique, cómo es que se genera el reforzamiento o extinción de las conductas de evitación y las estrategias de afrontamiento que se enseñarán. Las tareas serán jerarquizadas siguiendo las necesidades grupales; las metas deberán plantearse en situaciones concretas y deberán ser reforzadas tanto por el terapeuta como por el grupo que participa.

El programa de intervención tendrá dos momentos importantes; una primera fase será de exploración sobre intensidad, frecuencia y duración de los síntomas de depresión, ansiedad y somatización. Para ello, se utilizarán diferentes técnicas como entrevistas clínicas individuales no estructuradas, escalas o inventarios de ansiedad y de depresión. Se trabajará con técnicas para desmontaje de ideas irracionales, paradas de pensamiento, técnicas de relajación, autoregistros y autoinformes.

Procedimiento y estructura general

El programa ha sido diseñado para implementarse en un período que podría oscilar entre tres a seis meses. Con una sesión terapéutica semanal, con una duración entre hora y media a dos horas. En cada grupo de terapia habrá un máximo de quince participantes, será dirigido por un profesional de la psicología o estudiantes-terapeutas con una adecuada capacitación en la aplicación de las técnicas. Se deberá contar con la supervisión y apoyo de especialistas en el área clínica. En el caso de que los terapeutas sean estudiantes, el equipo de docentes y terapeutas deberán dar seguimiento al trabajo de los estudiantes. Es pertinente señalar que tras la evaluación de entrada, se podrán clasificar a los participantes según la gravedad de sus alteraciones, y desde ahí planificar el tiempo de duración del programa para cada grupo de participantes.

Beneficiarios o participantes

De acuerdo con los análisis de resultados del presente estudio, existen algunos segmentos poblacionales en lo que los problemas de salud mental son más evidentes y marcados. Entre estos se tienen: en mujeres amas de casa o desempleadas; en personas con bajo nivel educativo: analfabetas, educación básica, bajos ingresos económicos (-\$400), en población rurales, en mayores de 40 años, los que no trabajan, en padres que tienen más de cuatro hijos (ver resultados y discusión). Los grupos de personas señaladas son las más afectadas, según los análisis estadísticos, a quienes se debe priorizar la atención en salud mental. Lo anterior no significa que los segmentos de personas no señalados en este programa no tengan problemas de alteraciones mentales. Sin embargo, su prevalencia es menor a los grupos antes mencionados.

Presupuesto.

El presupuesto para la implementación del presente programa de intervención de psicoterapia de grupo dependerá de múltiples factores. Entre estos se señalan algunos: número de grupos de terapia, número de participante en cada grupo, lugares de ejecución del programa, distancias o municipios donde se ejecutará el programa, equipo o material utilizado, número de terapeutas, instalaciones donde se desarrollará la terapia, si habrá refrigerio para los participantes, si será implementado por profesionales o estudiantes-terapeutas y la duración del programa de intervención.

Apéndice

1. Guía de generalización, auto observación y termómetro de la ansiedad
2. Guía de evaluación de la ira
3. Guía de suspensión temporal
4. Cuestionario de evaluación línea base de ansiedad
5. Inventario de respuestas de estrés.
6. Sesión de ideas irracionales, desmontaje de ideas irracionales, parada de pensamiento

6.8. Programa de intervención

NUCLEOS O PUNTOS PROBLEMAÁTICOS	TÉCNICAS PSICOTERAPÉUTICAS	BREVE DESCRIPCION DE LAS TÉCNICAS	ACTIVIDADES DEL TERAPEUTA	ACTIVIDADES DEL PACIENTE/ PARTICIPANTE
Depresión	Respiración diafragmática	La técnica consiste en preparar fisiológicamente a la persona oxigenando su cuerpo, esto dispone al organismo a poder buscar el equilibrio mental y corporal para poder relajarse.	El terapeuta da las indicaciones sobre la posición del cuerpo. Modela la inspiración y la expiración pulmonar.	El participante imita el modelado, repite el ejercicio durante toda la semana.
	Relajación con imaginación racional emotiva	La técnica consiste en que el paciente imagina una situación desagradable y luego la cambia por otra más racional y emotiva.	El terapeuta indica los pasos	El paciente realiza las dos imaginaciones mientras escucha al terapeuta. Debe ejercitarse durante toda la semana.
	Desmontaje de ideas irracionales	La técnica consiste en comprender cómo la respuesta cognitiva influye en otros niveles de comportamiento. Esta técnica permite el enfrentamiento al estrés y los estados emocionales que lo acompañan. Se trabajan las observaciones, juicios y opiniones	El terapeuta trabaja en primera instancia. La terapia racional emotiva, presentando ejemplos de situaciones que por sí solas no son las causantes del estado de ánimo alterado. Luego aclara con el paciente cómo algunos pensamientos son exagerados. Explica sobre características y tipos de	El participante genera ideas o pensamientos irracionales. Los desmonta y luego los registra. Repite el ejercicio durante la semana.

			<p>ideas irracionales. Se le pide al paciente que registre dos situaciones en las cuales tengan pensamientos irracionales.</p> <p>Ψ Situación Ψ Pensamiento irracional Ψ Sentimiento</p> <p>Continúa con desmontaje siguiendo los pasos: Señal, Parar, Detectar el pensamiento irracional, Discutir el pensamiento.</p> <p>El terapeuta seguidamente pide una tormenta de ideas y desmonta siguiendo la experiencia de algunos de los propuestos por los participantes. Luego presenta un cuadro de registro:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Situación • Pensamiento irracional • Sentimiento • Nuevo pensamiento 	
		La técnica consiste en explicar si los pensamientos pueden		Los participantes imitan el modelado y registran

	Parada de pensamiento	pararse, sobre todo cuando surgen pensamientos automáticos repetitivos que son acompañados de un estado emocional alterado. La técnica consiste en introducir una cuña que los detenga, esta puede ser una frase, una actividad, un pensamiento.	Los terapeutas hacen un modelo El terapeuta elige una palabra o una acción cuña. Esta palabra cuña deben expresarla en voz alta y luego realizar una actividad distractora.	en casa situaciones ante las cuales tengan pensamientos repetitivos. El ejercicio tienen que repetirlo muchas veces durante la semana.
Ansiedad	Generalización	La técnica consiste en comprender el concepto de generalización y la respuesta de ansiedad como comportamiento generalizable.	Se introducen unas láminas que facilitan explicar el proceso. La estrategia que se utiliza es explicar lo que ocurre en nuestro cuerpo cuando respondemos ante diferentes situaciones. Luego el terapeuta presenta tarjetas con ejemplos de los aspectos negativos y positivos de la generalización	El participante dialoga y discrimina sobre las observaciones, juicios y opiniones que utilizamos para generalizar.
	Auto observación	La técnica permite explicar sobre las respuestas de ansiedad. Le indica al paciente que registre su intensidad y duración de las respuestas.	El terapeuta le presenta al paciente un cuadro donde anotará: Situaciones que desencadenan respuestas de estrés. Qué pensó, qué sintió, qué hizo Si sirvió para resolver el	El paciente ensaya con ejemplos y luego se lleva casa el cuadro, en el registrará todos los acontecimientos que le causan estrés durante la semana.

			problema.	
	Termómetro de la ansiedad	La estrategia consiste en explicar cómo trabaja un termómetro y la ansiedad, y los beneficios de poder identificar el grado de activación del estrés.	El terapeuta elabora un recorte de termómetro o dibuja un termómetro con valoraciones del 1 al 10. Solicita a la persona que piense en un evento que le causa ansiedad y otro que la haya relajado. Se le pide que valore en el termómetro el grado de activación de ansiedad.	El paciente realiza el ejercicio durante la sesión, luego se lleva a casa el termómetro, registra en una hoja de registros: <ul style="list-style-type: none"> Ψ Situación que le causa tensión. Ψ qué pensó, Ψ qué sintió, Ψ qué hizo. Ψ El grado de activación.
Somatizaciones	Entrenamiento en relajación muscular con tensión	La técnica consiste en ejercitar la tensión por grupos de músculos, y luego pedirles que se imaginen una escena relajante para ellos, concentrándose en las sensaciones de relajación que provienen de todos sus músculos.	El terapeuta indica la tensión, y luego el momento de la imaginación para relajar.	El participante ejercita el ejercicio de relajación durante la sesión y se programa para la semana.
Disfunciones sociales	Evaluación de la ira	La técnica consiste en que el participante aprenda a autoobservarse, identificando cada área identificada utilizando los ejercicios recomendados. La técnica permite identificar	El terapeuta presenta una hoja de evaluación de la ira, en la cual el participante autorregistrará la frecuencia y la duración del enojo o frustración.	El participante ensaya el ejercicio durante la sesión y luego practicará durante la semana, calificando de 1 a 9 la intensidad y las

		los juicios validos y justos.		dificultades que le ocasiona la ira.
	Suspensión temporal	La técnica consiste en aislarse inmediatamente de la situación que excita la ira.	El terapeuta explica la importancia del significado de la suspensión. Indica la elección productiva de “yo quiero”. Da las indicaciones de cómo trabajarse en casa.	El participante practicará el ejercicio en casa durante la semana.

12. BIBLIOGRAFÍA.

- American Psychiatric Association (1968). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-II) (2nd ed.) Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and stastical manual of mental disorders (DSM-IV) (4th. ed.). Washington, DC: Author
- American Psychiatric Association (2002). Diagnostic and stastical manual of mental disorders (DSM-IV, TR) (4th. ed.). Washington, DC: Author.
- Andrade, L., Walters, E., Gentil, V., Laurenti, R. (2002). Prevalence of ICD-10 mental disorders in catchment area in the city of São Paulo, Brazil. *Soc Psychiatry Epidemiol*, 37, 316–25.
- Ansorena, A., Cobo, J., y Romero, I. (1983). El constructo de ansiedad en psicología. *Estudios de Psicología*, 16, 31-45.
- Ayuso, J.L. (1988). *Trastornos de angustia*. Barcelona: Ediciones Martinez Roca.
- Beekman, A.T., De Beurs, E. y Van Balkom, A.J. (2000). Anxiety and depression in the later lifeco-ocurrence and communality of risk factors. *Am J Psychiatry*, 157, 89-95
- Bermúdez, J. y Luna, M.D. (1980). Ansiedad. In Fernández, F.J., Trespalacios (Ed.), *Psicología general II* (pp. 195-213). Madrid: UNED.
- Bebbington, P.E. (1998). Sex and depression. *Psychological Medicine*, 28, 1-8.
- Blazer, D.G. (2003). Depression in Late Life: Review and Commentary. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 58, 249-65
- Blazer, D.G; Kessler, R.C., McGonnagle, K.A. y Swartz, M.S. (1994). The prevalence and distribution of major depression in national community sample: The National Comorbidity Survey. *Am J Psychiatry*, 151, 979–86
- Borkevek, T.D., Weerts, T.C. y Berstein, D.A. (1977). Assesment of anxiety. In A.R. Ciminero, K. S. Calhon y H. E. Adams (Eds.). *Handbook of Behavioral Assesment* (pp. 353-403). New York: John Wiley
- Bulbena, A. (1986). Psicopatología de la psicomotricidad. In J. Vallejo (Ed.). *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría* (pp. 236- 255). Barcelona: Salvat.
- Catell, R.B. (1973). Personality and mood by questionnaire. San Francisco: Jossey-Brass.
- Cortés-Delgado, I. (2008). El cuerpo como espejo de la somatización. Curso soy yo. Curso 2007-2008. Recuperado en

<http://www.atmansyc.com/descargas/454106-la%20somatización.pdf>

- Caballero-Martínez L. (1999). Trastorno mixto ansioso-depresivo. En *Trastornos del humor*. Editado por la Sociedad Española de Psiquiatría y Sociedad Española de Psiquiatría Biológica. (Coord). Roca-Bennasar, M. Editorial Médica Panamericana.
- Casado, M.I. (1994). Ansiedad, stress y trastornos psicofisiológicos. Tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid, Madrid.
- Campbell, S.B. (1986). Developmental issues in childhood anxiety. En I. R. Gittelman, *Anxiety disorders of childhood* (pp. 24-57). New York: Guilford Press
- Caraveo-Anduaga, J., Colmenares, E. y Saldivar, G. (1999). Estudio clínico-epidemiológico de los trastornos depresivos. *Salud mental*, 22, 7-17.
- Cyranowski, J.M., Frank, E., Young, E. y Shear, M.K. (2000). Adolescent onset of the gender difference in lifetime rates of major depression. A theoretical model. *Archives of General Psychiatry*, 57, 21-27.
- Cronkite R. y Moos, R. (1984). The role of predisposing and moderating factors in the stress-illness relationship. *J Health Soc Behav*, 25, 372-93.
- Department of Health and Human Services. Mental health (1999). A report of the Surgeon General. Rockville (Maryland): National Institute of Mental Health. Recuperado en <http://www.surgeongeneral.gov/library/mentalhealth>.
- Denton, M. y Walters, W. (1999). Gender differences in structural and behavioral determinants of health: An analysis of the social production of health. *Social Science & Medicine*, 48, 1221-1235.
- Dowd, D.T. (2004). Depression: Theory, assessment, and new directions in practice. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4, 413-423.
- Endler, N.S. y Okada, M. (1975). A multidimensional measure of trait anxiety: The S-R inventory of general trait anxiousness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43, 319-129.
- Eysenck, H.J. (1967). *The biological basis of personality*. Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- Eysenck, H.J. (1975). Anxiety and the natural history of neurosis. In C. D. Spielberger (Ed.), *Stress and anxiety* (pp. 51-94). Washington, DC: Hemisphere
- Fernández, R. y Fernández, C. (1998). Actitudes hipocondríacas, síntomas somáticos y afecto negativo. *Psicothema*, 10, 259-70.

- Garry, M. y Pear, J. (2005). *Modificación de conducta. Qué es y cómo aplicarla*, 5ª. Edición, España.
- González, M.T. y Landero, R. (2006). Síntomas psicósomáticos y teoría transaccional del estrés. *Ansiedad Estrés*, 12, 45-61.
- González, M.T. y Landero, R. (2006). Síntomas psicósomáticos y estrés en estudiantes de Psicología. *Rev Psicol Soc*. 21, 141-52
- González, M.T y Landero, R. (2008). Confirmación de un modelo explicativo del estrés y de los síntomas psicósomáticos mediante ecuaciones estructurales. *Rev Panam Salud Pública*. 23, 7-18.
- Gómez-Restrepo, C. y Rodríguez, M.N. (1997). Factores de riesgo asociados al síndrome depresivo en la población colombiana. *Rev Col Psiquiatría*, 26, 23-35.
- Gómez-Restrepo, C., Bohórquez, A., Pinto, D., Gil-Laverde, J., Sepúlveda, M.R. y Díaz-Granados, N. (2004). Prevalencia de depresión y factores asociados con ella en la población colombiana. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 16, 378-386.
- Gómez-Restrepo, C., Ospina, M.B. y Diaz-Granados, N. (2002). Carga de la enfermedad mental en el mundo: un esbozo de la relevancia de los trastornos psiquiátricos. En: Gómez-Restrepo, C., Hernández-Bayona, G., Rojas-Urrea, A., Santacruz-Oleas, H. y Uribe-Restrepo, M. (Eds.) *Fundamentos de psiquiatría clínica: niños, adolescentes y adultos*. Colección Biblioteca del Profesional. Bogotá: Centro Editorial Javeriano.
- Goldberg, D.P. y Blackwell, B. (1970). Psychiatric illness in general practice. A detailed study using new method of case identification. *British Medical Journal*, 2, 439-443
- Gray, J.A. (1982). *The neuropsychology of anxiety: An enquiry of the septo-hippocampal system*. Oxford: Oxford University Press
- Gutiérrez, J.R. (2004). Prevalencia de síntomas de alteraciones mentales de la población de El Salvador. Diagnóstico de salud mental, Vicerrectoría de investigación y Proyección Social, Universidad Tecnológica de El Salvador (Tomo II) pp 3-111. Editorial: Tecnoimpresos, San Salvador, El Salvador.
- Gutiérrez, J.R. (2009a) La salud mental, una deuda histórica en El Salvador, *La Palabra Universitaria*, Universidad Tecnológica de El Salvador, San Salvador.
- Gutiérrez, J.R. (2009b). Servicios de salud pública en San Salvador. Diseño de instrumento de medición. En *Recopilación Investigativa 2009*, (Eds.). Universidad Tecnológica de El Salvador. Editorial: Tecnoimpresos, (Tomo II), pp 01-60.

- Gureje, O., Simon, G., Ustun, T. y Goldberg, D. (1997). Somatization in cross-cultural perspective: A World Health Organization study in Primary Care. *Am J Psychiatry*, 154, 989–95.
- Grupo Hospital Mental de Antioquia (1988). Servicio de Farmacodependencia. *Manual de aplicación, calificación e interpretación*. segundo taller sobre aplicación de instrumentos clínicos investigativos en la adicción. Medellín, Colombia: Hospital Mental de Antioquia.
- Hendiré, W. (1985). *Técnicas para el control del comportamiento agresivo*. Ediciones Martínez Roca, España.
- Holloway, K.L. y Zerbe, K.J. (2000). Simplified approach to somatization disorder: when less may prove to be more. *Postgrad Med*. 108, 89-95.
- Jaspers, K. (1993). *Psicopatología general*. México: F.C.E.
- Kawachi, I., Kennedy, B.P., Gupta, V. y Prothrow-Stith, D. (1999). Women's status and the health of women and men: A view from the states. *Social Science & Medicine*, 48, 21-32.
- Kessler, R., Berglund, P., Delmenr, O., Jin, R., Koretz, D., Merikangas, K. *et al.* (2003). The epidemiology of major depressive disorder. Results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA*, 289,3095-105.
- Kessler, R.C., McGonagle, K.A., Swartz, M., Blazer, D. G. y Nelson, C. B. (1993). Sex and depression in the National Comorbidity Survey. (I NCS-R).
- Kessler, R.C., McGonagle, K.A., Zhao, S., Nelson, C.B., Hughes, M., Escleman, S. *et al.* (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*, 51,8-19.
- Kirmayer, L., Groleau, D., Looper, K. y Dominicé, M. (2004). Explaining medically unexplained symptoms. *Can J Psychiatry*,49, 663-71.
- Kratz, G.F., Silva de Lima, M., Frank, T.B. y Curi, H. P. (2004). Sintomas depressivos e fatores associados em população idosa no Sul do Brasil. *Ver Saude Publica*, 38, 365-71.
- Kooiman, C., Bolk, J., Brand, R; Trijsburg, R. y Rooijmans, H. (2000). Is alexithymia a risk factor for unexplained physical symptoms in general medical outpatients. *Psychosom Med*; 62, 768-78.
- Lazarus, R.S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. New York: McGraw-Hill.

- Lehtinen, V. y Joukamaa, M. (1994). Epidemiology of depression: Prevalence, risk factors and treatment situation. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *supl. 337*, 7-10
- Lieb, R., Zimmermann, P., Friss, R., Hofler, M., Tholen, S. y Wittchen, H. (2002). The natural course of DSM-IV. Somatoform disorders and syndromes among adolescents and young adults: a prospective-longitudinal community study. *Eur Psychiatry*, *17*, 321-31.
- Lipsane, T., Saarijävi, S. y Lauerma, H. (2004). Exploring the Relations between Depression, Somatization, Dissociation and Alexithymia-Overlapping or Independent Constructs? *Psychopathol*, *37*.
- Lipowski, Z. (1988). Somatization: the concept and its clinical approach to the somatizing patient. *Am J Psychiatry*, *145*, 1358-68.
- López-Ibor, J.J. (1969). *La angustia vital*. Madrid: Paz Montalvo.
- López, J. y Belloch, A. (2002). La somatización como síntoma y como síndrome: una revisión del trastorno de somatización. *Rev Psicopatol. Psicol. Cli.*, *7*, 73-93.
- Marks, I. (1986). *Tratamiento de neurosis*. Barcelona: Martínez Roca
- Matud, M. y Bethencourt, J. (2000). Ansiedad, depresión y síntomas psicósomáticos en una muestra de amas de casa. *Rev Latinoam Psicol.* *32*, 91-106.
- Matud, M.P., Guerrero, K. y Matías, R.G. (2006). Relevancia de las variables sociodemográficas en las diferencias de género en depresión. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, *6*, 7-21
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS). (2003). Estadísticas nacionales de atención primaria en salud. San Salvador, El Salvador.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS). (2005). Programa nacional de garantía de la calidad de los servicios de salud en El Salvador. San Salvador, El Salvador.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS). (2010). Estadísticas nacionales de atención primaria en salud, *Suicidios e intentos de suicidio*. San Salvador, El Salvador.
- Miguel-Tobal, J.J. (1985). Evaluación de respuestas cognitivas, fisiológicas y motoras de ansiedad: elaboración de un instrumento de medida (ISRA). Tesis doctoral, Madrid: Ed. Ucm.
- Miguel-Tobal, J.J. (1990). La ansiedad. In J. L. Pinillos y J. Mayor (Eds.), *Tratado de psicología general: Motivación y emoción* (pp. 309-344). Madrid: Alambra.

- Miguel-Tobal, J.J. (1996). *La ansiedad*. Madrid: Santillana.
- Montero, I., y León, O.G. (2007). A guide for naming research studies in Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7, 847-862.
- Mowrer, A. (1939). A stimulus-response analysis of anxiety and its role as a reinforcing agent. *Psychological Review*, 46, 553-565.
- Murray, C.J.L. y López, A.D. (1996) (Eds.). *The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Natvig, G., Albrektsen, G. y Aderssen, N. (1999). Qvarnstrom U. School-related stress and psychosomatic symptoms among school adolescents. *J Sch Health*, 69, 362-8.
- Nolen-Hoeksema, S. (1990). *Sex differences in depression*. Stanford: Stanford University Press.
- Nolen-Hoeksema, S. y Girgus, J.S. (1994). The emergence of gender differences in depression during adolescence. *Psychological Bulletin*, 115, 424-443
- Nolen-Hoeksema, S. y Girgus, J. S. (1994). The emergence of gender differences in depression during adolescence. *Psychological Bulletin*, 115, 424-443
- Orejudo, S. y Froján, M. (2005). Síntomas somáticos: predicción diferencial a través de variables psicológicas, sociodemográficas, estilos de vida y enfermedades. *An Psicol.* 21, 276-85.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2001). *Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. En informe sobre la salud en el mundo, 2001: Ginebra. Recuperado en <http://www.who.int/whr/2001/es/>.
- Patel, V., Araya, R., De Lima, M., Ludermit, A. y Tood, C. (1999). Women, poverty and common mental disorders in four restructuring societies. *Soc Sci Med*. 49,1461-71.
- Programa de Intervención en ansiedad (1995). Comunidad de Madrid, Plan Regional sobre drogas.
- Rodríguez, C. y Puerta, G. (1997). Prevalencia de síntomas de depresión y ansiedad en los pacientes de consulta no-psiquiátrica. Hospital Samper Mendoza, octubre-noviembre de 1995. *Rev Col Psiquiatría*. 26, 273-88.
- Regier, D.A., Boyd, J.H., Burke, J.D., Rae, D.S., Myers, J.K., Kramer, M., Robins, L.N., George, L.K., Karno, M. y Locke, B.Z. (1998). One-month prevalence of

- mental disorders in the United States. *Archives of General Psychiatry*, 45, 977-986.
- Regier, D.A., Farmer, M.E., Rae, D.S., Myers, J.K., Kramer, M., Robins, L.N. *et al.* (1993). One month prevalence of mental disorders in the United States and sociodemographic characteristics: the Epidemiologic Catchment Area study. *Acta Psychiatr Scand.* 88, 35-47.
- Reiger, D.A. y Kaelber, C.T. (1995). The Epidemiologic Catchment Area (ECA) program: studying the prevalence and incidence of psychopathology. En Tsuang, M.T; Tohen, M; Zahner, G.E.P. (Eds.) *Textbook in psychiatric epidemiology* (pp. 135-55). New York: Wiley.
- Sandín, B. (1990). Factores de predisposición en los trastornos de ansiedad. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 43, 343-351.
- Sandín, B. y Chorot, P. (1995). Concepto y categorización de los trastornos de ansiedad. In A.B. Belloch; B. Sandín, y F. Ramos (Eds.). *Manual de psicopatología* (pp. 53-80). Madrid: McGraw-Hill.
- Sandín, B., Chorot, P., Santed, M. y Jiménez, M. (1995). Trastornos psicósomáticos. In Belloch, A; Sandín, B. y Ramos, F. (Eds.) *Manual de psicopatología* (pp. 402-69.). Madrid: McGraw-Hill.
- Sarraceno, B. y Barbui, C. (1997). Poverty and mental illness. *Can J Psychiatry*, 42, 285-90.
- Santed, M., Sandín, B., Chorot, P., Olmedo, M. y García-Campayo J. (2003). The role of negative and positive affectivity on perceived stresssubjective health relationships. *Acta Neuropsychiatr*, 15, 199-216.
- Sierra, J.C., Ortega, V. y Zubeidat, I. (2003) Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos por diferenciar, *Revista Malestar e subjetividade i Fortaleza*, 3, pp. 10-59.
- Suárez-Richards, M. (1995). *Introducción a la psiquiatría*. Buenos Aires, Argentina: Salerno.
- Sue, D. (1996). *Comportamiento anormal*. México, D.F: McGraw-Hill.
- Sweeting, H. y West, P. (2003). Sex differences in health at ages 11, 13 and 15. *Social Science and Medicine*, 56, 31-39.
- The WHO World Mental Health Survey Consortium (2004). Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization, World Mental Health Surveys. *JAMA*. 291, 2581-90.
- Thyer, B.A. (1987). *Treating anxiety disorders: A guide for human service professionals*. London: Sage Publications.

- Trastornos mentales y del comportamiento. CIE-10. (1994). Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades.
- Valdés, M. y Flores, T. (1990). *Psicobiología del estrés* (2ª Ed.). Barcelona: Martínez Roca.
- Valles-Fernández, J. (2002) Depresión con Ansiedad. Salud Mental, atención primaria, *Salud Global*, 3,1-8.
- Vicente, B., Rioseco, P., Valdivia, S., Kohn, R. y Torres, S. (2002). Estudio chileno de prevalencia de patología psiquiátrica (DSM-III-R/CIDI) (ECP). *Rev Med Chile*, 130, 527-36.
- Weissman, M.M. y Klerman, G.K. (1977). Sex differences and the epidemiology of Depression. *Archives of General Psychiatry*, 34, 98-111.

13. Apéndice

Indicaciones. El presente estudio tiene como propósito evaluar el estado de salud de la población salvadoreña. Para ello estamos solicitando su colaboración, respondiendo cada una de las preguntas que se le hacen. Se pide que responda una sola vez en cada pregunta, colocando una equis (X) en la casilla del número que aparece a la derecha de cada pregunta, según la escala de medida que esta arriba de los ítems. Por favor, responda de acuerdo con su situación personal. La información facilitada será tratada confidencialmente y será de mucha ayuda para explicar y tratar estos problemas.

A. DATOS GENERALES

1. Departamento de residencia:

2. Edad : Años

3. Género: 1. Femeni 2. Mas no

4. Lugar de residência: 1. Urb 2. ral

5. Escolaridad:

1. Educación Básica 2. Educa h media 3. cación su or

4. Otra

6. Estado Familiar:

1. Casado/a 2. Acompañado/a 3. Soltero/a 4. Divorciado/a

5. Viudo

7. ¿Trabaja? 1. S 2. p

8. ¿Que actividad laboral desarroll

9. Número de hijos:

10. Ingresos económicos familiares por mes:

1. De \$100.00 a \$199.00 2. De \$200.00 a \$399 3. De \$400.00

a \$599.00 4. 600.00 a \$799.00 5. De \$800.00 a \$999.00

6. De \$1.000.00 o Más

B. SALUD GENERAL

No	ULTIMAMENTE	1	2	3	4
1	¿Se ha sentido perfectamente bien de salud y en plena forma?	Mejor que lo habitual	Igual que lo habitual	Peor que lo habitual	Mucho peor que lo habitual
2	¿Ha tenido la sensación de que necesitaba un reconstituyente?	No, en lo absoluto	No más que lo habitual	Algo más que lo habitual	Mucho peor que lo habitual
3	¿Se ha sentido agotado/a y sin fuerza para nada?	No, en lo absoluto	No más que lo habitual	Algo más que lo habitual	Mucho peor que lo habitual

				habitual	habitual
4	¿Ha tenido la sensación de que estaba enfermo/a?	No, en lo absoluto	No más que lo habitual	Algo más que lo habitual	Mucho peor que lo habitual
5	¿Ha padecido dolores de cabeza?	No, en lo absoluto	No más que lo habitual	Algo más que lo habitual	Mucho peor que lo habitual
6	¿Ha tendido la sensación de presión en la cabeza o como que le va estallar?	No, en lo absoluto	No más que lo habitual	Algo más que lo habitual	Mucho peor que lo habitual
7	¿Ha tenido oleadas de calor o escalofríos?	No, en lo absoluto	No más que lo habitual	Algo más que lo habitual	Mucho peor que lo habitual
8	¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?	No, en lo absoluto	No más que lo habitual	Algo más que lo habitual	Mucho peor que lo habitual
9	¿Ha tenido dificultades para dormir sin interrupción toda la noche?	No, en lo absoluto	No más que lo habitual	Algo más que lo habitual	Mucho peor que lo habitual
10	¿Ha podido mantenerse ocupado/a y activo/a?	Más activo que lo habitual	Igual que lo habitual	Algo menos que lo habitual	Mucho menos que lo habitual
11	¿Le cuesta más tiempo hacer las cosas?	Menos tiempo que lo habitual	Igual que los habitual	Mas tiempo que lo habitual	Mucho menos tiempo que lo habitual
12	¿Ha tenido la impresión, en conjunto, de que está haciendo las cosas bien?	Mejor que lo habitual	Aproximadamente lo mismo	Peor que lo habitual	Mucho peor que lo habitual
13	¿Se ha sentido satisfecho/a con su manera de hacer las cosas?	Mas satisfecho	Aproximadamente lo mismo	Menos satisfecho que lo habitual	Mucho menos satisfecho
14	¿Ha sentido que está jugando un papel valioso en su vida?	Más útil que lo habitual	Igual que lo habitual	Menos útil que lo habitual	Muchos menos útil que lo habitual
15	¿Se ha sentido incapaz de tomar decisiones?	Mas que lo habitual	Igual que lo habitual	Menos que lo habitual	Mucho menos capaz que lo habitual
16	¿Se ha sentido constantemente agobiado/a o tenso/a?	No, en absoluto	No más que lo habitual	Algo más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
17	¿Ha sido capaz de disfrutar sus actividades normales de cada día?	Mas que lo habitual	Igual que lo habitual	Algo menos que lo habitual	Mucho más que lo habitual
18	¿Se ha sentido con los nervios a flor de piel y mahumorado/a?	No, en absoluto	No más que lo habitual	Algo más que lo habitual	Mucho más que lo habitual

19	¿Se ha asustado o ha tenido pánico sin motivo?	No, en absoluto	No más que lo habitual	Algo más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
20	¿Ha tenido la sensación de que todo se le viene encima?	No, en absoluto	No más que lo habitual	Algo más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
21	¿Ha pensado que usted es una persona que no sirve para nada?	No, en absoluto	No más que lo habitual	Algo más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
22	¿Ha estado viviendo la vida totalmente sin esperanza?	No, en absoluto	No más que lo habitual	Algo más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
23	¿Se ha sentido nervioso/a y “a punto de explotar”?	No, en absoluto	No más que lo habitual	Algo más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
24	¿Ha tenido la sensación de que la vida no merece la pena vivirse?	No, en absoluto	No más que lo habitual	Algo más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
25	¿Ha pensado en la posibilidad de quitarse la vida?	Claramente, no	Me parece que no	Se me ha cruzado por la mente	Claramente lo he pensado
26	¿Ha notado que a veces no puede hacer nada, porque tiene los nervios alterados?	No, en absoluto	No más que lo habitual	Algo más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
27	¿Ha pensado que desea estar muerto/a y lejos de todo?	No, en absoluto	No más que lo habitual	Algo más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
28	¿Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repetidamente a la cabeza?	Claramente, no	Me parece que no	Se me ha cruzado por la mente	Claramente lo he pensado