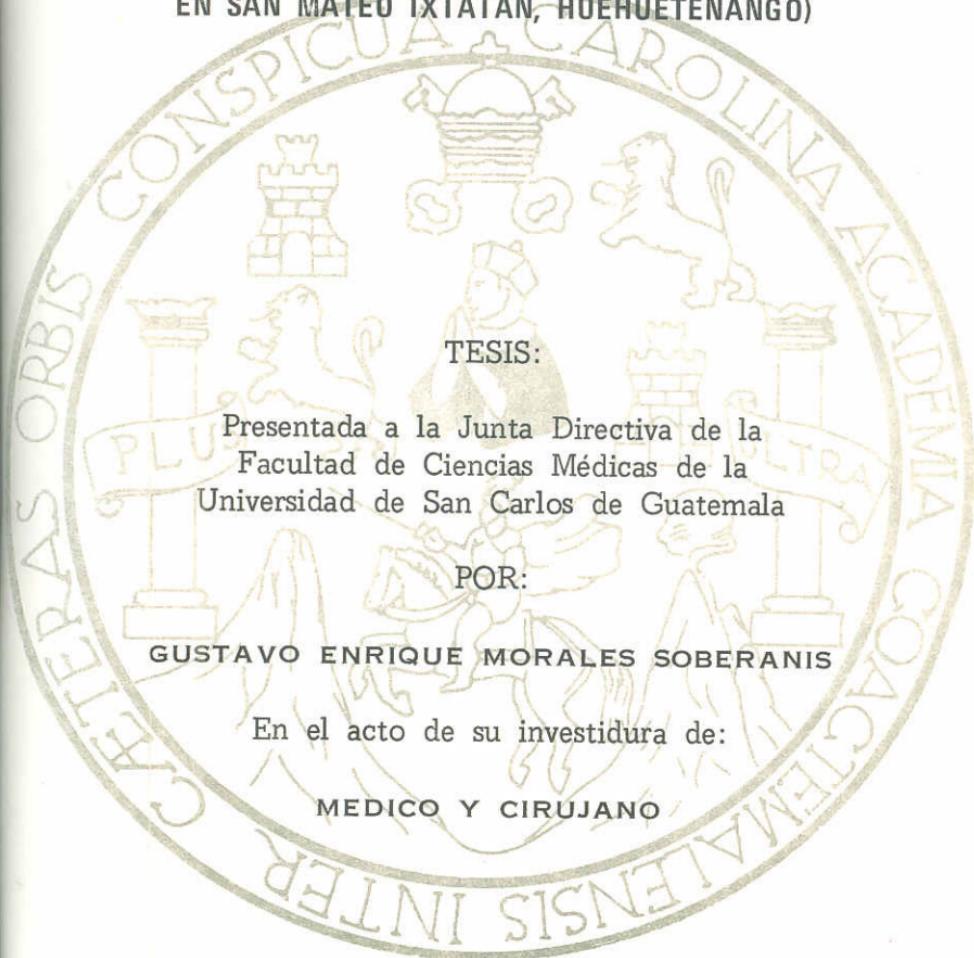


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

"DETECCION DE NEUROSIS EN UNA COMUNIDAD INDIGENA"
(ESTUDIO INICIAL DE DEPRESION Y ANSIEDAD
EN SAN MATEO IXTATAN, HUEHUETENANGO)



GUATEMALA, ABRIL DE 1979

ÍNDICE

- I. INTRODUCCION
 - ANTECEDENTES
 - HIPOTESIS
 - ACTIVIDADES
- II. OBJETIVOS
- III. MATERIAL Y METODOS
- IV. ANEXOS
- V. DESCRIPCION DEL AREA
 - CARACTERISTICAS DE LA POBLACION
 - RECURSOS NATURALES DEL MUNICIPIO
- VI. PRESENTACION DE DATOS
- VII. INTERPRETACION Y ANALISIS DE VARIABLES
- VIII. DISCUSION Y COMENTARIOS
- IX. CONCLUSIONES
- X. RECOMENDACIONES
- XI. DEFINICION DE TERMINOS
- XII. BIBLIOGRAFIA

I. INTRODUCCION

La forma como viven y se relacionan los individuos con su ambiente en los municipios del país afecta su salud no solo física sino psíquica. Esto agrega un problema más a las situaciones de salud y enfermedad de la población, por cuanto significa tener que hacer algo que usualmente no se hace y que siempre debería hacerse (en cualquier grupo de personas), como es tomar en cuenta las diferencias en costumbres y cultura entre la población indígena y la ladina, y reconocer que ésta pretende determinar a la primera. Parece existir muy poca o ninguna referencia o investigación al respecto, en Guatemala.

A la marginación económica y social que desde hace siglos ha sido la condición de vida de nuestros campesinos, generalmente indígenas, viene a sumarse una marginación conceptual en lo que respecta a su salud y a la pérdida de ella, que los sitúa a mayor distancia de las clases urbanas más culturizadas, y los induce a aumentar el aislamiento cuando se pretende clasificar y estudiarlos con los mismos parámetros que se emplean en su misma clasificación. Esta situación ha inducido al indígena a adoptar una posición de resistencia pasivo-agresiva, es decir, un estado de aparente conformismo y sumisión, que se manifiesta con el rechazo a la "neocultura" sus representantes o instituciones, evidenciado por su actuación, por ejemplo, negación para hablar español a pesar de conocerlo, realización de trabajos u oficios en forma mediocre que hace que se piense: "los indios son inútiles y sucios", etc.; ésto como dice Lange, es una indicación de depresión. Sin embargo, la clase urbana que pretende controlar su existencia a través de servicios técnicos como el servicio médico, no lo ve así y al no comprender que la depresión y ansiedad, usualmente difíciles de detectar, podría tener en el indígena expresiones distintas a las clásicas, simplemente niega la existencia de esas condiciones y atribuye los síntomas que se observan a razones que le son propicias, como resistencia, falta de colaboración.

Las peculiaridades de las manifestaciones depresivas y ansiosas en los indígenas que tuve la oportunidad de observar, fueron la motivación para la preparación de este trabajo. Por ejemplo, me dí cuenta de cómo la resistencia pasivo-agresiva del indígena aumenta cuando se imponen cosas como el control de la fatalidad y que con ello se acentúan las manifestaciones equivalentes de ansiedad y depresión que usualmente se interpretan como ignorancia, cuando en realidad podría significar educir su familia a un núcleo pequeño (¿exterminio?) y con ello disminuir las posibilidades de expresión de sus estados emocionales, como lo demuestran estudios hechos por Steinbrook y Lambo, en Nigeria, en los cuales encontraron que "las familias pequeñas, encerradas en un núcleo pequeño, tienen menos posibilidades de diluir su problemática emocional, en comparación con la relación múltiple que proporciona una familia abierta y extendida".

Consideraciones como éstas me hicieron pensar que la existencia de ansiedad y depresión en nuestras comunidades rurales, especialmente en la comunidad de San Mateo Ixtatán, no podía determinarse con exactitud si no se tomaba en cuenta la diversidad de factores, no solo de comunicación, determinadas por la subcultura. Por lo tanto, pienso que es inexacto asegurar que los problemas de tipo neurótico no existen o existen en grado mínimo en las comunidades rurales, ya que lo que ocurre es que no se ha prestado atención a sus manifestaciones peculiares.

Siguiendo este pensamiento se escogieron las escalas de Ansiedad y Depresión de Zung, instrumentos propios de cultura occidental, a sabiendas que se podrían encontrar problemas derivados de la diferencia cultural. El proceso y los resultados de la investigación comprobaron este extremo, pero no tal y como se había sospechado al principio. Pude comprobar que las preguntas tal y como están redactadas no obtienen las respuestas esperadas si no se hace una adaptación lingüística. Por otro lado,

pude corroborar que sí es posible obtener resultados indicativos con dichas adaptaciones. También se halló que con ayuda de estos instrumentos es posible establecer una correlación susceptible de ser comprendida por nosotros, en cuadros clínicos que presenta el indígena y los estados que conocemos de ansiedad y depresión.

Con el propósito de facilitar la comprensión del trabajo, menciono las siguientes definiciones y conceptos:

ANSIEDAD es una disposición de ánimo desagradable, tensión y aprehensión, al principio muy semejante al temor, y como él tiene efectos vegetativos notable cuando es grave. La ansiedad se presenta en previsión al peligro y a dificultades futuras. Cuando es normal, es común en todos los hombres y es útil. Resulta problema médico cuando es excesiva, inapropiada o sin causa obvia. Por ejemplo, la ansiedad puede tener manifestaciones en el área afectiva, como angustia, miedo, pánico y desintegración mental; en el área somática, temor, dolores corporales, fatigabilidad, debilidad, palpitaciones, mareos, sudoración, insomnio, etc.

DEPRESION es un término que indica un estado de ánimo caracterizado por tristeza y ofuscación. Como síndrome está compuesta de signos y síntomas que afectan cuatro áreas, afectiva, somática, psicológica y psicomotora. En lo afectivo hay manifestaciones de minusvalía, desesperanza, apatía y pérdida del deseo de vivir. En todas las áreas se encuentra pérdida de actividad e intensidad de las reacciones. Por ejemplo: en el área afectiva, tristeza, aburrimiento, acongojado etc., en el área somática, disminución de la libido, anorexia, taquicardia, estreñimiento, fatiga, etc. En el área psicomotora, agitación, retardo a respuestas; y en el área psicológica, confusión, sensación de vacío, irritabilidad, indecisión, devaluación personal y suicidio.

Una característica de los síntomas de depresión es que son

as marcados al despertar y disminuyen conforme pasa el día.

DEPRESION ENMASCARADA es un cuadro que comprende casi todas las manifestaciones de enfermedad que llevan al paciente al médico con quejas que poco o nada tiene que ver con su estado emocional, por lo que raras veces consultan al psiquiatra. Usualmente comprende trastornos somáticos que no llegan a diagnosticarse claramente y por consiguiente sin tratamiento efectivos. Ejemplos: cefaleas de diferente tipo, parestesias, neuritis migratorias, cuadros abdominales agudos, etc.

Los resultados obtenidos en este trabajo se calificaron de acuerdo con los valores dados por Zung para las Escalas de Autoevaluación de Ansiedad y Depresión; es decir, se consideró que los puntajes por debajo de 50 corresponden a individuos normales, mientras los puntajes por arriba de esta cifra califican a individuos de ansiedad y de depresión que van de ligera a severa.

Un aspecto importante que debe tenerse en mente es que los cuadros de Ansiedad y Depresión nunca se presentan en forma pura, sino siempre son una combinación de manifestaciones de ambas entidades nosológicas.

ANTECEDENTES

En general, los problemas psicológicos en nuestro país no se ha podido cuantificar. En particular, no existe ninguna investigación que se refiera específicamente a la existencia de este tipo de problemas en el área rural.

Varios autores los han estudiado en varios países, incluso países con culturas similares a la nuestra, llegando a conclusiones muy interesantes que explican las peculiaridades de las manifestaciones psicológicas en las poblaciones del campo. Por

ejemplo, hay varios trabajos que explican la rareza de existencia de sentimientos de culpa y autodeprecación y su sustitución por marcados sentimientos de persecución, alucinaciones ocasionales y somatizaciones, como el resultado de "la proyección de la fuerza de superyó sobre el mundo exterior" en las culturas 'primitivas' y de bajo nivel socioeconómico⁽¹⁾. Más importante, la comatización, que es la presencia de síntomas somáticos producidos secundariamente a un problema psicológico (ansiedad, depresión, etc.) aún no diagnosticado o reconocido es explicable como el producto de la incapacidad de expresar los sentimientos propios por parte de los individuos de las comunidades campesinas, en donde ni siquiera se conocen las palabras *ansiedad* o *depresión*.⁽²⁾ pudiendo existir el síndrome con otras palabras).

Las consideraciones y ejemplo anteriores hacen comprensible por lo menos en parte, que no sea fácil encontrar referencias específicas y que se generalicen las ideas que se tienen para explicar o describir esos problemas en las áreas de más desarrollo cultural, y se tienda a creer que la psicopatología no existe igual en el campo.

HIPOTESIS

- 1) Hay problemas neuróticos en la población rural.
- 2) Los Tests e instrumentos que usualmente se utilizan para detectar estos problemas no son de utilidad en comunidades rurales.
- 3) La población rural, tanto como la urbana, manifiestan los síntomas psicológicos de ansiedad y depresión.

ACTIVIDADES

Para el desarrollo del presente trabajo se tomó el periodo comprendido entre los meses de noviembre y diciembre de 1978 y enero de 1979, en el municipio de San Mateo Ixtatán, Departamento de Huehuetenango. Durante ese tiempo se estudiaron 183 pacientes en el Puesto de Salud de la localidad, en actividades de Consulta Externa, de lunes a viernes y en un horario de 8 a 17 horas, media hora por consulta aproximadamente.

Durante el mes de enero se efectuaron, además 17 entrevistas hechas en visitas domiciliarias a personas sin problemas médicos aparentes y se procedió a la tabulación de datos.

II. OBJETIVOS

A) GENERALES

- 1) Comprobar la hipótesis
- 2) Contribuir al conocimiento de problemas neuróticos en las poblaciones rurales, poco estudiados en la actualidad.

B) ESPECIFICOS:

- 1) Establecer la efectividad del Test empleado en el área de trabajo.
- 2) Determinar la existencia de depresión y ansiedad en una población rural.
- 3) Hacer una relación comparativa entre el Diagnóstico Clínico y el Psicológico, estableciendo una relación médico-psicológica.
- 4) Establecer las manifestaciones más comunes de enfermedad psicológica.

III. MATERIAL

A) MATERIAL FISICO:

- 1) Area de trabajo: Cabecera municipal de San Mateo Ixtatán, Huehuetenango.
- 2) Puesto de Salud de San Mateo Ixtatán.
- 3) Hospital Rosa Ixtateca
- 4) Equipo médico básico (estetoscopio, esfigomanómetro, otorrino-oftalmoscopio, microscopio...)
- 5) Equipo de escritorio: máquina de escribir, papelería.
- 6) Instrumentos de trabajo: fichas de historia clínica de la D.G.S.S. (forma DSL), fichas de escala de depresión-ansiedad de Zung.

B) MATERIAL HUMANO:

- 1) Personas consultantes al puesto de salud, y/o hospital (183), entrevistados en visita domiciliaria (17), una total de 200.
- 2) Estudiante en práctica de E.P.S.
- 3) Enfermero auxiliar del Puesto de Salud y Técnico en Salud Rural (traductores).
- 4) Dr. Romeo Lucas, asesor y Dr. Victor Tejada, supervisor.

III. METODOS

- 1) Entrevista indirecta hecha en la mayoría de los casos por intermedio de traductor, en la clínica o casa e indiscriminadamente del motivo de consulta.
- 2) Recolección de Datos: se llenó la ficha de historia clínica de consulta externa de la Dirección General de Servicios de Salud (DGSS), anotando datos generales, Motivo de Consulta, Antecedentes, Examen Físico, Impresión Clínica y Tratamiento; adjuntando la respuesta del Test de Ansiedad y Depresión de Zung, a la misma ficha.
- 3) Se formaron 5 grupos dependiendo de la Impresión Clínica: a) Psicológicos b) Psicosomáticos c) Mixtos d) Somáticos e) Sanos.

(*) Ver anexos.

(**) Ver definición de términos.

IV. ANEXOS

ESCALA DE DEPRESION DE ZUNG Y SUS VALORES PRE-TRATAMIENTO

Nombre _____ Edad _____ Sexo _____ Fecha _____	nada o muy poco	A veces	Buena parte del tiempo	La mayor par- te del tiempo
1. Me siento decaído y triste				
2. Por la mañana es cuando mejor me siento				
3. Me siento con ganas de llorar o tengo ansias de llanto				
4. Tengo problemas para dormir durante la noche				
5. Estoy comiendo como siempre				
6. Me gusta ver, hablar y estar con un hombre/mujer atractivo				
7. Noto que estoy perdiendo peso				
8. Tengo problemas de estreñimiento				
9. Mi corazón late más rápido que de costumbre				
10. Me canso sin razón alguna				
11. Mi mente está tan clara como siempre				
12. Encuentro fácil hacer las cosas a las que estoy acostumbrado				
13. Estoy intranquilo y no me puedo quedar quieto				
14. Siento esperanzas en el futuro				
15. Estoy más irritable que de costumbre				
16. Encuentro fácil hacer decisiones				
17. Siento que soy útil y necesario				
18. Mi vida está llena de cosas buenas				
19. Siento que otros estarían mejor si yo me muriera				
20. Aún gozo de las cosas que solía hacerlo				

**ESCALA DE ANSIEDAD DE ZUNG
PRE-TRATAMIENTO**

Nombre _____ dad _____ Sexo _____ Fecha _____	nada o muy poco	A veces	Buena parte del tiempo	La mayor par- te del tiempo
1. Me siento más nervioso que de costumbre				
2. Siento miedo sin razón alguna				
3. Me molesto fácilmente o siento pánico				
4. Siento como si me desmoronara y me hiciera pedazos muy triste				
5. Siento que todo está bien y que no pasará nada malo				
6. Me tiemblan los brazos y piernas				
7. Me siento molesto por dolores de cabeza, de cuello y espalda				
8. Me siento débil y me canso fácilmente				
9. Me siento calmado y puedo sentarme quieto con facilidad				
0. Puedo sentir que el corazón late más rápido				
1. Me siento molesto por mareos				
2. Siento desvanecimientos o que me voy a caer				
3. Puedo respirar fácilmente, tanto en interiores como en exteriores				
4. Tengo sensaciones de adormecimiento y hormigüeo en las manos y pies				
5. Me siento molesto por dolores de estómago o indigestión				
6. Tengo que orinar muy frecuentemente				
7. Usualmente mis manos están calientes y secas				
8. Siento enrojecimiento facial y me sonrojo				
9. Me duermo fácilmente y descanso bien				
20. Tengo pesadillas				

Ministerio de Salud Pública y A.S.
Dirección Gral de Servicios de Salud
Guatemala, C.A.

Institución	CONSULTORIO EXTERNO			Número sobre familiar:
Localidad:	HISTORIA CLINICA			Fecha de inscripción
I - DATOS PERSONALES				
Primer Apellido:	Segundo Apellido:	Nombre:	Sexo:	Fecha de nacimiento
Primer domicilio:	Localidad:	2o. domicilio	Localidad:	Raza:
Ocupación	Lugar de nacimiento	Persona responsable		Lee y escribe:

II - HISTORIA DEL ENFERMO

A N T E C E D E N T E S	E N F E R M E D A D A C T U A L
a) Familiares:	
b) Personales:	

III.- EXAMEN FISICO

Fecha

1	Temperatura		
2	Pulso		
3	Talla		
4	Peso		
5	Respiración		
6	Tensión Arterial		
7	Cabeza		
8	Cuello		
9	Ap. Respiratorio		
10	Ap. Circulatorio		
11	Ap. Digestivo		
12	Sistema Nervioso		
13	Ap. Genito-urinario		
14	Sist. Ganglionar		
15	Sist. Músculo-Esq.		
16	Tegumentos		

Form. DSL-4

IV - EXAMENES COMPLEMENTARIOS Y DIAGNOSTICOS

EXAMENES Y PRUEBAS			DIAGNOSTICO
FECHA	MUESTRA	EXAMEN	RESULTADO

V - TRATAMIENTO E INDICACIONES

(f.) Médico

FECHA	VI- RESPUESTAS AL TEST	Iniciales del Responsable

VII - OBSERVACIONES

V. DESCRIPCION DEL AREA

El municipio de San Mateo Ixtatán, del Departamento de Huehuetenango, posee municipalidad de 3a. categoría. Su extensión aproximada es de 560 Km. cuadrados colinda al norte con México, al este con Barillas, al sur con Santa Eulalia y San Sebastián Coatán, todos estos municipios de Huehuetenango.

Sus caminos, únicamente de herradura y vereda, unen a sus poblados entre sí y con los municipios vecinos. Dista de la cabecera Departamental unos 119 kms., cerca de 6 horas en autobús; está separado de la ciudad Capital por 378 kms., que se cubren en unas 12 horas.

El banco de marca de la Dirección General de Caminos colocado en la cabecera municipal esta a 2,559 mts. (8,399 pies) sobre el nivel del mar.

Una rama de la Sierra, procedente de Santa Eulalia penetra en el municipio por el sur, para continuarse hacia el norte con dirección a Yalambojoch (aldea de Nentón) y la frontera mexicana. El terreno desciende suavemente en amplias laderas en bruscas y profundísimas barrancas hasta llegar a niveles tan bajos como los 300 mts., sobre el nivel del mar. A pesar de lo quebrado del terreno hay llanos y planicies como los llanos de Ocuyá, Balamximej, Momochocacán, que tiene varios metros o kilómetros de extensión.

Desde la alta cumbre de sus cerros, Bobí, Yaluquel, Ixtenam, Pojom, Yalanwitz, Chauquenal o Ixcaná, que contribuyen a dar al panorama de ésta región una salvaje sublimidad, se descubre la amplia perspectiva de nuestras altas tierras.

El clima varía también según la elevación del terreno: muy

frío y húmedo en cumbres que llegan hasta casi los 3,500 metros. sobre el nivel del mar; templado en el verano de la cabecera municipal, que en los meses de invierno puede sentir temperaturas de 8 y 3 grados centígrados. Conserva un clima bastante agradable y hasta cálida en las planicies y vegas de sus partes bajas.

La vegetación recorre todos los grupos estudiados en las diversas alturas; se hallan allí robustos pinos y abetos de la zona fría, hasta los frondosos cedros de la tierra caliente. Su flora es, pues, variada y rica capaz de responder a las necesidades de quienes habitan la región. Una fauna rica en animales domésticos y selváticos, agrega a su patrimonio regional la presencia privilegiada del Quetzal.

Siendo San Mateo Ixtatán uno de los municipios más extensos del departamento, es natural que las tierras cultivadas sean también muy considerables y quizá lo serían aún más si las salinas no proporcionaran a los habitantes medios más fáciles para su subsistencia.

Su agricultura, comprende el cultivo de algunos cereales, papas, café, maíz, panela, así como cacao y en algunas regiones hasta caña de azúcar. Da sustento a la población que complementa su producción con tejidos (güipiles), sombreros, algo de petates y principalmente la elaboración de sal.

La crianza de ovejas y carneros constituyen otra de las fuentes industriales de San Mateo; en muchas aldeas es posible encontrar rebaños de muchas cabezas.

La lana es bastante comercializada con poblaciones vecinas para la faricación de tejidos especialmente de los abrigos regionales, los famosos Capishais.

Las minas de plomo son ricas, especialmente las que se

encuentran cercanas a la aldea Pacomal, la roca calcárea, minas de cobre y grandes canteras de yeso, forman el subsuelo de las montañas.

Las salinas de San Mateo, que han dado renombre al Departamento, se agrupan especialmente en 4 vertientes poseídas en común por los habitantes que las explotan bajo la dirección municipal, pagando un impuesto de 25 centavos por tinaja extraída.

Lamentablemente, la industria salinera está muy atrazada; la trabajan los indígenas evaporando la sal con fuego de ocote y elaborando un producto negrusco de sal negra, de sabor especial pero muy apetecida por todos los pueblos vecinos que lo atribuyen, incluso, peculiares cualidades terapéuticas, así por ejemplo, es muy usado en casos de conjuntivitis por lo cual aplican unas cuantas gotitas tibias en el ojo enfermo; dicen que bastan unos pocos tratamientos para curar.

Los indígenas han utilizado estas minas desde tiempos aparentemente precolombinos según afirma el arqueólogo Carlos Navarrate, del Instituto de Investigaciones Antropológicas de la Universidad Nacional Autónoma de México,(4), desde el período pre-clásico de la cultura maya era considerada ampliamente la sal de estas minas como instrumento de trueque con poblaciones vecinas e incluso otras bastante lejanas.

En el período clásico cobraron mucho mayor auge y llegaron a constituir un valioso objeto de comercio, que incluso fue el sostén de toda la población en aquella época.

Los abundantes vestigios de poblaciones antiguas que se encuentran en la reión revelan que San Mateo fue centro importante en la época pre-colombina.

Es importante mencionar que en toda la región y en todas

aldeas se encuentran ruinas aún no trabajadas o restauradas, y en su mayoría pertenecen al período pre-clásico, y solo en la cabecera municipal es posible encontrar 2 grupos que constituyen ruinas del período clásico (iguales que las de Zaculeu).

Los indígenas de San Mateo Ixtatán pertenecen a la raza chuj provenientes a la raza de los mames, y hablan el idioma de este mismo nombre, mezclado con palabras de la vecina Chiapas.

El nombre de la región, Ixtatán, deriva del Chuj (Ixta: juguete y Tan: cal) y quiere decir juguete de cal, aunque también podrían corresponder a voces mexicanas, que describen 'tierra de cal'.

El traje de los indígenas hombres es similar al de los naturales de Soloma y Santa Eulalia. El Capishai, de lana de oveja es el principal cobertor utilizado, y es protector suficiente para los fríos de la región. Se puede adquirir en color negro, pero también en color blanco. Es similar al usado en las regiones de Todos Santos.

Las mujeres usan un güipil muy original que les cubre hasta los tobillos; está hecho en manta doble, bordado en lustrina de varios colores, formando difíciles figuras que representan motivos quizás de épocas pasadas.

En cuanto a la organización administrativa actual, la región constituye como municipio de 3a. categoría; formada por una cabecera en donde funciona la corporación municipal electa por disposición popular. No se permite reelección. Tiene 17 aldeas, 57 aserríos y 13 fincas, habitadas en su mayoría por indígenas, en algunas de ellas en un 100%.

La población total estimada en 1973, por el censo nacional era de 15,632 personas, de la cual el 94.38% está

constituido por población indígena y tan solo el 5.62% es ladina. El 11.73% habitan en área urbana, el 51.28% de sexo masculino.

La fiesta titular se celebra del 19 al 21 de septiembre.

CONDICIONES DE VIDA: en la cabecera existe agua potable en algunas casas, el resto la proporcionan chorros municipales y ríos cercanos. Desde hace 3 años, la luz del INDE se encuentra en la cabecera municipal. El sistema de drenajes y letrinas es inexistente.

Como lugares de recreo existen una cancha de Basket ball y una de Foot ball en malas condiciones; se pasan películas los sábados en la parroquia local.

Hay una escuela nacional, que imparte hasta 6o. año de primaria.

Hay tres iglesias, una católica y dos evangélicas.

El mercado municipal de la localidad, tiene sus ventas los días jueves y domingos.

VI. PRESENTACION DE RESULTADOS

CUADRO No. 1

TABULACION TOTAL DE S.D.S. (*) Y S.A.S. (**) Y

DEPRESION			ANSIEDAD		
SDS	No.	o/o	SAS	No.	o/o
Normal	169	84.5		145	72.5
Ligero	21	10.5		31	15.5
Moderado	7	3.5		18	9.0
Severo	2	1.0		5	2.5
No contestó	1	.5		1	.5
TOTAL	200	100		200	100

(*) Self-Rating Depression Scale

(**) Self-Rating Anxiety Scale

CUADRO No. 2
CORRELACION DE DEPRESION POR GRUPOS
SEGUN DIAGNOSTICO CLINICO (*)

S.D.S.	Grupo A	Grupo B	Grupo C	Grupo D		Grupo E	
				No.	o/o	No.	o/o
Normal	3	30	24	82.7	9	81.8	119
Ligero	2	20	4	13.8	2	18.2	12
Moderada	5	50	—	—	—	2	1.5
Severo	—	—	1	3.5	—	1	0.8
No respondió	1						
Total	10	100	29	100	11	100	134
							100
						15	100

(*) Ver definición de términos.

SDS	Grupo A	Grupo B	Grupo C	Grupo D	Grupo E
No.	o/o	No.	o/o	No	No
Normal	3	30	19	65.5	4
Ligero	1	10	6	20.5	5
Moderado	3	30	3	10.3	2
Severo	3	30	1	5.7	—
No respondió			1		
Total	10	100	29	100	11

(*) Ver definición de términos.

CUADRO No. 4

EJEMPLO DE CORRELACION ENTRE LOS GRUPOS "A" DE DEPRESION Y ANSIEDAD (EN PORCENTAJE)

DEPRESION		ANSIEDAD	
	Porcentaje		Porcentaje
Normal	30 o/o	Normal	30 o/o
Ligero	20	Ligero	10
Moderado	50	Moderado	30
Severo	0	Severo	30

3 síntomas y/o diagnóstico clínico más frecuentes según motivo de consulta por grupos, para ansiedad y depresión.

Grupo A Síntoma Total	Grupo B Síntoma Total	Grupo C Síntoma Total	Grupo D Síntoma Total	Grupo E Sanos
1) Ataques de ET.: 3	Dolor epigástrico: 16	Espasmo muscular + cefalea = 2	Espasmo muscular; 21	
2) Debilidad cefalea y tristeza: 2	cefalea: 9	Diarrea + tristeza y cefalea: 1	tos y catarro: 18	
3) Anorexia-Descaimiento: 1	Las dos anteriores asociadas: 3	-----	Desnutrición crónica del adulto: 12	

VII. INTERPRETACION DE RESULTADOS

El cuadro No. 1 nos indica ya la existencia de algunos datos interesantes. Hay una tendencia mayor hacia la presentación de problemas indicativos de ansiedad, que de depresión en todos los niveles. La Escala de Ansiedad muestra la existencia de 54 personas o sea 26%, con rasgos patológicos, mientras que el número de individuos con problemas depresivos fue de 30, o sea el 15% de la población investigada.

También se observa que 84 individuos de la muestra total (42%) tienen manifestaciones de conflicto.

El cuadro No. 2 revela más específicamente esta tendencia. Allí vemos que en el Grupo A hay un (3%) de personas normales y que un (7%) sufren de depresión en diferentes grados. De éstos, el (2%) padecen de cuadros ligeros y el (5%) moderados, mientras que no hay ninguno que presente patología severa.

En el Grupo B, el 82.75% es normal y solo el 17.24% presenta patología; de éstos, solo un paciente (3.45%) tenía un cuadro severo, estando el resto localizado en el nivel correspondiente a "ligero".

El Grupo C muestra que un 81.82% de los individuos funciona normalmente y que solo el 18.18% presenta una patología ligera.

El Grupo D tiene un 88.80% de población normal, mientras el resto, es decir, el 11.20% muestra patología, la cual también se concentra en el nivel de "ligera".

El Grupo E muestra 14 casos de un total de 15 sanos, lo que equivale a un 93.34% y solo existe un caso con sintomatología indicativa de trastornos depresivos ligeros.

La interpretación del cuadro No. 3 nos permite observar que en el Grupo A hay un 30% de personas normales, mientras que en 70% sufre igual proporción.

En el Grupo B, el 65% de las personas son normales y 35% padecen de algún grado de ansiedad, estando el mayor número colocado en el nivel de ansiedad ligera.

Del Grupo C obtenemos información que indica que hay un 36.4% de personas normales y que los síntomas de ansiedad hallan en un 63.6%, la mayoría a nivel de ansiedad ligera. No hay ningún caso de ansiedad severa.

El Grupo D tiene el 79.8% de individuos normales; el resto está repartido entre ansiedad ligera (13.4%) y moderada (6.8%), mientras que en el Grupo E, el 80.2% es normal y solo hay un caso (6.6%) para cada grado de ansiedad.

Encontramos, pues, una incidencia mayor de problemas de ansiedad en los Grupos A y C.

VIII. DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

En vista de que era prácticamente imposible obtener respuestas congruentes por medio de la presentación directa a las preguntas de las escalas tal y como estaban redactadas, se hizo necesario modificar su forma para que fueran comprensibles. Así la primera pregunta de ansiedad dice "Me siento más ansioso que de costumbre" fue alterado para que dijera "Me siento más nervioso que siempre", porque la palabra "ansioso" no era conocida por la población entrevistada. Este ejemplo demuestra que palabras que en el medio urbano más culto tienen un significado aceptado por la mayoría, pueden carecer total de sentido y significado en áreas rurales, en donde se emplean.

Otro ejemplo, tomado de la Escala de Depresión, nos demuestra que el valor que se le da a un signo o síntoma es relativo, según los valores vivenciales que les da la comunidad. En la pregunta No. 9 de dicha Escala se lee: "Mi corazón late más rápido que de costumbre". La respuesta obtenida indicó que su significado era relativo a las creencias de la comunidad. Las personas preguntadas indicaron que todo dependía de la distancia que tenían que caminar o el esfuerzo físico que hacían y no era indicación a la aceleración de los latidos debida a la ansiedad. Creo que con ésto se produjo, sin querer una inducción de la respuesta en una dirección desconocida por los individuos interrogados, lo cual posiblemente limita su validez.

Por otro lado, el desarrollo del trabajo ocurrió sin más dificultades que las reseñas arriba y a las derivadas de la necesidad de emplear un intérprete para la explicación del test.

El estudio de los cuadros presentados nos muestra mayor incidencia de problemas de Ansiedad que de Depresión. Por otro lado, demuestra que las Escalas de Autoevaluación fueron capaces de detectar trastornos emocionales en un 42% del total de

pacientes, mientras que solo un 15% de los mismos fueron diagnosticados clínicamente.

Lo anterior nos demuestra que la idea original de que los tests no eran capaces de identificar la patología emocional en individuos del área rural, era infundada, por cuanto estaba basada en prejuicios derivados del hecho de que las Escalas están diseñadas para investigar psicopatología en niveles altos de la sociedad occidental. Por otro lado, culturalmente existe la tendencia, a veces inconsciente, a desvalorizar a la población indígena en cuanto a su capacidad para poder comunicarse, así como su inteligencia. Esto se corrobora con la alta incidencia de conflicto emocional encontrada en la población investigada.

Sin embargo, no podemos afirmar que dichas pruebas sean totalmente confiables para el diagnóstico de Ansiedad y Depresión, porque el hecho de que esta investigación indique una mayor inclinación hacia la Ansiedad, contradice los resultados de estudios más grandes, que refieren predominio de Depresión. Esto parecería indicar que existen factores no estudiados en el presente caso, tales como una inadecuada re-elaboración de las preguntas.

En cuanto la discrepancia entre el diagnóstico clínico de Ansiedad y Depresión, y los hallazgos obtenidos con las Escalas, es posible considerar que se debe, entre otras cosas, a la barrera de lenguaje existente entre el investigador y la población, la forma como están redactadas las preguntas, la falta de confianza existente entre los campesinos y los investigadores, prejuicios de quienes hacen los estudios y finalmente, lo que tal vez sea el factor más importante, la falta de preparación técnica específica del médico para identificar dichos problemas.

En resumen, la investigación de problemas como los propuestos en este trabajo conlleva, pues, dificultades que derivan, en primer lugar, de la comunicación a nivel de lenguaje, pero también derivadas de las creencias de la población investigada y

creencias del investigador. Estos factores son de suma importancia y deben ser tenidos en cuenta para evitar caer en falacias a las que fácilmente se les pueda atribuir un valor científico, porque así solo se propiciará la especulación como forma de entender la problemática de largos sectores de la población.

Otra aportación importante de este trabajo está en el hecho de que la mayoría de los trastornos de índole emocional no llegan al conocimiento del médico porque son considerados, de acuerdo con la medicina local, como susto u otras formas de acción mágica, que son tratados por el brujo o sus similares. Además, la cultura ladina tiende a considerar manifestaciones de esta naturaleza como falta de colaboración, pereza o incapacidad y no les presta la atención debida, concentrándose en la patología puramente somática, la cual guarda una relación muy estrecha con la capacidad para trabajar del campesino.

Finalmente, hay que agregar que la formación académica médica no incluye preparación para identificar los síndromes psicopatológicos.

IX. CONCLUSIONES

- 1.- La población rural sufre de trastornos depresivos y de ansiedad tanto como los otros grupos sociales. Esto confirma la primera hipótesis.
- 2.- Los tests empleados si identifican la existencia de patología en la población rural, pero los resultados no son concluyentes en su validez específica.
- 3.- La segunda hipótesis, referente a la similitud de las manifestaciones de Depresión y Ansiedad en el área rural y en el área urbana más culturizada no se comprueba, porque las manifestaciones en la comunidad rural son predominantemente de tipo somático.
- 4.- El trabajo demuestra que el estudio de los problemas de salud y enfermedad en las comunidades rurales se hace con base en prejuicios y en extrapolación de conceptos propios de la cultura de la clase dominante, debida a un enorme desconocimiento de las condiciones socio-culturales rurales.
- 5.- Tanto la preparación del estudiante de medicina como la del médico, en lo que se refiere a la investigación de problemas emocionales, es sumamente deficiente e inadecuada.
- 6.- Por ser este trabajo un estudio preliminar, no se tomaron en cuenta algunas variables que creemos que son importantes para la comprensión de los problemas rurales.

X. RECOMENDACIONES

- 1.- Para los estudios que se hacen que se hacen en el área rural sean confiables, deben efectuarse los ajustes lingüísticos y conceptuales necesarios en los instrumentos de investigación.
- 2.- Para que los programas de salud sean efectivos es necesario hacer serias investigaciones acerca del significado de lo que es enfermedad y salud en dichas áreas. Solo así se podrá evitar que simplemente se transfieran conceptos usados en la medicina urbana, sin tomar en consideración las diferencias regionales.
- 3.- Es conveniente que los estudiantes de medicina en actividades de EPS, al igual que las autoridades docentes que los orientan, se compenetren de la realidad cultural que van a encontrar en el ambiente de su trabajo.
- 4.- Es necesario, por lo tanto, que la Facultad de Ciencias Médicas se preocupe seriamente por estudiar las diferencias culturales y de desarrollo existentes en las distintas regiones de nuestro país, aprovechan o para ello la enorme información acumulada a través de los años de Ejercicio Rural Supervisado.
- 5.- Se recomienda que dichos estudios y prácticas se lleven a cabo en estrecha relación con los programas de Ejercicio Profesional Supervisado de Psicología, Antropología, Sociología y otras carreras que se siguen en la Universidad.
- 6.- Se recomienda que se haga una evaluación profunda de la enseñanza de procedimientos de diagnóstico psiquiátrico en la Carrera de Medicina, con miras a preparar al futuro profesional para que enfrente de manera más efectiva los aspectos emocionales de los problemas de salud que se le

presenten.

- 7.- Finalmente, se recomienda que se estimule el desarrollo de otras investigaciones que completen el presente esfuerzo y permitan la adquisición de una actitud más integral hacia la resolución de los problemas de salud de nuestro país elaborando además, instrumentos apropiados y así obtener datos más exactos.

XI. DEFINICION DE TERMINOS

- 1). Grupo A: impresión clínica de problema psicológico-funcional, por ejemplo, depresión, ansiedad, esquizofrenia.
- 2). Grupo B: impresión clínica de problema psico-somático por ejemplo: cefalea tensional, enfermedad péptica, asma bronquial.
- 3). Grupo C: impresión clínica de problema combinado, es decir uno del grupo A más uno del B, por ejemplo: Neumonía basal derecha y depresión.
- 4). Grupo D: impresión clínica de problema somático; por ejemplo, traumatismos, IRS, diarrea.
- 5). Grupo E: impresión clínica de persona Sana.

X. BIBLIOGRAFIA

- 1.- Zung, W.W.K.: A. Self-rating Depression Scale. Arch. Gen. Psychiat., 12: 63-70, 1965.
- 2.- Las Depresiones. Simposium. Publicación dirigida por J.J. López-Ibor Aliño. Editorial Toray, S.A., Barcelona, España, 1977.
- 3.- Masked Depression. Editado por P. Kielholz, Basilea. Hans Huber Publishers, Bern Stuttgart Vienna, 1973.
- 4.- Hernández Díaz, Erwin Manfredo: Investigación sobre planificación familiar. Características y consecuencias. Informe de EPS rural, 1978, Facultad de Ciencias Médicas, USAC.
- 5.- Beenson-McDermott, Tratado de Medicina Interna de Cecil-Loeb, pp. 670-671, Ed. 14. Nueva Editorial Interamericana, S.A., México, D.F., 1977.

Br. Gustavo Enrique Morales Soberanis

Official
Romeo Lucas Medina
Asesor

Victor Tejada
Revisor
Dr. Victor Tejada Solares

Julio De León Méndez
ector de Fase III

Raúl A. Castillo R.
Secretario General
Dr. Raúl A. Castillo R.

Vo.Bo.

Rolando Castillo Montalvo

Decano
Dr. Rolando Castillo Montalvo