

UNIVERSIDAD SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

“Prevalencia de depresión en habitantes de comunidades afectadas por la tormenta
Stan”

Cumbre de Alaska municipio de Santa Catarina Ixtahuacán, Sololá
agosto - septiembre 2006

Juan Carlos Pérez Sánchez
Javier Rolando Falla Galliano
Lesly Campbell Porres

Guatemala, octubre de 2006

EL DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
HACE CONSTAR

Que los Bachilleres:

- | | | |
|----|------------------------------|-----------|
| 1. | Juan Carlos Pérez Sánchez | 199912340 |
| 2. | Lesly Campbell Porres | 200011885 |
| 3. | Javier Rolando Falla Galiano | 200011908 |

Previo a optar al título de Médicos y Cirujanos, han presentado el trabajo de graduación titulado:

“Prevalencia de depresión en habitantes de comunidades afectadas por la Tormenta Stan”

Cumbre de Alaska municipio de Santa Catarina Ixtahuacán, Departamento de Sololá

agosto-septiembre 2006

Trabajo asesorado por el **LICENCIADO RIQUELMI GASPARICO** y revisado por el **DR. HERMAN SANCHEZ BARRIENTOS**, quienes lo avalan y firman conformes, por lo que se emite y sella la presente

ORDEN DE IMPRESIÓN

Dado en la Ciudad de Guatemala, el veintinueve de septiembre del dos mil seis.

IMPRÍMASE


DR. JESUS ARNULFO OLIVA LEAL
DECANO





Universidad de San Carlos de Guatemala
Facultad de Ciencias Médicas
Centro de Investigaciones de las Ciencias de la Salud -CICS-
UNIDAD DE TESIS



29 de septiembre del 2006

Bachilleres:

- | | | |
|----|-------------------------------|-----------|
| 1. | Juan Carlos Pérez Sánchez | 199912340 |
| 2. | Lesly Campbell Porres | 200011885 |
| 3. | Javier Rolando Falla Galliano | 200011908 |

Se les informa que el trabajo de graduación titulado:

“Prevalencia de depresión en habitantes de comunidades afectadas por la Tormenta Stan”

Cumbre de Alaska, municipio de Santa Catarina Ixtahuacán, Departamento de Sololá

agosto-septiembre 2006

Ha sido **REVISADO y CORREGIDO** y al establecer que cumple con los requisitos exigidos por esta Unidad, se les autoriza a continuar con los trámites correspondientes para someterse a su Examen General Público.

Sin otro particular suscribo.

Atentamente,

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”

Dr. Edgar Rodolfo de León Barillas
Coordinador



Guatemala, 29 de septiembre del 2,006

Señores
UNIDAD DE TESIS
Facultad de Ciencias Médicas
Presente

Señores:

Se les informa que los Bachilleres, abajo firmantes,

1. Juan Carlos Pérez Sánchez
2. Lesly Campbell Porres
3. Javier Rolando Falla Galliano



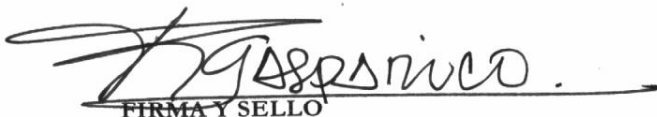
han presentado el Informe Final de su trabajo de tesis titulado:

“Prevalencia de depresión en habitantes de comunidades afectadas por la Tormenta Stan”

Cumbre de Alaska municipio de Santa Catarina Ixtahuacán, Departamento de Sololá

agosto-septiembre 2006

Del cual autores, asesor y revisor nos hacemos responsables por el contenido, metodología, confiabilidad y validez de los datos y resultados obtenidos, así como de la pertinencia de las conclusiones y recomendaciones expuestas.



FIRMA Y SELLO

ASESOR

Riquelmi Gasparico
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
Colegiado No. 12517



FIRMA Y SELLO

REVISOR

REG. DE PERSONAL 17681

Dr. Herman Sánchez Barrientos
Médico y Cirujano
Colegiado No. 4692

TABLA DE CONTENIDO

Contenido	Página
1. Resumen	1
2. Análisis del problema	3
2.1 Antecedentes del problema	3
2.2 Definición del problema	4
2.3 Delimitación del problema	5
2.4 Planteamiento del problema	5
3. Justificación	7
3.1 Magnitud	7
3.2 Trascendencia	7
3.3 Vulnerabilidad	7
4. Revisión teórica y de referencia	9
Depresión	9
Definición	9
Fisiopatología	9
Factores de Riesgo	13
Manifestaciones Clínicas de Depresión	15
Diagnóstico	16
Tratamiento	21
Tormenta Tropical Stan en Guatemala	23
5. Objetivos	25
5.1 General	25
5.2 Específicos	25
6. Diseño del Estudio	27
6.1 Tipo de Estudio	27
6.2 Unidad de Análisis	27
6.3 Población y Muestra	27
6.4 Definición y operacionalización de variables	29

6.5 Técnicas, Procedimientos e Instrumentos utilizados	33
6.6 Aspectos Éticos de la Investigación	34
6.7 Alcances y Limitaciones de la investigación	34
6.8 Plan de análisis y tratamiento estadístico de los datos	34
7. Presentación de Resultados	35
8. Análisis, Discusión e Interpretación de Resultados	59
9. Conclusiones	75
11. Recomendaciones	77
12. Referencias Bibliográficas	79
13. Anexos	83

1. RESUMEN

La Tormenta Tropical Stan ocurrió en el año 2005 en Guatemala, siendo el departamento de Sololá uno de los más afectados. Por lo tanto se realizó el presente estudio, de tipo descriptivo transversal en las comunidades afectadas por la tormenta en la Cumbre de Alaska del municipio de Santa Catarina Ixtahuacán, con el fin de determinar la prevalencia de depresión posterior al suceso; tomando en cuenta a la tormenta como un posible factor de riesgo para depresión.

Se tomó en cuenta 921 personas mayores de quince años de las comunidades afectadas, en quienes se determinó la presencia de depresión por medio del Test de Zung, además de evaluar otros factores de riesgo que pudieran influir en el apareamiento de dicho trastorno. El test de Zung abarca en sus preguntas los tres aspectos sintomáticos de la depresión: estados afectivos, estados fisiológicos y estados psicológicos. Del total de pacientes encuestados 12.7% presentó depresión clínica, correspondiendo 9.5% a casos de depresión leve y 3.2% a depresión moderada, no existiendo casos de depresión severa. La prevalencia de depresión encontrada en dichas comunidades es mayor a la esperada en la población general (3 a 10%).

Se recomienda crear y mejorar programas de detección y tratamiento de depresión a nivel nacional, así como mejorar la capacitación del personal de salud con respecto a salud mental. Se considera necesario formar al médico general en lo que respecta a los temas de salud mental, en especial en depresión, debido a la frecuencia del trastorno, además, de promover la realización de estudios relacionados con desórdenes mentales.

2 ANÁLISIS DEL PROBLEMA

2.1 ANTECEDENTES

Las consecuencias psicológicas de los desastres naturales han sido ampliamente estudiadas a lo largo del tiempo. Esto es válido para América Latina donde se encuentran seis de los países con mayor mortalidad por desastres naturales en un período comprendido de 1,966 a 1,990.²⁹

El trastorno de estrés post-traumático es el desorden mental más estudiado, a pesar de que no es la única reacción psicopatológica, que se puede presentar. La mayor parte de los estudios asociados, han sido realizados en naciones industrializadas, con poca información proveniente de países en vías de desarrollo, incluyendo América Latina. Dicho continente constituye la segunda región más afectada por desastres naturales, siendo superada únicamente por Asia, en lo que se refiere a pérdidas económicas, muertes y daños.¹ A la fecha, han sido estudiadas las consecuencias en la salud mental, de siete desastres ocurridos en América Latina. La mayor parte de estos estudios aplicaron únicamente listados de síntomas asociados, y no instrumentos estructurados adecuadamente para la detección de desórdenes mentales.

Dentro de las investigaciones previas realizadas en la región, se incluye un estudio que se realizó posterior a la erupción del volcán Armero en Colombia; donde se evaluaron personas en albergues en busca de trastornos mentales, encontrándose hasta en 32% de la población afectada. Otros estudios fueron realizados en Nicaragua y Honduras después de la tormenta Mitch. En Nicaragua se reportó alta incidencia de trastornos mentales posteriores a dicha tormenta utilizando instrumentos de recolección destinados a la población adolescente; encontrándose 9% de trastornos asociados.^{24,15,8,21}

Otro estudio, realizado en México evaluó los efectos del Huracán Paulina en dicha población. También se cuenta con dos estudios realizados después de un sismo ocurrido en México, en los cuales se aplican instrumentos basados en el *Diagnostic and Statistical Manual III* para la detección de desórdenes mentales. Dichos estudios muestran 32% de trastornos mentales posterior a los eventos naturales sucedidos, con una mayor prevalencia en mujeres. Hasta la fecha sólo se han realizado tres estudios en América Latina utilizando instrumentos de diagnóstico estandarizados.^{30,10,39,6}

Muchos estudios sugieren que las poblaciones hispanas son más vulnerables a trastornos asociados a desastres naturales. Un estudio comparó el porcentaje de personas con trastornos mentales en víctimas de terremotos en Chile y California. Se encontró que 19% de la población en Chile se encontraba afectada, comparado con 3% en California. En otro estudio, posterior al Huracán Andrew en Estados Unidos, se observó mayor prevalencia de trastornos post-traumáticos en la población hispana, que en el resto de habitantes.^{12,31}

A pesar de los pocos estudios relacionados que existen, los datos disponibles sugieren que los desastres naturales traen como consecuencia una alta morbilidad por desórdenes mentales; sin embargo está información generalmente es pasada por alto para la toma de decisiones en salud.

2.2 DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

Como parte de la extensión de cobertura que se realiza en la región de la Cumbre de Alaska, del municipio de Santa Catarina Ixtahuacán, se observa frecuentemente durante la consulta pacientes con síntomas físicos sin base orgánica demostrable, que generalmente no resuelven con tratamiento médico. Muchos de los pacientes refieren que han observado el inicio de síntomas físicos después de situaciones estresantes en su vida; en especial posterior a su traslado a los asentamientos en los cuales residen actualmente, debido a los daños que sufrieron sus comunidades por la tormenta tropical Stan. Durante la consulta médica en los centros de primer nivel, muchos pacientes que padecen de depresión se presentan con síntomas somáticos, como cefalea, constipación, dolor de espalda o debilidad, como motivos de consulta.³⁷

La cumbre de Alaska está constituida por diez asentamientos, en los cuales residen 1,203 personas mayores de 15 años provenientes de otras comunidades pero que fueron damnificadas por la tormenta tropical Stan, por lo tanto tuvieron que asentarse en dicha región. Las condiciones de vida en general son precarias para toda la población, más aún si tomamos en cuenta el paso de la tormenta. Los eventos que causan estrés en la vida están asociados con el desarrollo de episodios de depresión. Aunque estos eventos son independientes de la influencia genética y de conductas de riesgo del ser humano, se ha demostrado que tienen relación causal directa con el desarrollo de depresión mediante estudios que demuestran una gran prevalencia de estos trastornos después de desastres naturales.^{21,23,14}

Debido a la magnitud del problema de la depresión descrita a nivel mundial, y en especial asociada a eventos estresantes en la vida del hombre, es necesario obtener información respecto a la prevalencia de dicho trastorno en grupos poblacionales del área, ya que no se encuentra documentación al respecto. Si tomamos en cuenta las características de dicha población, existen muchos factores de riesgo que pueden incidir en la aparición de trastornos relacionados; por lo tanto es necesario contar con datos que permitan determinar la importancia del problema y sentar una base para estudios y acciones posteriores, ya que como parte de los programas de salud, no se incluyen lineamientos enfocados a trastornos mentales.

2.3 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

El presente estudio se realizó en la Cumbre de Alaska perteneciente al municipio de Santa Catarina Ixtahuacán, Sololá que cuenta con diez asentamientos con comunidades afectadas por la Tormenta Tropical Stan. La población mayor de 15 años en dichas comunidades es de 1,203 personas de ambos sexos, las cuales fueron incluidas en su totalidad en el estudio, mediante el instrumento de recolección validado previamente en áreas similares. La población pertenece en su totalidad a la etnia quiché y en su mayor parte no habla español. El Distrito de Salud de Nahualá (No.6) es el encargado de proporcionar consulta en dicha región, ya que no se cuenta con Puestos de Salud en el área. Dentro de las principales causas de morbilidad se incluyen problemas como artropatías, lumbalgias y cefalea, las cuales en su mayor parte no presentan relación con causas fisiopatológicas claras; además no se cuentan datos con respecto a la salud mental de dicha población, ni estudios previos destinados a obtener dicha información.

La tormenta tropical Stan provocó múltiples daños a la población guatemalteca a finales del año 2,005. Uno de los departamentos más afectados por dicha tormenta fue Sololá. Un total de 95 comunidades fueron afectadas, ocupando el cuarto lugar en Guatemala. Además fue el departamento con mayor número de muertes (271), y el segundo en cuanto a viviendas destruidas, con 1,979.¹⁹ Un total de 28,034 personas resultaron damnificadas, de las cuales 2,728 se encuentran en la región conocida como Alaska, perteneciente al municipio Santa Catarina Ixtahuacán. En esta región se encuentran comunidades que previamente habitaban dicho lugar y que no resultaron afectadas por la tormenta; además existen comunidades de personas que no residían allí, pero debido a los daños de la tormenta tuvieron que asentarse en Alaska. Por lo tanto, el fin del presente estudio es determinar la prevalencia de depresión en personas adultas de dichas comunidades, en las cuales existe un factor de riesgo importante para dicho trastorno, como es el daño ocasionado por la Tormenta Tropical Stan.

2.4 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es la prevalencia de depresión en personas de las comunidades afectadas por la Tormenta Tropical Stan en los asentamientos de la cumbre de Alaska del Municipio de Santa Catarina Ixtahuacán, Sololá, en adultos de ambos sexos en el año 2,006?

¿Cuál es el grado de depresión clínica en personas de las comunidades afectadas por la Tormenta Tropical Stan, en los asentamientos de la cumbre de Alaska del municipio de Santa Catarina Ixtahuacán, Sololá, en adultos de ambos sexos en el año 2,006?

¿Qué factores de riesgo psicosociales se encuentran presentes en personas adultas con depresión clínica en las comunidades afectadas por la Tormenta Tropical Stan en los asentamientos de la cumbre de Alaska del Municipio de Santa Catarina Ixtahuacán, Sololá, en al años 2,006?

¿Cuál es la prevalencia de depresión de acuerdo al sexo, grupo etario y estado civil en las comunidades afectadas por la Tormenta Tropical Stan, en los asentamientos de la cumbre de Alaska del Municipio de Santa Catarina Ixtahuacán, Sololá, en el año 2,006?

3. JUSTIFICACIÓN

3.1 MAGNITUD

Depresión es considerada la segunda condición crónica más común, únicamente detrás de hipertensión, diagnosticada en la práctica médica en general.¹ Se considera que al menos 10% de las pacientes de consulta externa padecen depresión, aunque en muchos casos no es reconocida como tal, lo que conduce a disminución en la productividad, y adecuado funcionamiento orgánico. La depresión representa un problema epidemiológico de importancia a nivel mundial, ya que según la OMS el 3 a 5% de la población mundial presenta depresión, lo que equivale aproximadamente a 200 millones de personas. Los depresivos representan 10-20% de los enfermos de la consulta general y 40-60% de los pacientes psiquiátricos.^{34,42,43}

3.2 VULNERABILIDAD

Debido a la alta frecuencia con que la depresión se presenta a nivel mundial, y a la falta de estudios destinados a este propósito en Guatemala, es necesario contar con datos fidedignos de la magnitud real de dicho problema en nuestras comunidades. Lo anterior es de especial importancia, si se toma en cuenta el hecho de que en la mayor parte de casos no son diagnosticados en niveles de atención primaria, en donde podrían ser identificados y tratados tempranamente. Además se plantea el estudio debido a la falta de un sistema de detección de casos y de programas destinados a la atención del paciente con depresión clínica, como parte de Salud Pública. El diagnóstico de depresión se realiza de forma clínica, mediante instrumentos de fácil aplicación y sin la necesidad de pruebas complementarias que soporten dicho diagnóstico

Las opciones de tratamiento para el paciente con depresión dependen del grado de afección, pero en general se sabe que todo médico debe estar en capacidad de identificar dicho trastorno. La psicoterapia, se puede usar para casos de depresión menor, generalmente no es necesario asociar tratamiento farmacológico, el cual está indicado para casos de depresión mayor, en los cuales se requiere un tratamiento prolongado y apego del paciente al mismo.⁴⁰ En la actualidad no existe disponibilidad de tratamiento antidepresivo para la población en general, pero los costos y complicaciones de la depresión, ameritan su uso.

3.3 TRASCENDENCIA

Los desórdenes depresivos producen desajustes en el ámbito social, ocupacional y en los roles funcionales del ser humano dentro de su comunidad. Los efectos deteriorantes de la depresión en cuanto a calidad de vida y funcionamiento diario se refiere, son equiparables a los producidos por enfermedades cardíacas, e incluso pueden ser mayores que los debidos a diabetes, artritis y úlcera péptica. La depresión generalmente interfiere con el funcionamiento normal, afectando no solamente al paciente, sino también a las personas que rodean al mismo, especialmente cuando la depresión es severa. La mayor parte de personas con depresión no buscan ninguna clase de tratamiento médico o psicológico; a pesar de que no importando la severidad del trastorno, se puede ofrecer tratamiento médico.^{35,40}

En lugares donde no existe accesibilidad a programas de detección y tratamiento de depresión, esta recomendado realizar búsqueda activa de casos, entre aquellos sujetos en quienes se puede sospechar un riesgo elevado; por ejemplo individuos con historia familiar o personal de depresión, problemas médicos múltiples, sintomatología física inexplicable, dolor crónico, en quienes usan los servicios médicos con mayor frecuencia de la esperada o aquellos que han vivido situaciones estresantes de gran impacto cuya afectación no podían prevenir; tal es el caso de desastres naturales como la Tormenta Tropical Stan. En un estudio realizado en Honduras después del Huracán Mitch se demostró alta prevalencia de *Trastorno de Estrés Post Traumático* y *Depresión*, lo cual concuerda con la literatura mundial que establece que las poblaciones afectadas por desastres naturales o no naturales (terrorismo) presentan un aumento marcado de la prevalencia de estas dos patologías.²¹

4. REVISION TEORICA Y DE REFERENCIA

DEPRESIÓN

DEFINICIÓN

Estado depresivo es un trastorno psíquico, que produce una alteración del *humor* (afectivo), y que se caracteriza por la sensación de tristeza, además de cambios en la percepción de si mismo (autoestima), alteraciones del ciclo sueño-vigilia, alteraciones del apetito, agitación o enlentecimiento psicomotor, sentimientos de culpa e incapacidad, ideas suicidas, y síntomas somáticos de distintos tipos.^{34,28}

FISIOPATOLOGÍA

Neurotransmisión Normal

Sinapsis del sistema nervioso central

Toda la información se transmite a través del sistema nervioso central, principalmente bajo la forma de potenciales de acción del nervio, llamados impulsos nerviosos. Cada impulso puede: 1) ser bloqueado al transmitirse desde una neurona a la siguiente; 2) cambiar y convertirse en impulsos repetidos, ó 3) integrarse con los impulsos de otras neuronas para dar lugar a tipos complejos de impulsos. Estas son las *funciones sinápticas de las neuronas*.¹⁹

Tipos de sinapsis

Las hay de dos tipos:

- ◆ Sinapsis químicas: utilizadas para transmitir señales en el sistema nervioso central. La primera neurona secreta en la sinapsis una sustancia química: *el neurotransmisor*, el cual actúa sobre proteínas ubicadas en el receptor de la *membrana post sináptica* para excitarla, inhibirla o modificar su sensibilidad. Los neurotransmisores más importantes son: *acetilcolina, ácido gamma-amino butírico (GABA), glicina, serotonina y glutamato*. Una característica sumamente importante de las sinapsis químicas es que presentan *conducción unidireccional*, es decir que siempre transmiten señales en una dirección, desde la *neurona presináptica*, la cual secreta el *neurotransmisor*, hacia la *neurona postsináptica* sobre la que ejerce su función.¹⁹
- ◆ Sinapsis eléctricas: con canales directos que transmiten impulsos eléctricos desde una célula a la siguiente. Para facilitar este proceso poseen *uniones intercelulares laxas* que permiten el paso libre de los iones desde dentro de una célula a la siguiente.¹⁹

Neuroanatomía de las sinapsis

La neurona típica presenta diversas partes, pero las tres partes principales son: el *soma*, que es el cuerpo de la neurona, el *axón*, que nace en el soma y se

incorpora a un nervio u otra neurona y las *dendritas*, que son numerosas prolongaciones ramificadas del soma neuronal.¹⁹

Cada dendrita posee más o menos 10000 botones llamados *terminales presinápticas*, las cuales pueden ser *excitadoras* o *inhibidoras*.¹⁹

Terminales presinápticas

Se encuentra separada del soma de la neurona postsináptica por una *hendidura sináptica* cuya anchura es de más o menos 200 a 300 ángstroms. Posee dos estructuras importantes: las *vesículas del transmisor* y las *mitocondrias*. Las vesículas del transmisor contienen una *sustancia transmisora*, que a veces *excita* o *inhibe* la neurona post-sináptica. Todo esto depende de los *receptores* los cuales pueden ser: *excitadores* o *inhibidores*. La función de las mitocondrias es proporcionar ATP, para la síntesis de nuevas cantidades de la sustancia transmisora.¹⁹

Receptores excitadores e inhibidores¹⁹

Los mecanismos que utilizan los diversos receptores para inhibir o excitar son los siguientes:

◆ Excitación:

1. Apertura de canales de sodio. Utilizado para producir la excitación de la membrana.
2. Disminución del paso de cloro, potasio y/o ambos. Con esto el potencial de membrana se vuelve más positivo.
3. Diversos cambios en el metabolismo intrínseco de la célula.

◆ Inhibición:

1. Apertura de los canales iónicos del cloro que atraviesan la molécula del receptor.
2. Aumento de la conductancia de los iones de potasio que atraviesan el receptor.
3. Activación de enzimas inhibidoras.

Neurotransmisores¹⁹

Existen dos tipos, los cuales se pueden apreciar en la siguiente tablas:

TRANSMISORES DE MOLÉCULA PEQUEÑA Y ACCIÓN RÁPIDA

Grupo I: Acetilcolina Grupo II: Norepinefrina Epinefrina Dopamina Serotonina
--

Histamina
Grupo III: Aminoácidos
Ácido gamma-aminobutírico (GABA)
Glicina
Glutamato
Aspartato
Grupo IV:
Oxido nítrico

TRANSMISORES DE TIPO NEUROPEPTIDO DE ACCIÓN LENTA

<i>Hormonas liberadas por el hipotálamo</i>
Hormona liberadora de la tirotropina
Hormona liberadora de la hormona luteinizante
Somatostatina (factor inhibidor de la hormona del crecimiento)
<i>Péptidos hormonales</i>
ACTH
β-Endorfina
Hormona estimulante de los melanocitos α
Prolactina
Hormona luteinizante
Tirotropina
Hormona del crecimiento
Vasopresina
Oxitocina
<i>Péptidos que actúan sobre el intestino y el encéfalo</i>
Leucina (encefalina)
Metilonina (encefalina)
Sustancia P
Gastrina
Colecistocinina
Polipéptido intestinal vasoactivo (VIP)
Neurotensina
Insulina
<i>Procedentes de otros tejidos</i>
Angiotensina II
Bradicinina
Carnosina
Péptidos del sueño
Calcitonina

Transmisores de molécula pequeña y acción rápida

Generalmente son sintetizados en la terminal presináptica y luego se absorben por transporte activo hacia dentro de las numerosas vesículas de transmisores que existen en la terminal. De esta forma activan el complejo sistema de *segundo mensajero* y así es como se desencadenan las reacciones intracelulares.¹⁹

Actividad de los neurotransmisores de molécula pequeña y acción rápida

- ♦ Acetilcolina: secretada por neuronas de las células gigantes piramidales de Betz de la corteza motora, por algunas neuronas de los ganglios basales, por las moto neuronas que inervan los músculos esqueléticos, por las neuronas preganglionares del sistema nervioso autónomo, por las neuronas posganglionares del sistema nervioso parasimpático, y por algunas neuronas posganglionares del sistema nervioso simpático. Generalmente tienen efectos excitadores, salvo en terminaciones nerviosas parasimpática periférica, como la inhibición del corazón por el nervio vago.¹⁹
- ♦ Norepinefrina: secretada por neuronas del tronco encefálico y el hipotálamo, concretamente en las neuronas secretoras que se encuentran en el *locus ceruleus* de la protuberancia y cuyo efecto es regular el humor y la actividad global de la mente.¹⁹
- ♦ Dopamina: secretada por las sustancias que se asientan en la sustancia negra. Efecto inhibitor.¹⁹
- ♦ Glicina: secretada por las sinapsis de la médula. Efecto Inhibidor.¹⁹
- ♦ GABA: secretada en las terminales nerviosas de la médula, el cerebelo, los ganglios basales y otras áreas de la corteza. Inhibidor.¹⁹
- ♦ Glutamato: secretada en las terminales presinápticas de diversas vías sensoriales. Excitador.¹⁹
- ♦ Serotonina: secretada por los núcleos que se encuentran en el rafe medio del tronco encefálico, y que se proyectan hacia muchas áreas del encéfalo, en especial hacia las astas dorsales de la médula y al hipotálamo. Inhibidor de las vías del dolor en la médula, regula el humor o estado afectivo y se cree que puede producir sueño.¹⁹
- ♦ Oxido nítrico: Es secretado en las zonas del encéfalo que son responsables de la memoria y del comportamiento a largo plazo. Cambia las funciones metabólicas que modifican la excitabilidad neuronal durante unos segundos, minutos o más tiempo.¹⁹

Neurobiología de la Depresión

Herencia

Existe suficiente evidencia que confirma que la depresión puede ser un trastorno hereditario, de hecho se ha comprobado que existe un defecto en las regiones dístales del gen insulínico y en el oncogen *Ha-ras-1*, encontrados en el brazo corto del cromosoma 11. Los datos sugieren que existe la presencia de un gen dominante de penetrancia incompleta, lo cual sugiere que la exposición al ambiente, otros factores genéticos, o ambos, son necesarios para que la enfermedad sea expresada.¹⁶

Alteraciones del ciclo circadiano

Los estados depresivos por lo general provocan anomalías de los ciclos biológicos normales, especialmente en la arquitectura del sueño. Este tipo de anomalías fue de los primeros diagnósticos biológicos en psiquiatría. Generalmente la depresión causa una desincronización entre los estados REM y no REM (Rapid Eye Movements), de modo que el estado REM de latencia se ve acortado.¹⁷

Alteraciones anatómicas

Diversos estudios en los cuales se comparan los síntomas clínicos propios de ciertas regiones del cerebro con los síntomas depresivos (depresión unipolar) han demostrado que las principales regiones afectadas en el estado depresivo son los ganglios basales y las redes en que participan la corteza prefrontal. De hecho el metabolismo de la glucosa en los núcleos caudado y los lóbulos frontales de los pacientes deprimidos se encuentran disminuidos. Estudios con tomografía computarizada de emisión de fotón único (SPECT) demostraron cambios en el riego sanguíneo de dichas regiones y también se han demostrado cambios en la sustancia blanca subcortical. Además entre los cambios anatómicos que se presentan se encuentra la presencia de un mayor cociente ventrículo:encéfalo, aunque no se ha comprobado que este estado refleje una atrofia cerebral. Se ha demostrado así mismo que existen cambios marcados y anomalías estructurales en el hipocampo, lo que demuestra afectación del sistema límbico.^{13,7,5,22}

Alteraciones bioquímicas

Se ha demostrado que existe una alteración de la actividad noradrenérgica, con aumento concomitante de la unión a los receptores α_1 , α_2 y β -adrenérgicos de la corteza cerebral, con una disminución del número total y de la densidad de las neuronas noradrenérgicas del locus ceruleus. Además también se han encontrado concentraciones bajas de triptófano en el plasma, de ácido 5 – hidroxindolacético (metabolito principal de la serotonina en el cerebro) en el LCR y de la unión del transportador serotoninérgico de las plaquetas, lo cual sugiere la participación del sistema de serotonina. Además se ha demostrado un aumento de la densidad de receptores de serotonina en el cerebro de personas que se han suicidado. También se ha visto que cuando se agota el triptófano sanguíneo, aminoácido precursor de la serotonina, se contrarrestan los efectos de los antidepresivos.^{16,17,13,7,5}

Causas de los síntomas neurovegetativos

Existen cuatro alteraciones básicas que causan los signos y síntomas neurovegetativos:^{16,17,13,7,5}

1. Aumento de la secreción de cortisol y de la hormona liberadora de corticotropina (CRH).
2. Aumento del tamaño de las suprarrenales.
3. Descenso de la respuesta inhibitoria de los glucocorticoides a la dexametasona.
4. Respuesta amortiguada de la tirotrópina (TRH). El tratamiento antidepresivo normaliza estas alteraciones hipofiso – suprarrenales.

Se ha sugerido fuertemente que todas estas alteraciones son secundarias a un defecto primario de la regulación de los ritmos biológicos del individuo afectado.^{17,18,14,7,5}

FACTORES DE RIESGO

La depresión puede estar causada por uno o varios factores, es decir, la etiopatogenia de los trastornos depresivos es multifactorial.

Una gran variedad de factores, tanto biológicos como psicosociales, interaccionando entre si o no, parecen intervenir en la etiopatogenia de la depresión. La importancia y el peso de cada uno de ellos probablemente difieren según el tipo de depresión.

Entre los factores que están implicados en la etiopatogenia de la depresión se encuentran los siguientes:

Factores genéticos: ^{16,17,13,7,5}

En términos generales, los resultados de diversos estudios muestran que los familiares de los pacientes con depresión padecen la enfermedad con una frecuencia hasta tres veces superior a la de los familiares de los controles sanos.

Factores bioquímicos ^{16,17,13,7,5}

- *Alteraciones de los neurotransmisores:* Se ha demostrado que la bioquímica del cerebro juega un papel significativo en los trastornos depresivos. Se sabe que las personas con depresión grave tienen desequilibrios de ciertas sustancias químicas en el cerebro, conocidas como neurotransmisores.
- *Alteraciones neuroendocrinológicas:* Las alteraciones más relevantes en esta área han sido detectadas en relación con las llamadas depresiones endógenas. Se han descrito alteraciones en distintos ejes endocrinológicos: eje hipotalámico-hipofisario-suprarrenal, eje hipotalámico-hipofisario-tiroideo, eje somatotropo, glándula pineal y eje lactotropeo.
- *Alteraciones neurofisiológicas:* La investigación en esta área se ha centrado en los hallazgos observados mediante técnicas como el EEG tradicional o el EEG computarizado, los estudios de las fases del sueño y los estudios de potenciales evocados.

Factores psicológicos y/o psicosociales. ^{26,20}

- *Situaciones estresantes:* La muerte de un familiar próximo o de un amigo, una enfermedad crónica, problemas interpersonales, dificultades financieras, divorcio, etc. pueden ocasionar síntomas de depresión que sostenidos a lo largo del tiempo pueden desencadenar en una depresión clínica.
- *Personalidad:* Las personas con esquemas mentales negativos, baja autoestima, sensación de falta de control sobre las circunstancias de la vida y tendencia a la preocupación excesiva son más propensos a padecer depresión.
- La depresión también puede ocurrir con cierto número de enfermedades o trastornos físicos, así como por el uso de distintos fármacos y por el abuso del alcohol o drogas.

MANIFESTACIONES CLINICAS DE DEPRESIÓN

Emocionales

Generalmente los pacientes presentan “*dolor moral*” (tristeza, melancolía, desaliento, llanto), angustia, tensión, irritabilidad, sentimientos negativos, culpa, falta de esperanza, desamparo, impotencia, frustración, autoreproche, pérdida o reducción de la gratificación, abatimiento, aburrimiento, poca satisfacción, pérdida del humor, recordar constantemente el pasado, presente y futuro, deseos de escapar, retirarse o evadirse.¹

Psíquicas

Enlentecimiento psicomotor, de las respuestas mentales al medio, indecisión. Conductas que originan dolor, mala concentración, poca memoria, variación diurna, mejoría sintomática a medida que pasa el día, ideas suicidas, deseos de muerte, conductas autodestructivas, etc.¹

Psicomotores³⁸

- Motor grueso: disminución en las 24 horas del día.
- Movimientos corporales: Movimientos involuntarios de los ojos, cabeza, tics.
- Conversación: cambios en la velocidad del habla y al pronunciar diptongos.
- Tiempo de respuesta motora: lentitud de reacción.

Síntomas somáticos y depresión

Durante la consulta médica en los centros de primer nivel, muchos pacientes que padecen de depresión se presentan con síntomas somáticos, como cefalea, constipación, dolor de espalda o simplemente debilidad como motivo de consulta.^{40,1,2} La frecuencia de esta asociación depende mucho de cómo se define la somatización, además de las características de los médicos y de los sistemas de salud y obviamente de las diferencias culturales entre los pacientes. Las principales manifestaciones somáticas que presentan los pacientes deprimidos son las siguientes:

- Trastornos del sueño como despertar temprano, dificultad para conciliar el sueño, despertar varias veces en la noche, duerme muchas horas, fatiga, letargia y debilidad generalizada.¹
- Cambios en los hábitos alimentarios e intestinales: anorexia, síndrome de colon irritable, pérdida de peso que generalmente oscila entre los 2 y 10 kilos por año no explicada por dieta o aumento de actividad, pérdida del apetito sexual, aumento del temor a la impotencia.¹
- Trastornos cardiovasculares como palpitaciones, sensación de peso en la región precordial, disnea, etc.¹
- Otros padecimientos somáticos como dolor, el cual presenta una prevalencia de 60% en estos pacientes, generalmente de tipo crónico y de múltiples ubicaciones físicas, migraña, dolores abdominales, dolores de espalda,

nauseas, parestesias, crisis de vértigo o mareo, dolores o malestares vagos.^{1,2}

Los síntomas somáticos se presentan con más frecuencia en los centros de atención primaria donde los pacientes tienen un contacto personal con el médico. Un cuarto de los pacientes deprimidos reportan múltiples e inexplicables síntomas somáticos, y el once por ciento niegan síntomas psicológicos en el interrogatorio inicial.³⁷

Somatización

Existen tres definiciones que han sido utilizadas en relación al Estado Depresivo:

- ◆ Primera definición: en esta se enfatiza la presentación con síntomas somáticos, es decir los pacientes que cumplen criterios para un desorden depresivo y que consultan sólo por síntomas somáticos.³⁷
- ◆ Segunda definición: esta enfatiza la asociación entre depresión y síntomas somáticos inexplicados. Así, se describe la influencia de un “distress psicológico” en la percepción de los síntomas somáticos, algo como una “amplificación somato sensorial”.³⁷
- ◆ Tercera definición: aquí los pacientes “niegan” que exista un distress psicológico de algún tipo, substituyéndolo por síntomas somáticos.³⁷

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de depresión generalmente es subestimado en la consulta médica general, y muchas veces la falta de conocimiento de la sintomatología provoca que los pacientes sean tratados solo por “sintomatología” y no la base de su padecimiento. La depresión presenta signos y síntomas que el clínico debe conocer para poder identificar un posible caso de depresión. Existe varios test cuya aplicación ha sido validado a lo largo de la historia de la psiquiatría como el test de *Zung*, el cual mide la intensidad de la depresión sin tomar en cuenta el diagnóstico, dándole importancia a la presencia de un síntoma que puede tener importancia clínica. Consta de 20 declaraciones que se refieren a las características comunes y específicas de la depresión. Esta diseñado de manera que un índice bajo indica poca o ninguna depresión, en tanto que un índice alto señala depresión de significancia clínica.^{1,32,36,44}

Test de Zung

En 1965 se publicó por primera vez la escala para medición de la depresión **EAMD**, por el Dr. William Zung, destinada a medir cuantitativamente la depresión. Sus ventajas radican en su aplicación, que requieren de poco tiempo. Abarca en sus preguntas los tres aspectos sintomáticos de la depresión, como son: *estados afectivos, estados fisiológicos y estados psicológicos*. Las declaraciones que presenta este test son redactadas en lenguaje de fácil comprensión para el paciente. A cada pregunta se le asigna un valor de 1 a 4 puntos, donde el valor más alto nos da el signo o síntoma específico que el paciente manifiesta. Estos valores individuales se suman para darnos una calificación básica, que luego se traslada al índice **EAMD** basado en 100%.⁴⁴ De tal manera que un índice bajo señala poca o ninguna depresión en tanto el índice alto señala una depresión de significación

clínica. La calificación básica ya trasladada al índice **EAM** se interpreta de la siguiente manera:⁴⁴

- Puntuación de 25 a 50: límites normales.
- Puntuación de 50 a 59: depresión mínima o ligera.
- Puntuación de 60 a 69: depresión moderada o marcada.
- Puntuación de 70 a 100: depresión severa o extrema.

Sus ventajas: poco tiempo de aplicación, descubre depresiones ocultas, es útil para seguir el curso de una enfermedad y diferenciar la depresión de la ansiedad.

Zung tomó elementos que conllevan características específicas: *culpa, insomnio, inapetencia, acceso al llanto, constipación hasta llegar a la gravedad que marca el suicidio*. Afirma que esta escala es relativamente independiente con respecto a factores de edad, educación, estado marital, sexual, inteligencia, ingresos económicos, familiares y situación social del paciente. Generalmente se necesitan menos de 5 minutos para hacer la prueba. Los estudios estadísticos indican que las mediciones obtenidas de esta manera pueden correlacionarse de manera segura con otras escalas de medición de la depresión que requieren más tiempo, que están en uso actualmente.⁴⁴

Al realizar el test Zung concluyó que los síntomas deberían de abarcar: alteraciones fisiológicas y psicológicas, después de un estudio cuidadoso consideró que incluiría:³⁷

- a. deprimido triste.
- b. Acceso de llanto.

Equivalentes fisiológicos:

- A. Alteración de los hábitos.
- B. Variación diurna:

- 1. Exageración de los síntomas en la mañana, alivio parcial durante el día.
- 2. Despertar del sueño temprano.
- 3. Pérdida del apetito.
- 4. Pérdida de peso.
- 5. Disminución del libido.

- C. Otras alteraciones:

- 1. Constipación.
- 2. Taquicardia.
- 3. Fatiga.

Equivalentes psicológicos

- A. Actividades psicomotoras:

- 1. Agitación.

2. Lenificación.

B. Ideacionales:

1. Confusión.
2. Sensación de vacío.
3. Desesperanza.
4. Indecisión.
5. Irritabilidad.
6. Insatisfacción.
7. Devaluación personal.
8. Ideación suicida.

Una vez definidos estos puntos se elaboraron 20 reactivos que se referían a estos puntos. Planteando 10 en sentido positivo y 10 en sentido negativo, para evitar que el paciente pudiera encontrar una tendencia en el estudio.⁴⁴

Inventario Beck de Depresión (BDI)^{3,4}

Este instrumento consta de 21 ítems, en los cuales se evalúan actitudes y síntomas característicos de depresión, dependiendo del puntaje se pueden obtener los siguientes resultados:

- Normal
- Depresión leve a moderada
- Depresión moderada a severa
- Depresión severa

Inventario Multifásico de la Personalidad (MMPI)²⁰

El inventario consiste en 550 afirmaciones que el sujeto debe clasificar como Verdaderas o Falsas si es que son aplicables o no a sí mismo. En la forma colectiva se han duplicado 16 ítems con el propósito de facilitar el cómputo mecánico.²⁰

Los resultados obtenidos corresponden a su puntaje en cuatro Escalas de validez que son No sé, L, F y K y diez Escalas Clínicas que son Hs (Hipocondría), D (Depresión), Hy (Histeria), Pd (Psicopatía), Mf (Masculino - Femenino), Pa (Paranoia), Pt (Psicastenia), Sc (Esquizofrenia), Ma (Hipomanía) y Si (Introversión Social).²⁰

Actualmente, considerando la connotación patológica que tienen los nombres de la mayoría de las escalas clínicas y a que ellas demostraron no ser medidas puras de los síndromes señalados por su nombre, se tiende más bien a nombrarlas por un número. Así, Hs se señala como escala 1, D como escala 2, Hy como 3, Pd como 4, Mf como 5, Pa como 6, Pt como 7, Sc como 8, Ma como 9 y Si como 0.²⁰

La Escala Depresión (D) mide la profundidad del síntoma o complejo de síntomas clínicamente reconocidos como depresión. La depresión puede ser la perturbación principal del paciente o puede estar acompañada o ser resultado de otros problemas de personalidad. Un puntaje alto de D indica empobrecimiento de

la moral con ciertos sentimientos de inutilidad e incapacidad de asumir optimismo normal en relación con el futuro. Un alto puntaje sugiere además una característica de personalidad temprana en que la persona reacciona al “stress” con depresión, y se caracteriza por falta de confianza en sí misma, tendencia a la preocupación, estrechez de intereses o introversión.²⁰

Schaefer realizó un estudio en 200 pacientes donde comparó la validez de los test de Zung, Beck, y el MMPI, encontrando que la mayor validez la presentó el test de Zung, siendo además el test de Zung y el de Beck específicos para depresión, mientras el MMPI caracteriza no solo estados depresivos sino otras patologías. Además son de más frecuente uso en las consultas externas en el primer nivel de atención en Estados Unidos, siendo más usados incluso de los criterios del DSM-IV-R (descrito a continuación), razones por las cuales se eligió el test de Zung para su utilización en el presente estudio.²⁰

Criterios Diagnósticos del DSM-IV-R

En el siguiente cuadro se describen los criterios diagnósticos y las categorías en las cuales se clasifica la depresión dependiendo de la duración y el número de criterios (según el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition Revised):^{40,11}

CATEGORÍAS DIAGNÓSTICAS PARA DEPRESIÓN

<i>Categoría diagnóstica</i>	<i>Criterio</i>	<i>Duración</i>
Depresión menor	2 a 4 síntomas depresivos, incluyendo Sensación de depresión y anhedonia	Más de 2 semanas
Distimia	3 o 4 síntomas distímicos, incluyendo Sensación de depresión y anhedonia	Más de 2 años
Depresión mayor	Más de 5 síntomas depresivos, incluyendo Sensación de depresión y anhedonia	Más de 2 semanas
<i>Leve</i>	Algunos de los síntomas son excesivos Leve daño funcional.	
<i>Moderada</i>	Gran número e intensidad de síntomas Depresivos Moderado daño funcional.	
<i>Severa</i>	Marcada intensidad y penetración de Síntomas depresivos. Daño funcional substancial.	

SÍNTOMAS DEPRESIVOS

<i>Síntoma</i>	<i>Definición</i>
Sensación de depresión	Animo depresivo la mayor parte del día, casi cada día.
Anhedonia	Marcada disminución del interés o placer en todas las actividades.
Cambios de peso	Aumento o pérdida de peso no intencional.
Disturbios del sueño	Insomnio y hipersomnio casi cada día.
Problemas psicomotores	Disminución o agitación psicomotriz casi cada día.
Falta de energía	Fatiga o pérdida de energía casi a diario.

Sensación de culpa	Sentirse inservible o con culpa casi a diario.
Poca concentración	Disminución de la habilidad de pensar o concentrarse casi a diario
Ideas suicidas	Pensamientos recurrentes de suicidio.

Depresión mayor

Es un estado de ánimo deprimido que dura más de 2 semanas en los cuales el paciente presenta tristeza, indiferencia o apatía, irritabilidad, además de trastornos en el ciclo circadiano y en las distintas funciones neurovegetativas, además de trastornos de peso, fatiga, alteración la capacidad para concentrarse y la toma de decisiones y muchas veces pensamientos relacionados con la muerte. También presentan una pérdida profunda de la capacidad de sentir placer en todas las actividades que pueden producirlo.¹¹

Trastorno distímico

Aquí se presenta un patrón crónico (al menos 2 años) con presencia de síntomas depresivos leves y constantes, menos graves y que además provocan menor incapacidad que la depresión mayor.¹¹

Riesgo de suicidio

El riesgo de suicidio se valora preguntando al paciente directamente si ha pensado o se ha hecho daño a sí mismo en alguna ocasión, además de si tiene un “plan” para llevar a cabo dichas actividades, ya que cuando se presenta un plan específico es muy probable que existe un mayor “potencial” de llevarlo a cabo. En la siguiente tabla se presentan los factores de riesgo para suicidio en pacientes con depresión mayor:¹¹

FACTORES DE RIESGO PARA SUICIDIO EN PACIENTES CON DEPRESIÓN MAYOR

Edad mayor de 65 años
Sexo masculino
Raza blanca o nativa de América
Soltero, divorciado, separado o viudo (especialmente sin hijos)
Desempleado
Historial de admisión a centros psiquiátricos
Historia familiar o personal de uno o más intentos suicidas
Abuso de drogas o alcohol
Haber sido sometido a situaciones severas de estrés en un pasado reciente
Ataques de pánico y ansiedad severa
Enfermedades severas (especialmente de reciente inicio)
Sentimientos severos de desesperanza o anhedonia
Planes específicos de suicidio (especialmente con un gran potencial de letalidad)
Acceso a armas de fuego u otros objetos letales

TRATAMIENTO

Necesidad de tratamiento

Para iniciar un tratamiento específico es necesario establecer la probabilidad de que el paciente se recupere espontáneamente durante el período comprendido entre las dos a cuatro semanas después de la consulta. Los pacientes con enfermedad que va de moderada a severa, con un daño funcional sustancial o que tienen una larga duración de la enfermedad deberán iniciar tratamiento. Los pacientes con sintomatología leve deben ser revaluados y después de algunas semanas si los síntomas no remiten deben ser tratados.^{40,11}

Educación al paciente

Es importante brindar educación al paciente sobre su estado, darle a entender que es resultado de una predisposición muchas veces hereditaria y la suma de factores biológicos y psicosociales. Es clave que el paciente conozca su padecimiento y comprenda claramente los objetivos del tratamiento y hay que orientarlo hacia la búsqueda de información si el así lo quiere.^{40,11}

Farmacoterapia

En la siguiente tabla se muestran las diversas variedades de antidepresivos según su mecanismo de acción:^{40,11}

ANTIDEPRESIVOS

Inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina
<i>Tricíclicos (aminas terciarias)</i>
Amitriptilina
Doxepina
Imipramina
<i>Triciclitos (aminas secundarias)</i>
Desipramina
Nortriptilina
<i>Bicíclicos</i>
Venlafaxina
Inhibidores selectivos de la recaptación de de serotonina
Citalopram
Fluoxetina
Paroxetina
Sertralina
Antagonistas de serotonina
Mirtazepina
Inhibidores de la recaptación de norepinefrina y dopamina
Bupropion
Inhibidores de la recaptación y antagonistas de serotonina
Nefazodona
Trazodona

Selección del tratamiento

Generalmente la selección del tratamiento depende mucho de la sintomatología psicosomática del paciente, puesto que no se ha demostrado eficacia de un solo medicamento para tratar todos los síntomas depresivos, la siguiente tabla muestra algunas de las indicaciones para el uso de antidepresivos según sintomatología:^{40,11}

INDICACIONES ESPECÍFICAS PARA EL USO DE ANTIDEPRESIVOS

MEDICAMENTO	INDICACIÓN (SÍNTOMAS)
Inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina	
<i>Tricíclicos (aminas terciarias)</i>	
Amitriptilina	Dolor crónico, insomnio, migraña, neuralgia post-herpética
Doxepina	Alcoholismo, insomnio, neuralgia post-traumática, desordenes de estrés.
Imipramina	Eneuresis, insomnio, desorden de pánico, estrés post-traumático, desorden obsesivo compulsivo
<i>Tricíclicos (aminas secundarias)</i>	
Desipramina	Déficit de atención, bulimia, neuropatía diabética, neuralgia post-herpética
Nortriptilina	Déficit de atención, dolor crónico de espalda, síndrome de intestino irritable, neuropatía diabética
<i>Bicíclicos</i>	
Venlafaxina	Desorden de ansiedad, dolor neuropático, síndrome obsesivo compulsivo
Inhibidores selectivos de la recaptación de de serotonina	
Citalopram	Síndrome obsesivo compulsivo, depresión post ECV, Pánico
Fluoxetina	Bulimia, síndrome obsesivo compulsivo
Paroxetina	Síndrome obsesivo compulsivo, desorden de pánico, migraña, fobia social
Sertralina	Síndrome obsesivo compulsivo, desorden de pánico, estrés post traumático
Antagonistas de serotonina	
Mirtazepina	Ansiedad, insomnio
Inhibidores de la recaptación de norepinefrina y dopamina	
Bupropion	Déficit de atención, cesar de fumar, estrés post traumático
Inhibidores de la recaptación y antagonistas de serotonina	
Nefazodona	Desorden de pánico, estrés post traumático
Trazodona	Insomnio

LA TORMENTA TROPICAL STAN EN GUATEMALA

En meteorología, un ciclón tropical es un sistema tormentoso con una circulación cerrada alrededor de un centro de baja presión, alimentado por el calor producto del aire húmedo que se levanta y se condensa. El nombre tiene su origen en los trópicos y su naturaleza ciclónica. Se distinguen de otras tormentas ciclónicas como las bajas polares por el mecanismo de calor que las alimenta, que las convierte en sistemas tormentosos de "núcleo cálido".⁴¹

Dependiendo de su fuerza y localización, un ciclón tropical puede llamarse depresión tropical, tormenta tropical, huracán, o tifón, además de otros nombres.⁴¹

Estructuralmente, un ciclón tropical es un gran sistema de nubes en rotación, viento y tormentas. Su fuente primaria de energía es la expulsión de calor condensado del vapor de agua que se condensa a grandes altitudes, calor derivado en definitiva por el propio Sol. Además, un ciclón tropical puede ser interpretado como una gigante máquina térmica vertical soportado por la mecánica y fuerzas físicas como la rotación y gravedad de la Tierra. La condensación conduce a mayor velocidad de vientos, ya que una pequeña fracción de la energía expulsada se convierte en energía mecánica ^[1]. Los vientos más rápidos y presiones más bajas asociadas con ellos causan una mayor evaporación en superficie. Mucha de la energía expulsada conduce las corrientes de aire, lo que aumenta la altura de las nubes, acelerando la condensación ^[2]. Esto permite que aumenten los factores que proveen al sistema con la energía necesaria para ser autosuficiente y causar un bucle de alimentación positiva donde puede obtener más energía siempre que la fuente de calor, agua cálida, persista. Los factores como una ausencia continuada de equilibrio en la masa de distribución de aire darían también energía de soporte al ciclón. La revolución orbital de la Tierra causa que el sistema gire, un efecto conocido como el efecto Coriolis, dando una característica ciclónica y afectando a la trayectoria de la tormenta.

La tormenta tropical Stan fue la decimooctava tormenta tropical y el décimo huracán de la temporada de huracanes del Océano Atlántico en 2005. Fue una tormenta relativamente fuerte que, mientras se estableció como huracán de Categoría 1 durante un corto período de tiempo, causó inundaciones y desprendimientos en los países centroamericanos de Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras, Nicaragua además del sur de México durante los días 3, 4 y 5 de octubre de 2005. Los territorios más afectados fueron Guatemala y El Salvador, donde se produjo el mayor número de fallecidos.⁴¹

Los primeros reportes de prensa de octubre de 2005 sobre la tormenta tropical Stan afirmaban la formación de una depresión tropical frente a la costas de Ocosingo, San Marcos, la cual provocaría fuertes lluvias, las lluvias hasta entonces estaban afectando toda la costa sur, hasta la frontera con El Salvador, según reportes del Instituto Nacional de Sismología, Vulcanología, Meteorología e Hidrología (Insivumeh).

En países vecinos como El Salvador ya se había declarado estado de emergencia por el gobierno debido a 26 muertes debidas a las torrenciales lluvias, en Honduras ya habían sido 140 familias evacuadas por las lluvias.³³

La tormenta progresa durante el mes de octubre de 2005 y causa daños serios a la infraestructura del país, así como a la población en general.

Al 11 de octubre se confirmaron al menos 1,500 personas fallecidas y más de 3,000 desaparecidas. Muchas comunidades fueron desoladas especialmente Panabaj, aldea que se encuentra cerca del lago de Atitlán en Sololá.

Otras de las comunidades más afectadas fueron las ubicadas en la cumbre de Alaska, municipio de Santa Catarina Ixtahuacán, Sololá, donde se asentaron varias comunidades que perdieron sus viviendas.

Los tres departamentos más afectados por la tormenta fueron en orden descendiente San Marcos, Escuintla y Sololá. En San Marcos hubo 371 comunidades damnificadas, entre 1980 y 5449 viviendas destruidas, aproximadamente 133 personas desaparecidas y más o menos 200 personas fallecidas. En Escuintla fueron damnificadas 305 comunidades, aproximadamente 58 viviendas destruidas, 12 personas desaparecidas y 30 fallecidos. En Sololá el saldo fue de 95 comunidades damnificadas, 1980 viviendas destruidas, 691 desaparecidos, 271 fallecidos. Lo cual da una idea del saldo destructivo que esta tormenta tuvo en Guatemala.¹⁸

El proceso de reconstrucción ha sido largo, en muchos casos la gente que se ubica en lugares como la cumbre de Alaska aún no tienen vivienda con infraestructura adecuada para vivir. Muchas comunidades dependen de una ONG para lograr adquirir una vivienda.

Las condiciones de vida no son las adecuadas. No se llenan servicios elementales como agua y luz. En estas comunidades se encuentra gran prevalencia de enfermedades de la piel y problemas por con los alimentos por la mala higiene. Muchas personas refieren que han “perdido la esperanza” debido a la tardanza con que se esta dando la reconstrucción de sus viviendas y la falta de condiciones de vida adecuadas para la vida.

Transcurrido un año de la tormenta Stan, el gobierno no ha logrado reconstruir el tejido social, y al menos 10 mil de las 13 mil familias que perdieron su casa deberán esperar hasta mediados del 2007 para ser reubicadas.

5. OBJETIVOS

5.1 GENERAL

Describir la prevalencia de depresión en personas de las comunidades afectadas por la tormenta tropical Stan en los asentamientos de la cumbre de Alaska del Municipio de Santa Catarina Ixtahuacán Sololá en las personas adultas de ambos sexos durante el año 2,006.

5.2 ESPECIFICOS

Identificar el grado de depresión clínica en personas de las comunidades afectadas por la tormenta tropical Stan, en los asentamientos de la cumbre de Alaska.

Identificar los estresores que puedan estar relacionados en la aparición de depresión clínica en las comunidades en estudio.

Cuantificar la prevalencia de depresión de acuerdo a sexo, grupo de edad y estado civil, en las comunidades afectadas por la tormenta tropical Stan, en los asentamientos de la cumbre de Alaska.

6 DISEÑO DEL ESTUDIO

6.1 TIPO DE ESTUDIO

Descriptivo Transversal.

Área de estudio

Población asentada que fue afectada por la tormenta tropical Stan en la cumbre de Alaska del municipio de Santa Catarina Ixtahuacán Sololá.

6.2..UNIDAD DE ANÁLISIS

Personas mayores de 15 años que viven en la cumbre de Alaska en Santa Catarina Ixtahuacán, Sololá.

6.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

6.3.1 POBLACIÓN

Población mayor de 15 años asentada que fue afectada por la tormenta tropical Stan en la cumbre de Alaska del municipio de Santa Catarina Ixtahuacán Sololá. (1,203 personas)

6.3.2 MUESTRA

No existió muestra, debido a que se tomó en cuenta la totalidad de la población mayor de 15 años.

Criterios de Inclusión

Personas mayores de 15 años afectadas por la tormenta tropical Stan.

Personas que residan actualmente en la cumbre de Alaska, en las comunidades afectadas.

Criterios de Exclusión

Personas migrantes de la cumbre de Alaska.

Personas con discapacidad mental.

Personas con trastornos neurológicos que impidan la realización del estudio.

Personas que no autorizaron la realización del estudio.

Personas con diagnóstico previo de depresión o que se encuentren en tratamiento por afecciones psiquiátricas.

6.4 DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Operacionalización de las variables

VARIABLE	DEFINICIÓN	INDICADORES	TIPO DE VARIABLE
Depresión	Es un trastorno psíquico, que produce una alteración del <i>humor</i> (afectivo), y que se caracteriza por la sensación de tristeza, además de cambios en de la percepción de si mismo (autoestima), alteraciones del ciclo sueño-vigilia, alteraciones del apetito, agitación o retardamiento psicomotor, sentimientos de culpa e incapacidad, ideas suicidas, y síntomas somáticos de distintos tipos.	Escala de medición del Test de Zung. Índice EAD Impresión Clínica < 50 Normal. 50 – 59 Depresión leve. 60 – 69 Depresión moderada. 70 o > Depresión severa.	Intervalo

VARIABLE	DEFINICIÓN	INDICADORES	TIPO DE VARIABLE
Afectación por la tormenta tropical Stan.	Personas que han tenido que migrar hacia los asentamientos de la cumbre de Alaska, debido a que sus comunidades fueron destruidas o parcialmente destruidas por la tormenta tropical Stan.	Personas que fueron afectadas por la tormenta tropical Stan. Personas no afectadas por la tormenta tropical Stan.	Nominal
Edad	Tiempo que ha vivido una persona a contar desde que nació.	Medida cronológica (en años) desde el nacimiento a la fecha actual.	Nominal
Sexo	Diferencia física constitutiva entre el hombre y la mujer.	Masculino Femenino	Nominal
Estado Civil	Condición de cada persona con relación con los derechos y obligación civiles.	Casados Unidos Solteros Divorciados Viudos	Nominal

VARIABLE	DEFINICION	INDICADORES	TIPO DE VARIABLE
Estresor	Son eventos objetivos y/o estímulos externos que producen una reacción tensional de tipo psíquico o psicológico.	Situaciones estresantes tales como: muerte de un familiar, problemas interpersonales, dificultades financieras, divorcio, etc.	Nominal

6.5 TÉCNICAS, PROCEDIMIENTOS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS

6.5.1 Procedimiento

Se recolectaron los datos con el instrumento, previamente validado en personal de etnia Quiché que labora en el Centro de Salud del Distrito de Nahualá, Sololá, en las comunidades afectadas por la Tormenta Stan. Se comunicó previo a la realización de la encuesta a los comités de cada comunidad, de forma que el día de la realización de la encuesta se encontraran presentes las personas que habitan cada población.

La recolección de datos se realizó de la siguiente forma: tomando en cuenta que existe diez comunidades, se distribuyeron las poblaciones en dos grupos de 3 comunidades y un grupo de cuatro comunidades, de manera que exista una proporción de habitantes similar en cada grupo. Después, habiendo realizado un sorteo al azar la distribución de los grupos de poblaciones para cada investigador quedó de la siguiente manera:

- Juan Carlos Pérez Sánchez: *Chuatarras, Pacutamá II y Tzamyub.*, con un total de 414 personas. (ver croquis 1, 6 y 9)
- Javier Rolando Falla Galliano: *Xeabaj II, Xoljá I y Xoljá II*, con un total de 408 personas. (ver croquis 2, 3 y 10)
- Lesly Campbell Porres: *Pacutamá I, Chuicutamá, Pacorral II y Chajuab*, con un total de 381 personas. (ver croquis 4, 5, 7 y 8)

Una vez distribuida la población se procedió a recolectar la información iniciando en cada comunidad en la casa marcada como número 1 (ver cada croquis en anexos) y se continuó en orden ascendente hasta terminar con la última casa de cada comunidad.

El croquis del área total se puede apreciar en **croquis 11**.

6.5.2 Técnicas

Encuesta

Se realizó a personas mayores de 15 años, de ambos sexos que viven en las comunidades de la cumbre de Alaska del municipio de Santa Catarina Ixtahuacán, Sololá.

Tras haber delimitado el área geográfica y las comunidades a estudiar, se procedió a seleccionar a las personas mayores de 15 años de ambos sexos que viven en cumbre de Alaska, Santa Catarina Ixtahuacán, de acuerdo al muestreo.

En forma personalizada y con la ayuda de un traductor de Quiché, se leyó la boleta de recolección de datos y los algoritmos diagnósticos del *Test de Zung*, (instrumento de recolección de datos estará también traducido al Quiché, ver **anexos**).

Se obtuvo previamente el consentimiento informado de las personas seleccionadas para el estudio y de los comités de desarrollo comunitario.

6.6 ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN

Debido a que el estudio a realizar no fue de tipo experimental, no se influyó en la integridad de la persona sujeto de estudio. Antes de realizar el estudio se obtuvo la autorización correspondiente a las autoridades del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, representadas en Sololá por el Distrito No 6 (Nahualá). Se solicitó consentimiento a los sujetos que conformarán parte del estudio, los objetivos del mismo y el uso de la información obtenida. El manejo de los datos que se obtuvieron es confidencial y su contenido fue utilizado únicamente con fines de investigación.

6.7 ALCANCES Y LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

Alcances

- Sentar bases para la realización de estudios en otras regiones afectadas por la tormenta Stan, para evaluar la prevalencia de depresión clínica en dichas regiones.
- Obtención de datos estadísticos con respecto a la presencia de depresión clínica en el área, que puedan ser utilizados para la planificación en salud en el departamento de Sololá.
- Determinar la magnitud real del problema para que se tomen medidas destinadas a resolver dicho problema.

Limitaciones

- Accesibilidad al área, debido al mal estado de la red de comunicación vial en dicha región.
- Idioma de la región, ya que la mayor parte de la población únicamente habla Quiché y no español.

Asesoría técnica del personal encargado de la traducción; ya que debido a la limitación del idioma, fue necesario contar con personal encargado de comunicar la encuesta destinada a obtener los datos de la investigación.

6.8 PLAN DE ANÁLISIS Y TRATAMIENTO ESTADÍSTICO DE LOS DATOS

Para procesar los datos obtenidos por medio del instrumento de recolección, se tabuló la información obtenida, identificando el número de personas deprimidas, clasificándolas de acuerdo a los lineamientos del *test de Zung*.

De las personas deprimidas se estableció la prevalencia. Se determinó la distribución de casos de acuerdo al sexo y grupo etario. Se identificaron los principales factores de riesgo asociados a la prevalencia de depresión en las comunidades, y su relación con las secuelas de la Tormenta Tropical Stan.

Posteriormente, se elaboraron cuadros estadísticos para dar a conocer los resultados, en el programa Excel de Windows Office. Se realizó un análisis estadístico de los resultados obtenidos por medio de porcentajes

7. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

COMUNIDADES CHUATARRAS, PACUTAMA II Y TZAMJUYUB

Br. Juan Carlos Pérez Sánchez

Cuadro 1
POBLACIÓN POR RANGO DE EDAD Y SEXO EN PERSONAS ENCUESTADAS
 Comunidades Chuatarrás, Pacutamá II y Tzamjuyub, municipio Santa Catarina
 Ixtahuacán, Sololá

Edad	Sexo				Total	%
	Femenino	%	Masculino	%		
15-19	25	7.6	16	4.9	41	12.5
20-24	22	6.7	33	10	55	16.7
25-39	67	20.3	41	12.4	108	32.7
40-49	31	9.4	40	12.1	71	21.5
50-59	4	1.2	29	8.8	33	10
60-64	2	0.6	7	2.1	9	2.7
65-69	6	1.8	2	0.6	8	2.4
70 o más	4	1.2	1	0.3	5	1.5
Total	161	48.8	169	51.2	330	100

Fuente: Boleta de recolección de datos y Test de Zung

Cuadro 2
NIVELES DE DEPRESIÓN POR RANGO DE EDAD EN PERSONAS ENCUESTADAS
 Comunidades Chuatarrás, Pacutamá II y Tzamjuyub, municipio Santa Catarina
 Ixtahuacán, Sololá

Edad	Nivel de Depresión								Total
	Normal*	%	Leve	%	Moderado	%	Severo	%	
15-19	41	12.5	0	0	0	0	0	0	41
20-24	55	16.7	0	0	0	0	0	0	55
25-39	85	25.8	17	5.2	6	1.8	0	0	108
40-49	37	11.2	24	7.3	10	3	0	0	71
50-59	23	6.9	5	1.5	5	1.5	0	0	33
60-64	7	2.1	2	0.6	0	0	0	0	9
65-69	2	0.6	1	0.3	5	1.5	0	0	8
70 o +	4	1.2	1	0.3	0	0	0	0	5
Total	254	77	50	15.2	26	7.8	0	0	330

Fuente: Boleta de recolección de datos y Test de Zung

* Normal se refiere a personas que no presentan depresión clínica.

Cuadro 3
NIVELES DE DEPRESIÓN POR SEXO EN PERSONAS ENCUESTADAS
 Comunidades Chuatarrás, Pacutamá II y Tzamjuyub, municipio Santa Catarina
 Ixtahuacán, Sololá

Sexo	Nivel de Depresión								Total
	Normal*	%	Leve	%	Moderado	%	Severo	%	
Masculino	133	40.3	21	6.4	15	4.5	0	0	169
Femenino	121	36.7	29	8.8	11	3.3	0	0	161
Total	254	77	50	15.2	26	7.8	0	0	330

Fuente: Boleta de recolección de datos y Test de Zung

* Normal se refiere a personas que no presentan depresión clínica.

Cuadro 4
NIVELES DE DEPRESIÓN Y ESTADO CIVIL EN PERSONAS ENCUESTADAS
 Comunidades Chuatarrás, Pacutamá II y Tzamjuyub, municipio Santa Catarina
 Ixtahuacán, Sololá

Estado civil	Nivel de depresión								Total	%
	Normal*	%	Leve	%	Moderado	%	Severo	%		
Casado	191	58	37	11.2	21	6.3	0	0	249	75.5
Soltero	34	10.3	0	0	0	0	0	0	34	10.3
Unido	20	6	12	3.7	0	0	0	0	32	9.7
Viudo	6	1.8	1	0.3	5	1.5	0	0	12	3.6
Divorciado	3	0.9	0	0	0	0	0	0	3	0.9
Total	254	77	50	15.2	26	7.8	0	0	330	100

Fuente: Boleta de recolección de datos y Test de Zung

* Normal se refiere a personas que no presentan depresión clínica

Cuadro 5
NIVELES DE DEPRESIÓN Y NUMERO DE ESTRESORES EN PERSONAS
ENCUESTADAS

Comunidades Chuatarrás, Pacutamá II y Tzamjuyub, municipio Santa Catarina
Ixtahuacán, Sololá

No. de estresores	Nivel de depresión								Total	%
	Normal*	%	Leve	%	Moderado	%	Severo	%		
Sin estresores	101	30.6	7	2.2	0	0	0	0	108	32.8
1	103	31.2	5	1.5	10	3	0	0	118	35.7
2	39	11.9	33	10	11	3.3	0	0	83	25.2
3	11	3.3	0	0	0	0	0	0	11	3.3
4	0	0	5	1.5	5	1.5	0	0	10	3
5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	254	77	50	15.2	26	7.8	0	0	330	100

Fuente: Boleta de recolección de datos y Test de Zung

* Normal se refiere a personas que no presentan depresión clínica.

Cuadro 6
NIVELES DE DEPRESION Y CONFORMIDAD CON EL TRABAJO EN PERSONAS
ENCUESTADAS

Comunidades Chuatarrás, Pacutamá II y Tzamjuyub, Municipio Santa Catarina
Ixtahuacán, Sololá

Le molesta hacer su trabajo	Nivel de depresión								Total	%
	Normal*	%	Leve	%	Moderado	%	Severo	%		
Si	80	24.3	28	8.5	19	5.8	0	0	127	38.5
No	174	52.7	22	6.7	7	2	0	0	203	61.5
Total	254	77	50	15.2	26	7.8	0	0	330	100

Fuente: Boleta de recolección de datos y Test de Zung

* Normal se refiere a personas que no presentan depresión clínica.

Cuadro 7
NIVELES DE DEPRESIÓN Y SENSACIÓN DE ESTAR ENFERMO EN PERSONAS
ENCUESTADAS

Comunidades Chuatarrás, Pacutamá II y Tzamjuyub, Municipio Santa Catarina
 Ixtahuacán, Sololá

Se siente enfermo	Nivel de depresión								Total	%
	Normal*	%	Leve	%	Moderado	%	Severo	%		
Si	90	27.3	43	13.1	0	0	0	0	133	40.3
No	164	49.7	7	2.1	26	7.8	0	0	197	59.7
Total	254	77	50	15.2	26	7.8	0	0	330	100

Fuente: Boleta de recolección de datos y Test de Zung

* Normal se refiere a personas que no presentan depresión clínica.

COMUNIDADES PACUTAMÁ I, CHUICUTAMÁ, PACORRAL II Y CHAJUAB

Br. Lesly Campbell Porres

Cuadro 1
POBLACIÓN POR RANGO DE EDAD Y SEXO EN PERSONAS ENCUESTADAS
 Comunidades Pacutamá I, Chuicutamá, Pacorral II y Chajuab, municipio Santa Catarina
 Ixtahuacán, Sololá

Edad	Sexo				Total	%
	Femenino	%	Masculino	%		
15-19	17	5.6	25	8.2	42	13.8
20-24	34	11.1	23	7.6	57	18.7
25-39	79	25.9	45	14.7	124	40.6
40-49	26	8.5	9	3	35	11.5
50-59	28	9.2	9	3	37	12.2
60-64	0	0	5	1.6	5	1.6
65-69	0	0	0	0	0	0
70 o más	2	0.6	3	1	5	1.6
Total	186	60.9	119	39.1	305	100

Fuente: Boleta de recolección de datos y Test de Zung

Cuadro 2
NIVELES DE DEPRESIÓN POR RANGO DE EDAD EN PERSONAS ENCUESTADAS
 Comunidades Pacutamá I, Chuicutamá, Pacorral II y Chajuab, municipio Santa Catarina
 Ixtahuacán, Sololá

Edad	Nivel de Depresión								Total
	Normal*	%	Leve	%	Moderado	%	Severo	%	
15-19	42	13.8	0	0	0	0	0	0	42
20-24	51	16.7	3	1	3	0.9	0	0	57
25-39	121	39.7	3	1	0	0	0	0	124
40-49	35	11.5	0	0	0	0	0	0	35
50-59	35	11.5	2	0.7	0	0	0	0	37
60-64	0	0	5	1.6	0	0	0	0	5
65-69	0	0	0	0	0	0	0	0	0
70 o +	3	0.9	2	0.7	0	0	0	0	5
Total	287	94.1	15	5	3	0.9	0	0	305

Fuente: Boleta de recolección de datos y Test de Zung

* Normal se refiere a personas que no presentan depresión clínica.

Cuadro 3
NIVELES DE DEPRESIÓN POR SEXO EN PERSONAS ENCUESTADAS
 Comunidades Pacutamá I, Chuicutamá, Pacorral II y Chajuab, municipio Santa Catarina
 Ixtahuacán, Sololá

Sexo	Nivel de Depresión								Total
	Normal*	%	Leve	%	Moderado	%	Severo	%	
Masculino	105	34.4	11	3.6	3	0.9	0	0	119
Femenino	182	59.7	4	1.4	0	0	0	0	186
Total	287	94.1	15	5	3	0.9	0	0	305

Fuente: Boleta de recolección de datos y Test de Zung

* Normal se refiere a personas que no presentan depresión clínica.

Cuadro 4
NIVELES DE DEPRESIÓN Y ESTADO CIVIL EN PERSONAS ENCUESTADAS
 Comunidades Pacutamá I, Chuicutamá, Pacorral II y Chajuab, municipio Santa Catarina
 Ixtahuacán, Sololá

Estado civil	Nivel de depresión								Total	%
	Normal*	%	Leve	%	Moderado	%	Severo	%		
Casado	151	49.5	5	1.6	0	0	0	0	156	51.2
Soltero	35	11.5	2	0.7	0	0	0	0	37	12.1
Unido	77	25.3	0	0	3	0.9	0	0	80	26.2
Viudo	24	7.8	8	2.7	0	0	0	0	32	10.5
Divorciado	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	287	94.1	15	5	3	0.9	0	0	305	100

Fuente: Boleta de recolección de datos y Test de Zung

* Normal se refiere a personas que no presentan depresión clínica.

Cuadro 5
NIVELES DE DEPRESIÓN Y NUMERO DE ESTRESORES EN PERSONAS
ENCUESTADAS

Comunidades Pacutamá I, Chuicutamá, Pacorral II y Chajuab, municipio Santa Catarina Ixtahuacán, Sololá

No. de estresores	Nivel de depresión								Total	%
	Normal*	%	Leve	%	Moderado	%	Severo	%		
Sin estresores	159	52.1	0	0	0	0	0	0	159	52.1
1	99	32.5	7	2.4	0	0	0	0	106	34.7
2	15	4.9	5	1.6	3	0.9	0	0	23	7.6
3	11	3.6	0	0	0	0	0	0	11	3.6
4	3	1	3	1	0	0	0	0	6	2
5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	287	94.1	15	5	3	0.9	0	0	305	100

Fuente: Boleta de recolección de datos y Test de Zung

* Normal se refiere a personas que no presentan depresión clínica.

Cuadro 6
NIVELES DE DEPRESIÓN Y CONFORMIDAD CON EL TRABAJO EN PERSONAS
ENCUESTADAS

Comunidades Pacutamá I, Chuicutamá, Pacorral II y Chajuab, Municipio Santa Catarina Ixtahuacán, Sololá

Le molesta hacer su trabajo	Nivel de depresión								Total	%
	Normal*	%	Leve	%	Moderado	%	Severo	%		
Si	22	7.2	7	2.3	3	0.9	0	0	32	10.4
No	265	86.9	8	2.7	0	0	0	0	273	89.6
Total	287	94.1	15	5	3	0.9	0	0	305	100

Fuente: Boleta de recolección de datos y Test de Zung

* Normal se refiere a personas que no presentan depresión clínica.

Cuadro 7
NIVELES DE DEPRESIÓN Y SENSACIÓN DE ESTAR ENFERMO EN PERSONAS
ENCUESTADAS
 Comunidades Pacutamá I, Chuicutamá, Pacorral II y Chajuab, Municipio Santa Catarina
 Ixtahuacán, Sololá

Se siente enfermo	Nivel de depresión								Total	%
	Normal*	%	Leve	%	Moderado	%	Severo	%		
Si	30	9.8	11	3.6	0	0	0	0	41	13.4
No	257	84.3	4	1.4	3	0.9	0	0	264	86.6
Total	287	94.1	15	5	3	0.9	0	0	305	100

Fuente: Boleta de recolección de datos y Test de Zung

* Normal se refiere a personas que no presentan depresión clínica.

COMUNIDADES XEABAJ II, XOLJÁ I Y XOLJÁ II

Br. Javier Rolando Falla Galliano

Cuadro 1
POBLACIÓN POR RANGO DE EDAD Y SEXO EN PERSONAS ENCUESTADAS
 Comunidades Xeabaj II, Xoljá I y Xoljá II, municipio Santa Catarina Ixtahuacán, Sololá

Edad	Sexo				Total	%
	Femenino	%	Masculino	%		
15-19	13	4.6	14	4.9	27	9.5
20-24	20	7	29	10.1	49	17.1
25-39	41	14.3	40	14	81	28.3
40-49	33	11.5	40	14	73	25.5
50-59	15	5.3	18	6.3	33	11.6
60-64	6	2.1	4	1.4	10	3.5
65-69	5	1.7	5	1.7	10	3.4
70 o más	1	0.4	2	0.7	3	1.1
Total	134	46.9	152	53.1	286	100

Fuente: Boleta de recolección de datos y Test de Zung

Cuadro 2
NIVELES DE DEPRESIÓN POR RANGO DE EDAD EN PERSONAS ENCUESTADAS
 Comunidades Xeabaj II, Xoljá I y Xoljá II, municipio Santa Catarina Ixtahuacán, Sololá

Edad	Nivel de Depresión								Total
	Normal*	%	Leve	%	Moderado	%	Severo	%	
15-19	25	8.8	2	0.7	0	0	0	0	27
20-24	49	17.1	0	0	0	0	0	0	49
25-39	75	26.2	6	2.1	0	0	0	0	81
40-49	68	23.8	5	1.8	0	0	0	0	73
50-59	29	10.1	4	1.4	0	0	0	0	33
60-64	7	2.5	3	1	0	0	0	0	10
65-69	7	2.5	3	1	0	0	0	0	10
70 o +	3	1	0	0	0	0	0	0	3
Total	263	92	23	8	0	0	0	0	286

Fuente: Boleta de recolección de datos y Test de Zung

* Normal se refiere a personas que no presentan depresión clínica.

Cuadro 3
NIVELES DE DEPRESIÓN POR SEXO EN PERSONAS ENCUESTADAS
 Comunidades Xeabaj II, Xoljá I y Xoljá II, municipio Santa Catarina Ixtahuacán, Sololá

Sexo	Nivel de Depresión								Total
	Normal*	%	Leve	%	Moderado	%	Severo	%	
Masculino	150	52.6	2	0.7	0	0	0	0	152
Femenino	113	39.5	21	7.3	0	0	0	0	134
Total	263	92	23	8	0	0	0	0	286

Fuente: Boleta de recolección de datos y Test de Zung

* Normal se refiere a personas que no presentan depresión clínica.

Cuadro 4
NIVELES DE DEPRESIÓN Y ESTADO CIVIL EN PERSONAS ENCUESTADAS
 Comunidades Xeabaj II, Xoljá I y Xoljá II, municipio Santa Catarina Ixtahuacán, Sololá

Estado civil	Nivel de depresión								Total	%
	Normal*	%	Leve	%	Moderado	%	Severo	%		
Casado	160	55.9	19	6.7	0	0	0	0	179	62.6
Soltero	22	7.7	3	1	0	0	0	0	25	8.7
Unido	62	21.7	0	0	0	0	0	0	62	21.7
Viudo	19	6.7	1	0.3	0	0	0	0	20	7
Divorciado	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	263	92	23	8	0	0	0	0	286	100

Fuente: Boleta de recolección de datos y Test de Zung

* Normal se refiere a personas que no presentan depresión clínica.

Cuadro 5
NIVELES DE DEPRESIÓN Y NUMERO DE ESTRESORES EN PERSONAS
ENCUESTADAS

Comunidades Xeabaj II, Xoljá I y Xoljá II, municipio Santa Catarina Ixtahuacán, Sololá

No. de estresores	Nivel de depresión								Total	%
	Normal*	%	Leve	%	Moderado	%	Severo	%		
Sin estresores	98	34.3	0	0	0	0	0	0	98	34.3
1	37	12.9	9	3.1	0	0	0	0	46	16
2	128	44.8	7	2.5	0	0	0	0	135	47.3
3	0	0	6	2.1	0	0	0	0	6	2.1
4	0	0	1	0.3	0	0	0	0	1	0.3
5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	263	92	23	8	0	0	0	0	286	100

Fuente: Boleta de recolección de datos y Test de Zung

* Normal se refiere a personas que no presentan depresión clínica.

Cuadro 6
NIVELES DE DEPRESIÓN Y CONFORMIDAD CON EL TRABAJO EN PERSONAS
ENCUESTADAS

Comunidades Xeabaj II, Xoljá I y Xoljá II, Municipio Santa Catarina Ixtahuacán, Sololá

Le molesta hacer su trabajo	Nivel de depresión								Total	%
	Normal*	%	Leve	%	Moderado	%	Severo	%		
Si	123	43	15	5.2	0	0	0	0	138	48.2
No	140	49	8	2.8	0	0	0	0	148	51.8
Total	263	92	23	8	0	0	0	0	286	100

Fuente: Boleta de recolección de datos y Test de Zung

* Normal se refiere a personas que no presentan depresión clínica.

Cuadro 7
NIVELES DE DEPRESION Y SENSACIÓN DE ESTAR ENFERMO EN PERSONAS
ENCUESTADAS
 Comunidades Xeabaj II, Xoljá I y Xoljá II, Municipio Santa Catarina Ixtahuacán, Sololá

Se siente enfermo	Nivel de depresión								Total	%
	Normal*	%	Leve	%	Moderado	%	Severo	%		
Si	126	44.1	23	8	0	0	0	0	149	52.1
No	137	47.9	0	0	0	0	0	0	137	47.9
Total	263	92	23	8	0	0	0	0	286	100

Fuente: Boleta de recolección de datos y Test de Zung

* Normal se refiere a personas que no presentan depresión clínica.

CONSOLIDADO GENERAL

**COMUNIDADES DE LA CUMBRE DE ALASKA MUNICIPIO DE SANTA CATARINA
IXTAHUACÁN, SOLOLÁ**

Cuadro 1
POBLACIÓN POR RANGO DE EDAD Y SEXO EN PERSONAS ENCUESTADAS
 Comunidades de la Cumbre de Alaska, municipio Santa Catarina Ixtahuacán, Sololá

Edad	Sexo				Total	%
	Femenino	%	Masculino	%		
15-19	55	6	55	6	110	12
20-24	76	8.2	85	9.2	161	17.4
25-39	187	20.3	126	13.7	313	34
40-49	90	9.8	89	9.6	179	19.4
50-59	47	5.1	56	6.1	103	11.2
60-64	8	0.9	16	1.7	24	2.6
65-69	11	1.2	7	0.8	18	2
70 o más	7	0.8	6	0.6	13	1.4
Total	481	52.3	440	47.7	921	100

Fuente: Boleta de recolección de datos y Test de Zung

Cuadro 2
NIVELES DE DEPRESION POR RANGO DE EDAD EN PERSONAS ENCUESTADAS
 Comunidades de la Cumbre de Alaska, municipio Santa Catarina Ixtahuacán, Sololá

Edad	Nivel de Depresión								Total
	Normal*	%	Leve	%	Moderado	%	Severo	%	
15-19	108	11.8	2	0.2	0	0	0	0	110
20-24	155	16.8	3	0.3	3	0.3	0	0	161
25-39	281	30.5	26	2.8	6	0.6	0	0	313
40-49	140	15.2	29	3.2	10	1.1	0	0	179
50-59	87	9.4	11	1.2	5	0.5	0	0	103
60-64	14	1.5	10	1.1	0	0	0	0	24
65-69	9	1	4	0.4	5	0.5	0	0	18
70 o +	10	1.1	3	0.3	0	0	0	0	13
Total	804	87.3	88	9.5	29	3.2	0	0	921

Fuente: Boleta de recolección de datos y Test de Zung

* Normal se refiere a personas que no presentan depresión clínica.

Cuadro 3
NIVELES DE DEPRESION POR SEXO EN PERSONAS ENCUESTADAS
 Comunidades de la Cumbre de Alaska, municipio Santa Catarina Ixtahuacán, Sololá

Sexo	Nivel de Depresión								Total
	Normal*	%	Leve	%	Moderado	%	Severo	%	
Masculino	388	42.1	34	3.6	18	2	0	0	440
Femenino	416	45.2	54	5.9	11	1.2	0	0	481
Total	804	87.3	88	9.5	29	3.2	0	0	921

Fuente: Boleta de recolección de datos y Test de Zung

* Normal se refiere a personas que no presentan depresión clínica.

Cuadro 4
NIVELES DE DEPRESION Y ESTADO CIVIL EN PERSONAS ENCUESTADAS
 Comunidades de la Cumbre de Alaska, municipio Santa Catarina Ixtahuacán, Sololá

Estado civil	Nivel de depresión								Total	%
	Normal*	%	Leve	%	Moderado	%	Severo	%		
Casado	512	55.6	61	6.6	21	2.3	0	0	594	64.5
Soltero	91	9.9	5	0.5	0	0	0	0	96	10.4
Unido	149	16.2	12	1.3	3	0.4	0	0	164	17.9
Viudo	49	5.3	10	1.1	5	0.5	0	0	64	6.9
Divorciado	3	0.3	0	0	0	0	0	0	3	0.3
Total	804	87.3	88	9.5	29	3.2	0	0	921	100

Fuente: Boleta de recolección de datos y Test de Zung

* Normal se refiere a personas que no presentan depresión clínica.

Cuadro 5
NIVELES DE DEPRESION Y NUMERO DE ESTRESORES EN PERSONAS
ENCUESTADAS

Comunidades de la Cumbre de Alaska, municipio Santa Catarina Ixtahuacán, Sololá

No. de estresores	Nivel de depresión								Total	%
	Normal*	%	Leve	%	Moderado	%	Severo	%		
Sin estresores	358	38.9	7	0.8	0	0	0	0	365	39.7
1	239	25.9	21	2.2	10	1.1	0	0	270	29.2
2	182	19.8	45	4.8	14	1.6	0	0	241	26.2
3	22	2.4	6	0.7	0	0	0	0	28	3.1
4	3	0.3	9	1	5	0.5	0	0	17	1.8
5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	804	87.3	88	9.5	29	3.2	0	0	921	100

Fuente: Boleta de recolección de datos y Test de Zung

* Normal se refiere a personas que no presentan depresión clínica.

Cuadro 6
NIVELES DE DEPRESION Y CONFORMIDAD CON EL TRABAJO EN PERSONAS
ENCUESTADAS

Comunidades de la Cumbre de Alaska, Municipio Santa Catarina Ixtahuacán, Sololá

Le molesta hacer su trabajo	Nivel de depresión								Total	%
	Normal*	%	Leve	%	Moderado	%	Severo	%		
Si	225	24.4	50	5.4	22	2.4	0	0	297	32.2
No	579	62.9	38	4.1	7	0.8	0	0	624	67.8
Total	804	87.3	88	9.5	29	3.2	0	0	921	100

Fuente: Boleta de recolección de datos y Test de Zung

* Normal se refiere a personas que no presentan depresión clínica.

Cuadro 7
NIVELES DE DEPRESION Y SENSACIÓN DE ESTAR ENFERMOS EN PERSONAS
ENCUESTADAS

Comunidades de la Cumbre de Alaska, Municipio Santa Catarina Ixtahuacán, Sololá

Se siente enfermo	Nivel de depresión								Total	%
	Normal*	%	Leve	%	Moderado	%	Severo	%		
Si	246	26.7	77	8.3	0	0	0	0	323	35
No	558	60.6	11	1.2	29	3.2	0	0	598	65
Total	804	87.3	88	9.5	29	3.2	0	0	921	100

Fuente: Boleta de recolección de datos y Test de Zung

* Normal se refiere a personas que no presentan depresión clínica.

8. ANÁLISIS, DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

8. ANÁLISIS, DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

8.1 Comunidades Chuatarrás, Pacutamá II y Tzamjuyub

Br. Juan Carlos Pérez Sánchez

Los cuadros del presente estudio están basados en una población de 330 personas en las comunidades referidas.

La prevalencia total de depresión fue de 23% (76 personas), 15.2% (50 personas) presentó depresión leve y 7.8% (26 personas) depresión moderada. La literatura describe que el porcentaje de depresión después de un desastre natural oscila entre 19% y 32%.^{6,8,9,10,12,14,21,23,24,29,30} Estas comunidades fueron las que presentaron mayor prevalencia de depresión en el estudio. Los desastres naturales, como la tormenta tropical Stan, son factores que tienen relación causal directa con el apareamiento de depresión. Esto se debe a que son estresores que no pueden ser controlados ni prevenidos. El grado de afección que este tipo de estresores pueden causar, está sujeto a otros factores, como la influencia genética y la predisposición a diversos trastornos que varía de acuerdo a las poblaciones. Este factor no puede ser evaluado en el presente estudio, pero se considera un factor influyente para determinar la prevalencia de depresión después de un evento de amplia magnitud.^{14,21,23}

La alta prevalencia de depresión en estas comunidades puede estar influida por las condiciones de vida, ya que comunidades como Tzamjuyub no han mejorado sus condiciones desde el traslado posterior al Stan; además es la comunidad menos accesible en el estudio.

El sexo femenino fue el más afectado por depresión, con 8.8% (29 personas) de depresión leve y 3.3% (11 personas) que presentaron depresión moderada, para una prevalencia total de 12.1% (40 personas). De la población femenina 24.8% presentan algún grado de depresión, y en la población masculina 21.3%. Se ha demostrado en estudios epidemiológicos realizados tanto en países desarrolladas como en las que están en vías de desarrollo que la prevalencia de depresión es mayor en mujeres. Esta tendencia se mantiene regularmente hasta los 45 años donde empieza a disminuir y no aumenta con la llegada de la menopausia. El pronóstico es peor en mujeres que en hombres en cuanto a duración de la enfermedad ya que la tasa de remisiones espontáneas es menor.^{5,16,17,28}

La prevalencia de depresión en la población masculina en el presente estudio fue de 10.9% (36 personas entre niveles leve y moderado). Como se mencionó antes, los estudios epidemiológicos demuestran que la prevalencia de depresión es menor en el sexo masculino que en el femenino. Esta diferencia se debe a algunas características propias del sexo y que algunos organismos como el Instituto Nacional de Salud Mental (NHMI por sus siglas en inglés) ha explicado. Está descrito en general que el hombre es reacio a admitir problemas de tipo emocional, por lo tanto el diagnóstico es más difícil de hacer.²⁸

En cuanto al rango de edad que presentó mayor prevalencia de depresión fue de 40 a 49 años, con 10.3% (34 personas). Generalmente, a estas edades, la población,

en especial las de países de tercer mundo, tienden a tener un mayor número de hijos, a encargarse de familiares de mayor edad, y también se inicia el deterioro en las capacidades físicas del hombre, de las cuales depende en muchos casos su capacidad laboral.

La edad adquiere un aspecto importante, ya que se sabe que el riesgo de padecer depresión severa es mayor a partir de los 60 años. En el presente estudio, la población evaluada en estos rangos de edad es menor, lo cual se debe a la distribución poblacional, que concuerda con la distribución en general de nuestro país, por lo que se encontró una prevalencia de depresión de 2.7% (9 personas) en personas mayores de 60 años. Está demostrado que los varones mayores de 65 años que presentan episodios de depresión mayor tienen un riesgo mucho más elevado de suicidarse que la población general, otros factores importantes que pueden influir son la separación (principalmente de tipo familiar), la incapacidad de realizar un trabajo, el consumo de alcohol y otros.^{28,40}

No se encontró ningún caso de depresión severa en estas comunidades, como se describe con anterioridad, está relacionada en mayor grado con suicidio. Las personas con depresión severa son las que mayormente elaboran ideas sobre intentos de suicidio y son las que más lo llevan a cabo, todo esto asociado a factores de riesgo antes mencionados, en especial a la ruptura del seno familiar, ya sea por separación o por muerte del cónyuge. Estos factores se han observado causan mayor afección en la población masculina.¹¹ En el estudio, se encontró una baja proporción de personas viudas o divorciadas, por lo que este factor no es de gran importancia. La mayor parte de deprimidos se encontraron en la población casada con una prevalencia del 17.5% (58 personas, 37 con depresión leve y 21 con depresión moderada) comparado con 1.8% (6 personas) de viudos con depresión. Únicamente se encontraron tres personas divorciadas, las cuales no presentaron depresión.

En el presente estudio se tomó en cuenta otros factores que pueden estar involucrados con el apareamiento de depresión independientes de la tormenta Tropical Stan. Se realizaron algunas preguntas que figuran como estresores dentro de la mayoría de los cuadros de depresión y como características de las tendencias de personalidad de las personas que presentan depresión. Para esto se recurrió a revisar el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota, en el cual basados en una serie de preguntas se procede a caracterizar el tipo de personalidad en cuanto a la tendencia que puedan tener. En este caso, se revisaron las preguntas correspondientes a la personalidad depresiva y se seleccionaron las que son más adecuadas de acuerdo a las características de la población estudiada. Se evaluaron un total de 5 aspectos los cuales comprendían relaciones familiares y sociales, así como la existencia de factores que pudieran alterar la buena relación familiar (como separaciones, muerte, y enfermedad grave), así como la satisfacción en cuanto a la realización del trabajo y la apreciación de la propia persona con respecto a la salud física (sin realizar ningún diagnóstico clínico, únicamente lo que persona sentía).²⁰

La gran mayoría de las personas estudiadas y que presentaron depresión tenían asociados dos o más estresores, presentándose con mayor frecuencia los que evalúan la percepción de enfermedad por parte del paciente y la conformidad con la realización del trabajo. Como se sabe, los cuadros depresivos ocasionan con mucha frecuencia

sintomatología de tipo psicossomático,^{37,40} lo que conduce a la persona a pensar que está enferma, a veces siendo la única manifestación del cuadro depresivo y un factor que aumente su gravedad. Por otro lado muchas de las personas que viven en estas comunidades están trabajando en la construcción de sus viviendas, un trabajo para el cual no estaban acostumbrados, de allí puede radicar su descontento, pero también hay que tomar en cuenta las perspectivas a futuro que el hecho de construir su propia casa les puede otorgar. El estresor relacionado con la conformidad de las personas con su trabajo, fue uno de los que con más frecuencia fue referido (38.5% de la población), con una prevalencia de depresión de 14.3% para este grupo, representando 61.8% del total de casos de depresión. De los entrevistados 40.3% refirió sentirse enfermo, con una prevalencia de depresión de 13.1%, representando 56.6% del total de casos. Los demás estresores, fueron referidos por un porcentaje menor de la población: desgracia familiar en el último año (19.7%), inadecuadas relaciones familiares (2.7%), y el hecho de no considerarse personas sociables (3.9%).

8.2 Comunidades Pacutamá I, Chuicutamá, Pacorral II y Chajuab

Br. Lesly Campbell Porres

Los cuadros del presente estudio están basados en una población de 305 personas en las comunidades referidas.

La prevalencia total de depresión fue de 5.9% (18 personas), 5% (15 personas) presentó depresión leve y 0.9% (3 personas) depresión moderada. La literatura describe que el porcentaje de depresión después de un desastre natural oscila entre 19% y 32%.^{6,8,9,10,12,14,21,23,24,29,30} No se encontraron casos de depresión severa en estas comunidades. La prevalencia de depresión es menor a la esperada para desastres naturales, y se encuentra en el rango descrito para la población en general (3-10%). Los desastres naturales, como la tormenta tropical Stan, son factores que tienen relación causal directa con el apareamiento de depresión. Esto se debe a que son estresores que no pueden ser controlados ni prevenidos. El grado de afección que este tipo de estresores pueden causar, está sujeto a otros factores, como la influencia genética y la predisposición a diversos trastornos que varía de acuerdo a las poblaciones. Este factor no puede ser evaluado en el presente estudio, pero se considera un factor influyente para determinar la prevalencia de depresión después de un evento de amplia magnitud.^{14,21,23}

Las mejorías en la calidad de vida que están ocurriendo en algunas de las comunidades en las cuales se realizó el estudio, puede influir en la prevalencia de depresión encontrada, sobre todo en las comunidades más accesibles.

El sexo masculino fue el más afectado por depresión, con 3.6% (11 personas) de depresión leve y 0.9% (3 personas) que presentaron depresión moderada, para una prevalencia total de 4.5% (14 personas). De la población masculina 11.8% presentan algún grado de depresión, y en la población femenina 2.1%. La prevalencia de depresión en la población masculina en el presente estudio fue de 1.4% (4 personas entre niveles leve y moderado). Se ha demostrado en estudios epidemiológicos realizados tanto en países desarrolladas como en las que están en vías de desarrollo que la prevalencia de depresión es mayor en mujeres. Esta tendencia se mantiene regularmente hasta los 45 años donde empieza a disminuir y no aumenta con la llegada de la menopausia.^{5,16,17,28} En estas comunidades la diferencia en la prevalencia de depresión en cuanto a sexo, son significativas, a pesar de que existió una menor cantidad de personas de sexo masculino entrevistadas. Los factores laborales pueden influir en estos resultados. Se observó en las comunidades entrevistadas, que la población de sexo masculino debía realizar actividades laborales a las cuales no estaban acostumbrados, o tuvieron que abandonar los cultivos debido a la tormenta; lo cual puede determinar una situación de fracaso ya que el hombre no cumple la función de sustento familiar.

En cuanto al rango de edad que presentó mayor prevalencia fue de 20 a 24 años, con 1.9% (6 personas), aunque no existen diferencias significativas con otros grupos, en especial con el grupo de 60 a 64 años, que presenta una prevalencia de depresión de 1.6% (5 personas). La edad adquiere un aspecto importante, ya que se sabe que el riesgo de padecer depresión severa es mayor a partir de los 60 años. En el

presente estudio, la población evaluada en estos rangos de edad es menor, lo cual se debe a la distribución poblacional, que concuerda con la distribución en general de nuestro país. Está demostrado que los varones mayores de 65 años que presentan episodios de depresión mayor tienen un riesgo mucho más elevado de suicidarse que la población general, otros factores importantes que pueden influir son la separación (principalmente de tipo familiar), la incapacidad de realizar un trabajo, el consumo de alcohol y otros.^{28,40}

No se encontró ningún caso de depresión severa en las poblaciones estudiadas, como se describe con anterioridad, está relacionada en mayor grado con suicidio. Las personas con depresión severa son las que mayormente elaboran ideas sobre intentos de suicidio y son las que más lo llevan a cabo, todo esto asociado a factores de riesgo antes mencionados, en especial a la ruptura del seno familiar, ya sea por separación o por muerte del cónyuge. Estos factores se han observado causan mayor afección en la población masculina.¹¹ En el estudio, se encontró una baja proporción de personas viudas y ninguna persona divorciada. La mayor parte de deprimidos se encontraron en las personas viudas con una prevalencia de 2.7% (8 personas), que representa el 33.3% de las personas de este grupo. Las personas casadas presentan una prevalencia de 1.6% (5 personas).

En el presente estudio se tomó en cuenta otros factores que pueden estar involucrados con el apareamiento de depresión, independientes de la tormenta Tropical Stan. Se realizaron algunas preguntas que figuran como estresores dentro de la mayoría de los cuadros de depresión y como características de las tendencias de personalidad de las personas que presentan depresión. Para esto se recurrió a revisar el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota, en el cual basados en una serie de preguntas se procede a caracterizar el tipo de personalidad en cuanto a la tendencia que puedan tener. En este caso, se revisaron las preguntas correspondientes a la personalidad depresiva y se seleccionaron las que son más adecuadas de acuerdo a las características de la población estudiada. Se evaluaron un total de 5 aspectos los cuales comprendían relaciones familiares y sociales, así como la existencia de factores que pudieran alterar la buena relación familiar (como separaciones, muerte, y enfermedad grave), así como la satisfacción en cuanto a la realización del trabajo y la apreciación de la propia persona con respecto a la salud física (sin realizar ningún diagnóstico clínico, únicamente lo que persona sentía).²⁰

Todas las personas que presentaron algún grado de depresión, respondieron a por lo menos un estresor., encontrándose 2.4% de prevalencia de depresión en aquellos que respondieron a un estresor y 2.5% en quienes respondieron a dos estresores. La mayor parte de las personas entrevistadas no respondieron a ningún estresor (52.7%). Los estresores que fueron referidos con mayor frecuencia corresponden a la conformidad con el trabajo y la sensación de enfermedad. Como se sabe, los cuadros depresivos ocasionan con mucha frecuencia sintomatología de tipo psicosomático,^{37,40} lo que conduce a la persona a pensar que está enferma, a veces siendo la única manifestación del cuadro depresivo y un factor que aumente su gravedad. Por otro lado muchas de las personas que viven en estas comunidades están trabajando en la construcción de sus viviendas, un trabajo para el cual no estaban acostumbrados, de allí puede radicar su descontento, pero también hay que tomar en cuenta las perspectivas a futuro que el hecho de construir su propia casa les puede

otorgar. El estresor relacionado con la conformidad de las personas con su trabajo, fue uno de los que con más frecuencia fue referido (10.4% de la población), con una prevalencia de depresión de 3.2% para este grupo, representando 55.6% del total de casos de depresión. De los entrevistados 13.4% refirió sentirse enfermo, con una prevalencia de depresión de 3.6%, representando 61.1% del total de casos. Los demás estresores, fueron referidos por un porcentaje menor de la población: desgracia familiar en el último año (5.2%), inadecuadas relaciones familiares (4.2%), y el hecho de no considerarse personas sociables (2.3%).

8.3 Comunidades Xeabaj II, Xoljá I y Xoljá II

Br. Javier Rolando Falla Galliano

Los cuadros del presente estudio están basados en una población de 286 personas en las comunidades referidas.

La prevalencia total de depresión fue de 8% (23 personas), las cuales corresponden en su totalidad a casos de depresión leve. La literatura describe que el porcentaje de depresión después de un desastre natural oscila entre 19% y 32%.^{6,8,9,10,12,14,21,23,24,29,30} La prevalencia se encuentra dentro de los límites descritos para la población general (3-10%). Los desastres naturales, como la tormenta tropical Stan, son factores que tienen relación causal directa con el apareamiento de depresión. Esto se debe a que son estresores que no pueden ser controlados ni prevenidos. El grado de afección que este tipo de estresores pueden causar, está sujeto a otros factores, como la influencia genética y la predisposición a diversos trastornos que varía de acuerdo a las poblaciones. Este factor no puede ser evaluado en el presente estudio, pero se considera un factor influyente para determinar la prevalencia de depresión después de un evento de amplia magnitud.^{14,21,23}

Las mejorías en la calidad de vida que están ocurriendo en algunas de las comunidades en las cuales se realizó el estudio, puede influir en la prevalencia de depresión encontrada, sobre todo en las comunidades más accesibles. En dichas comunidades, la población ya cuenta con viviendas adecuadas y terrenos propios de la familia, además de contar con una mejor organización.

El sexo femenino fue el más afectado por depresión, con 7.3% (21 personas). De la población femenina 15.7% presentan depresión, y en la población masculina 1.3%. Se ha demostrado en estudios epidemiológicos realizados tanto en países desarrolladas como en las que están en vías de desarrollo que la prevalencia de depresión es mayor en mujeres. Esta tendencia se mantiene regularmente hasta los 45 años donde empieza a disminuir y no aumenta con la llegada de la menopausia. El pronóstico es peor en mujeres que en hombres en cuanto a duración de la enfermedad ya que la tasa de remisiones espontáneas es menor.^{5,16,17,28}

La prevalencia de depresión en la población masculina en el presente estudio fue de 0.7% (2 personas). Como se mencionó antes, los estudios epidemiológicos demuestran que la prevalencia de depresión es menor en el sexo masculino que en el femenino. Esta diferencia se debe a algunas características propias del sexo y que algunos organismos como el Instituto Nacional de Salud Mental (NHMI por sus siglas en inglés) ha explicado. Está descrito en general que el hombre es reacio a admitir problemas de tipo emocional, por lo tanto el diagnóstico es más difícil de hacer.²⁸

Otro aspecto importante, aunque no es evaluado en este estudio, es que en el hombre generalmente los trastornos depresivos y otros problemas de salud mental pueden estar enmascarados por el uso de alcohol y drogas.²⁸

En cuanto al rango de edad que presentó mayor prevalencia fue de 25 a 39 años, con 2.1% (6 personas). No se encontraron diferencias significativas con respecto a los grupo de 40-49 años (1.8%) y de 50 a 59 (1.4%)

La prevalencia de depresión en la población mayor de 60 años corresponde a 2%. La edad adquiere un aspecto importante, ya que se sabe que el riesgo de padecer depresión severa es mayor a partir de los 60 años. En el presente estudio, la población evaluada en estos rangos de edad es menor, lo cual se debe a la distribución poblacional, que concuerda con la distribución en general de nuestro país. Esta demostrado que los varones mayores de 65 años que presentan episodios de depresión mayor tienen un riesgo mucho más elevado de suicidarse que la población general, otros factores importantes que pueden influir son la separación (principalmente de tipo familiar), la incapacidad de realizar un trabajo, el consumo de alcohol y otros^{28,40}

No se encontró casos de depresión moderada o severa en las poblaciones estudiadas. Las personas con depresión severa son las que mayormente elaboran ideas sobre intentos de suicidio y son las que más lo llevan a cabo, todo esto asociado a factores de riesgo antes mencionados, en especial a la ruptura del seno familiar, ya sea por separación o por muerte del cónyuge. Estos factores se han observado causan mayor afección en la población masculina.¹¹ En el estudio, se encontró una baja proporción de personas viudas o divorciadas, por lo que este factor no es de gran importancia. La mayor parte de deprimidos se encontraron en las población casada con una prevalencia del 6.7% (19 personas) comparado con 0.3% (1 persona) de viudos con depresión.

En el presente estudio se tomó en cuenta otros factores que pueden estar involucrados con el apareamiento de depresión independientes de la tormenta Tropical Stan. Se realizaron algunas preguntas que figuran como estresores dentro de la mayoría de los cuadros de depresión y como características de las tendencias de personalidad de las personas que presentan depresión. Para esto se recurrió a revisar el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota, en el cual basados en una serie de preguntas se procede a caracterizar el tipo de personalidad en cuanto a la tendencia que puedan tener. En este caso, se revisaron las preguntas correspondientes a la personalidad depresiva y se seleccionaron las que son más adecuadas de acuerdo a las características de la población estudiada. Se evaluaron un total de 5 aspectos los cuales comprendían relaciones familiares y sociales, así como la existencia de factores que pudieran alterar la buena relación familiar (como separaciones, muerte, y enfermedad grave), así como la satisfacción en cuanto a la realización del trabajo y la apreciación de la propia persona con respecto a la salud física (sin realizar ningún diagnóstico clínico, únicamente lo que persona sentía).²⁰

La gran mayoría de las personas estudiadas y que presentaron depresión tenían asociados dos o más estresores, presentándose con mayor frecuencia los que evalúan la percepción de enfermedad por parte del paciente y la conformidad con la realización del trabajo. Como se sabe, los cuadros depresivos ocasionan con mucha frecuencia sintomatología de tipo psicosomático,^{37,40} lo que conduce a la persona a pensar que está enferma, a veces siendo la única manifestación del cuadro depresivo y un factor que aumente su gravedad. Por otro lado muchas de las personas que viven en estas comunidades están trabajando en la construcción de sus viviendas, un trabajo para el

cual no estaban acostumbrados, de allí puede radicar su descontento, pero también hay que tomar en cuenta las perspectivas a futuro que el hecho de construir su propia casa les puede otorgar. El estresor relacionado con la conformidad de las personas con su trabajo, fue uno de los que con más frecuencia fue referido (48.2% de la población), con una prevalencia de depresión de 5.2% para este grupo, representando 65.2% del total de casos de depresión. De los entrevistados 52.1% refirió sentirse enfermo, con una prevalencia de depresión de 8%, representando el total de casos. Los demás estresores, fueron referidos por un porcentaje menor de la población: desgracia familiar en el último año (8.4%), inadecuadas relaciones familiares (5.2%), y el hecho de no considerarse personas sociables (5.2%).

8.4 Consolidado General.

Comunidades de la Cumbre de Alaska, municipio de Santa Catarina Ixtahuacán

Los cuadros del presente estudio están basados en una población de 921 personas en las comunidades de la cumbre de Alaska, pertenecientes al municipio de Santa Catarina Ixtahuacán, Sololá. El total de la población de dichas comunidades es de 1203 personas mayores de 15 años, de las cuales se entrevistaron 921; debido a que algunas negaron participar en el estudio, otras, han regresado a las comunidades de donde son originarias, debido a los cultivos que poseen en dichas regiones.

En este estudio se investigó la prevalencia de depresión en población adulta que había sufrido las consecuencias de un desastre natural, en este caso la Tormenta Tropical Stan, sin contar con una prevalencia existente en dicha población antes de suceder el desastre natural. Generalmente los estudios realizados en otros países, en especial en América Latina, tampoco han contado con un dato de prevalencia de depresión previo al suceso, únicamente con información respecto a la prevalencia de depresión en la población general, la cual varía de un 3% a un 10%.^{6,8,9,10,12,14,21,23,24,28,29,30,42}

La prevalencia total de depresión fue de 12.7% (117 personas); 9.5% (88 personas) presentó depresión leve y 3.2% (29 personas) depresión moderada. La literatura describe que el porcentaje de depresión después de un desastre natural oscila entre 19% y 32%.^{6,8,9,10,12,14,21,23,24,29,30} Aunque la prevalencia en la población estudiada fue menor en comparación con estos porcentajes, excedió a la prevalencia esperada para la población general (3 a 10%). Los desastres naturales, como la tormenta tropical Stan, son factores que tienen relación causal directa con el apareamiento de depresión. Esto se debe a que son estresores que no pueden ser controlados ni prevenidos. El grado de afección que este tipo de estresores pueden causar, está sujeto a otros factores, como la influencia genética y la predisposición a diversos trastornos que varía de acuerdo a las poblaciones. Este factor no puede ser evaluado en el presente estudio, pero se considera un factor influyente para determinar la prevalencia de depresión después de un evento de amplia magnitud.^{14,21,23}

Las mejorías en la calidad de vida que están ocurriendo en algunas de las comunidades en las cuales se realizó el estudio, puede influir en la prevalencia de depresión encontrada, sobre todo en las comunidades más accesibles. En dichas comunidades, la población ya cuenta con viviendas adecuadas y terrenos propios de la familia, además de contar con una mejor organización.

El sexo femenino fue el más afectado por depresión, con 5.9% (54 personas) de depresión leve y 1.2% (11 personas) que presentaron depresión moderada, para una prevalencia total de 7.1% (65 personas). De la población femenina 13.5% presentan algún grado de depresión, y en la población masculina 11.8%. Se ha demostrado en estudios epidemiológicos realizados tanto en países desarrolladas como en las que están en vías de desarrollo que la prevalencia de depresión es mayor en mujeres. Esta tendencia se mantiene regularmente hasta los 45 años donde empieza a disminuir y no aumenta con la llegada de la menopausia. El pronóstico es peor en mujeres que en hombres en cuanto a duración de la enfermedad ya que la tasa de remisiones

espontáneas es menor. Esta mayor prevalencia es debido a factores sociales, como el tradicional papel subordinado de la mujer en la sociedad, lo cual es más patente en nuestro país. Otros factores influyen es la necesidad de atender niños, las diversas obligaciones dentro del hogar, así como el cuidado de familiares ancianos, situaciones que se han asociado a altos niveles de estrés y el consiguiente apareamiento de trastornos depresivos en la mujer. Los factores biológicos, como los cambios bioquímicos debidos al ciclo hormonal también desempeñan un papel importante en la neurobiología de la depresión, lo cual depende en gran parte en que el sistema límbico y el hipotálamo contienen receptores para estradiol y testosterona.^{5,16,17,28}

La prevalencia de depresión en la población masculina en el presente estudio fue de 5.6% (52 personas entre niveles leve y moderado). Como se mencionó antes, los estudios epidemiológicos demuestran que la prevalencia de depresión es menor en el sexo masculino que en el femenino. Esta diferencia se debe a algunas características propias del sexo y que algunos organismos como el Instituto Nacional de Salud Mental (NHMI por sus siglas en ingles) ha explicado. Está descrito en general que el hombre es reacio a admitir problemas de tipo emocional, por lo tanto el diagnóstico es más difícil de hacer. Las manifestaciones en el hombre pueden ser diferentes a las que pueden presentar las mujeres quienes presentan generalmente un “cuadro clásico”. El hombre en cambio, puede presentar irritabilidad, ira y desaliento en lugar de sentimientos de desesperanza o desamparo. Incluso aún cuando el hombre llega a darse cuenta de su problema tiende a esconderlo en lugar de buscar ayuda, lo cual no sucede con la mujer.²⁸

Otro aspecto importante, aunque no es evaluado en este estudio, es que en el hombre generalmente los trastornos depresivos y otros problemas de salud mental pueden estar enmascarados por el uso de alcohol y drogas.²⁸

En cuanto al rango de edad que presentó mayor prevalencia fue de 40 a 49 años, con 4.3% (39 personas). Generalmente, a estas edades, la población, en especial las de países de tercer mundo, tienden a tener un mayor número de hijos, a encargarse de familiares de mayor edad, y también se inicia el deterioro en las capacidades físicas del hombre, de las cuales depende en muchos casos su capacidad laboral.

La edad adquiere un aspecto importante, ya que se sabe que el riesgo de padecer depresión severa es mayor a partir de los 60 años. En el presente estudio, la población evaluada en estos rangos de edad es menor, lo cual se debe a la distribución poblacional, que concuerda con la distribución en general de nuestro país. Esta demostrado que los varones mayores de 65 años que presentan episodios de depresión mayor tienen un riesgo mucho más elevado de suicidarse que la población general, otros factores importantes que pueden influir son la separación (principalmente de tipo familiar), la incapacidad de realizar un trabajo, el consumo de alcohol y otros. Aunque los intentos de suicidio son mucho más frecuentes en mujeres que en hombres, la tasa de suicidio en varones deprimidos es cuatro veces mayor que en mujeres, con un pico máximo, que se da a la edad de 85 años. De allí la importancia de que exista poca prevalencia de depresión en estos rangos de edades.^{28,40}

No se encontró ningún caso de depresión severa en las poblaciones estudiadas, como se describe con anterioridad, está relacionada en mayor grado con suicidio. Las personas con depresión severa son las que mayormente elaboran ideas sobre intentos de suicidio y son las que más lo llevan a cabo, todo esto asociado a factores de riesgo antes mencionados, en especial a la ruptura del seno familiar, ya sea por separación o por muerte del cónyuge. Estos factores se han observado causan mayor afección en la población masculina.¹¹ En el estudio, se encontró una baja proporción de personas viudas o divorciadas, por lo que este factor no es de gran importancia. La mayor parte de deprimidos se encontraron en las población casada con una prevalencia del 8.9% (82 personas, 61 con depresión leve y 21 con depresión moderada) comparado con 1.6% (15 personas) de viudos con depresión.

En el presente estudio se tomó en cuenta otros factores que pueden estar involucrados con el apareamiento de depresión independientes de la tormenta Tropical Stan. Se realizaron algunas preguntas que figuran como estresores dentro de la mayoría de los cuadros de depresión y como características de las tendencias de personalidad de las personas que presentan depresión. Para esto se recurrió a revisar el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota, en el cual basados en una serie de preguntas se procede a caracterizar el tipo de personalidad en cuanto a la tendencia que puedan tener. En este caso, se revisaron las preguntas correspondientes a la personalidad depresiva y se seleccionaron las que son más adecuadas de acuerdo a las características de la población estudiada. Se evaluaron un total de 5 aspectos los cuales comprendían relaciones familiares y sociales, así como la existencia de factores que pudieran alterar la buena relación familiar (como separaciones, muerte, y enfermedad grave), así como la satisfacción en cuanto a la realización del trabajo y la apreciación de la propia persona con respecto a la salud física (sin realizar ningún diagnóstico clínico, únicamente lo que persona sentía).²⁰

La gran mayoría de las personas estudiadas y que presentaron depresión tenían asociados dos o más estresores, presentándose con mayor frecuencia los que evalúan la percepción de enfermedad por parte del paciente y la conformidad con la realización del trabajo. Como se sabe, los cuadros depresivos ocasionan con mucha frecuencia sintomatología de tipo psicossomático,^{37,40} lo que conduce a la persona a pensar que está enferma, a veces siendo la única manifestación del cuadro depresivo y un factor que aumente su gravedad. Por otro lado muchas de las personas que viven en estas comunidades están trabajando en la construcción de sus viviendas, un trabajo para el cual no estaban acostumbrados, de allí puede radicar su descontento, pero también hay que tomar en cuenta las perspectivas a futuro que el hecho de construir su propia casa les puede otorgar. El estresor relacionado con la conformidad de las personas con su trabajo, fue uno de los que con más frecuencia fue referido (32.2% de la población), con una prevalencia de depresión de 7.8% para este grupo, representando 61.5% del total de casos de depresión. De los entrevistados 35% refirió sentirse enfermo, con una prevalencia de depresión de 8.3%, representando 65.8% del total de casos. Los demás estresores, fueron referidos por un porcentaje menor de la población: desgracia familiar en el último año (11.4%), inadecuadas relaciones familiares (4%), y el hecho de no considerarse personas sociables (3.8%).

9. CONCLUSIONES

1. La prevalencia de depresión en las comunidades afectadas por la Tormenta Tropical Stan, de la cumbre de Alaska, municipio de Santa Catarina Ixtahuacán, Sololá, es de 12.7% en personas mayores de quince años.
2. Se encontró prevalencia de depresión leve de 9.5% y de depresión moderada de 3.2%. No se encontraron casos de depresión severa.
3. Las personas que no refirieron estresores relacionados con depresión, se encuentran menos afectados por depresión clínica. La mayor parte de los afectados por depresión clínica presento al menos dos de los estresores evaluados. La falta de conformidad con el trabajo y la sensación de estar enfermos se asociaron a mayor porcentaje de depresión leve y moderada.
4. El sexo más afectado por depresión fue el femenino. Los casos de depresión leve se presentaron en su mayoría en el sexo femenino, y depresión moderada en el masculino.
5. El grupo de edad más afectado por depresión se ubicó en el rango de 40 a 49 años.
6. De acuerdo al estado civil, el grupo más afectado por depresión, tanto leve como moderada son las personas casadas.

10. RECOMENDACIONES

1. Crear programas a nivel de Salud Pública destinados a la detección y tratamiento de depresión que puedan ser aplicados en Centros y Puestos de Salud, por medio de la Unidad de Salud Mental del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.
2. Buscar asesoría especializada en trastornos mentales, para fortalecer las medidas terapéuticas destinadas al tratamiento de depresión clínica, con el fin de mejorar las condiciones de vida de la población afectada.
3. Crear programas en Salud Pública destinados a la capacitación del personal de salud, en cuanto a diagnóstico y referencia oportuna de pacientes con depresión detectados en niveles primarios.
4. Crear programas de educación en salud mental destinados a la población en general, para la prevención y detección temprana de depresión.
5. Reestructurar el pensum de pregrado de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos, con el fin de incluir formación correspondiente a temas de salud mental, enfocado en la detección y tratamiento de depresión clínica.
6. Promover la realización de estudios destinados a determinar la prevalencia de depresión y otros trastornos mentales en otras regiones del país, con el fin de obtener información que pueda ser utilizada para la realización de programas de Salud Mental.

11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Arriola, C. Depresión ¿un problema en el área rural? Tesis (Médico y Cirujano) Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, 1991. 22p.
2. Bair, M. et al. Depression and pain comorbidity. *Arch Intern Med* 2003 Nov 10; 163(20):2433-2445.
3. Beck, A. et al. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1969 Mar;4(5):561 – 571.
4. Beck, A. et al. Psychometric properties of the Beck depression inventory: twenty five years of evaluation. *Clin Psychology Rev* 1988 Aug;8(11):77 – 100.
5. Braunwald, E. et al. Trastornos del estado de ánimo. En: Harrison: Principios de Medicina Interna. 15ª ed. México. Editorial Interamericana McGraw-Hill. . 2002. (pp 2981-2987).
6. Bravo, M. et al. The psychological sequelae of disaster stress prospectively and retrospectively evaluated. *Am J Community Psychol* 1990 Oct;18(5):661–680.
7. Bremner, J. et al. Regional brain metabolic correlates of α – methylparatyrosine – induced depressive symptoms. *JAMA* 2003 Jul 18;289(23):3125 – 3134.
8. Caldera, T. et al. Psychological impact of the hurricane Mitch in Nicaragua in one year perspective. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2001 Mar;36(3): 108–114.
9. Canino, G. et al. The impact of disaster on mental health: prospective and retrospective analyses. *Int J Ment Health* 1990 Ene;19(1):51–69.
10. De la Fuente, R. The mental health consequences of the 1985 earthquakes in México. *Int J Ment Health* 1990 Dec;19(4):21–29.
11. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed. Revised: DSMIVR. Washington, D.C.: American Psychiatric Association 2002. 832p.
12. Durkin, M. Major depression and post-traumatic stress disorder following the Coalinga and Chile earthquakes: a cross-cultural comparision. *J Soc Behav Pers* 1993 May;8(3):405-420.
13. Frodl, T. et al. Hippocampal changes in patients with a fist episode of major depression. *Am J Psychiatry* 2002 Jul; 159(7):1112–1118.
14. Galea, S. et al. Psychological sequelae of the september 11 terrorist attacks in New York City. *N Engl J Med* 2002 Mar 28;346(13):982-987.

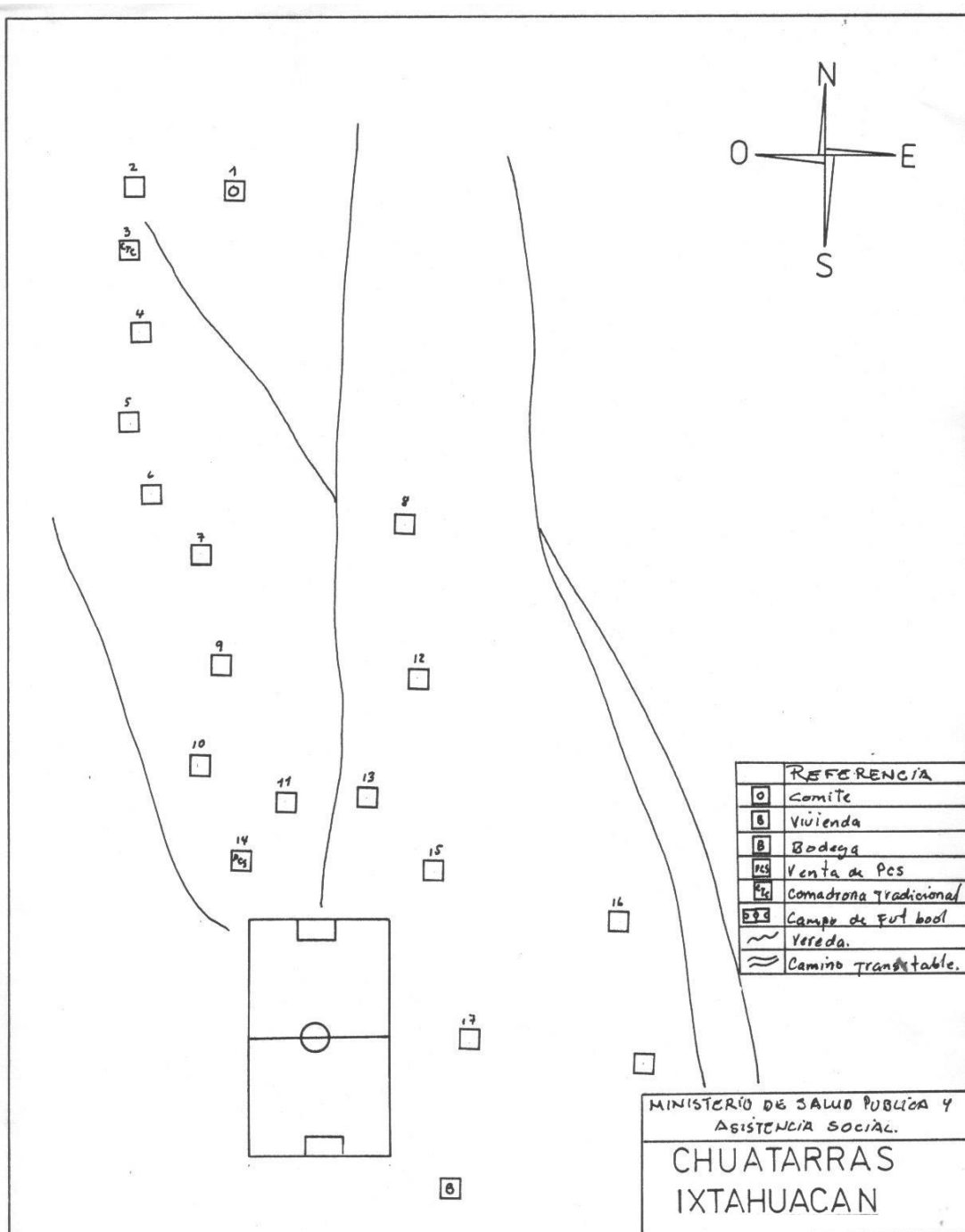
15. Goenjian, AK. et al. Posttraumatic stress and depressive reactions among Nicaraguan adolescents after hurricane Mitch. *Am J Psychiatry* 2001 May;158(5):788–794.
16. Gold, P. et al. Clinical and biochemical manifestations of depression: relation to the neurobiology of stress (first of two parts). *N Engl J Med* 1988 Aug 11; 319(6):348-353.
17. Gold, P. et al. Clinical and biochemical manifestations of depression: relation to the neurobiology of stress (second of two parts). *N Engl J Med* 1988 Aug 18; 319(7):413-420.
18. Guatemala. Coordinadora Nacional Para la Reducción de Desastres. Estado de calamidad pública, datos actualizados "tormenta tropical Stan". [en línea] disponible en: <http://www.conred.org/boletines/231005/boletin231005a.php>. Página WWW. 27 de julio de 2006.
19. Guyton, A. et al. Organización del Sistema Nervioso; funciones elementales de las sinapsis y de las sustancias transmisoras. 10ª ed . México. Editorial Interamericana McGraw-Hill. 2000. (pp621-639).
20. Hathaway, S. McKinley, J. Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI-Español). Madrid, España. Editorial El Manual Moderno. 1967. 84p.
21. Kohn, R. et al. Psychological and psychopathological reactions in Honduras following hurricane Mitch: implications for service planing. *Rev Panam Salud Pública* 2005 Oct/Nov;18(4 – 5):287-295.
22. Krishnan, K. Magnetic resonance imaging-defined vascular depression. *Am J Psychiatry* 1997 Apr; 154(4):497-501.
23. Krug, E. et al. Suicide after natural disasters. *N Engl J Med* 1998 Feb 15; 338(6):273-378.
24. Lima, B. et al. Psychiatric disorders among poor victims following a major disaster: Armero, Colombia. *J Nerv Ment Dis* 1991 Jul;179(7):420-427.
25. Mann, J. The medical manegement of depression. *N Engl J Med* 2005 Sep 29;353(13):1819-1834.
26. Monroe, S. Harkness, K. Life stress, the “kinding” hypotesys, and the recurrence of depression: considerations from a life stress perspective. *Psychol Rev* 2005 Jul;11(3):417 – 445.
27. Mulrow, C. Williams, J. Case-finding instruments for depression in primary care settings. *Ann Intern Med* 1995 Jun;122(12):913-921.

28. National Institute of Mental Health. Depression. [en línea] disponible en: Página WWW.[<http://www.nimh.nih.gov/healthinformation/depressionmenu.cfm>]. 17 de julio de 2006.
29. Noji, E. The nature of disasters: general characteristics and public health effects. In: The public health consequences of disasters. New York: Oxford University Press, 1997. 363p.
30. Norris, FH. et al. Post disaster stress in the United States and México: a cross-cultural test of the multicriterion conceptual model of posttraumatic stress disorder. J Abnorm Psychol 2001 Nov;110(4):553–563.
31. Perilla, J. et al. Ethnicity, culture, and disaster response: indentifyng and expalning ethnic differences in post-traumatic stress disorder months after hurricane Andrew. J Soc Clin Psychol 2002 Ene;21(1):20-45.
32. Ponce, G. Incidencia de depresión en una comunidad urbana marginal. Tesis (Médico y Cirujano) Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, 1986. 69p.
33. Ramírez, A. Tormenta tropical Stan se viene con fuerza. [en línea] disponible en: Página WWW.[<http://www.prensalibre.com/pl/2005/octubre/04/124736.html>]. 27 de julio de 2006.
34. Rozman, C. Trastornos del Humor. Farreras/Rozman: Medicina Interna. [CD – ROM]. 13ª ed. Madrid, España. Editorial Mosby – Doyma. 1997.
35. Ruo, B. et al. Depressive symptoms and health - -related quality of life: the heart and soul study. JAMA 2003 Jul 9; 290(2):215-221.
36. Sandoval, M. Castillo, E. Gonzales, I. Depresión en el Adulto Mayor. Tesis (Médico y Cirujano) Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, 2004. 150p.
37. Simon, G. et al. An international study of the relation between somatic symptoms and depression. N Engl J Med 1999 Oct 28;341(18):1329 – 1335.
38. Sobin, C. Sackeim, H. Psychomotor symptoms of depression. Am J Psychiatry 1997 Jan; 154(1):4–17.
39. Tapia, R. et al. Prevalencia del síndrome de estrés postraumático en la población sobreviviente de un desastre natural. Salud Pública Mex. 1987 Sep/Oct;29(5):406–411.
40. Whooley, M. Simon, G. Managing depression in medical outpatients. N Engl J Med 2000 Dec 28; 343(26):1942 – 1950.
41. Wikipedia: enciclopedia libre. Tormenta tropical. [en línea] disponible en: Página WWW.[http://es.wikipedia.org/wiki/Tormenta_tropical.htm]. 15 de julio de 2006.

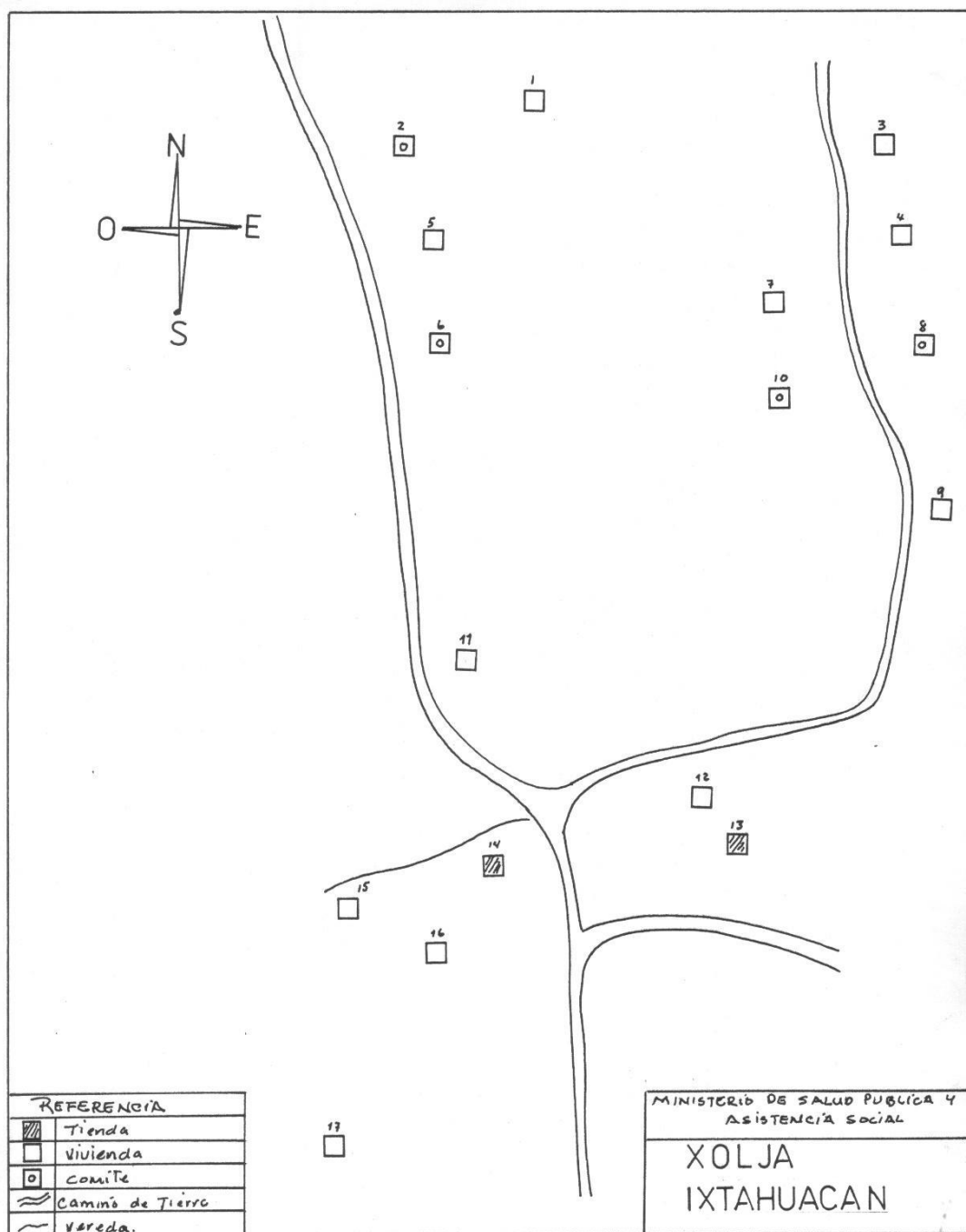
42. World Health Organization. Depression. [en línea] disponible en: Página WWW.[http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en.htm]. 27 de julio de 2006.
43. World Health Organization. Mental and neurological disorders. [en línea] disponible en: Página WWW.[<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs265/en.htm>]. 27 de julio de 2006.
44. Zung, W. A self rating depression scale. Arch Gen Psychiat 1985 Dec; 12(14):144-151.

13. ANEXOS

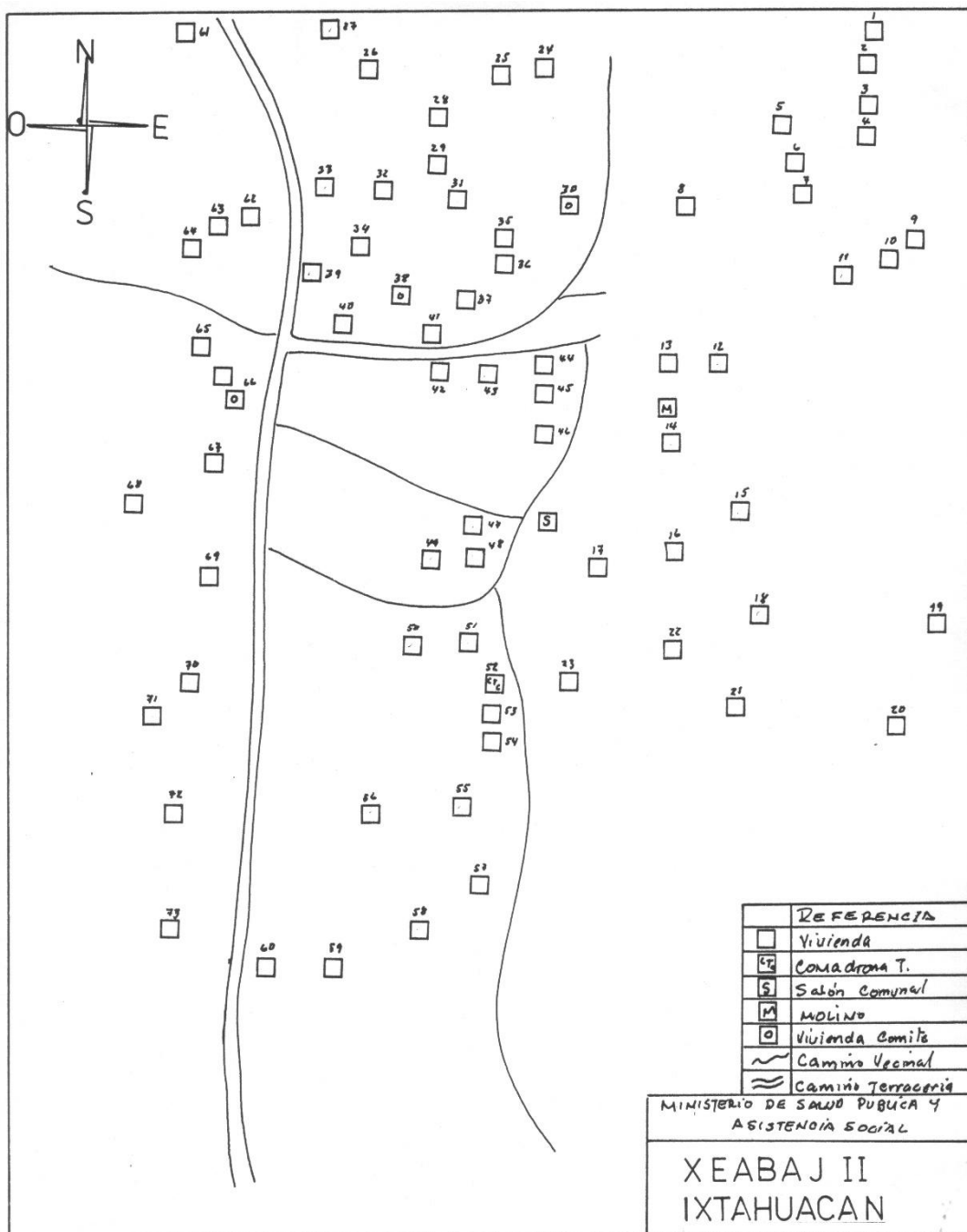
Croquis No. 1



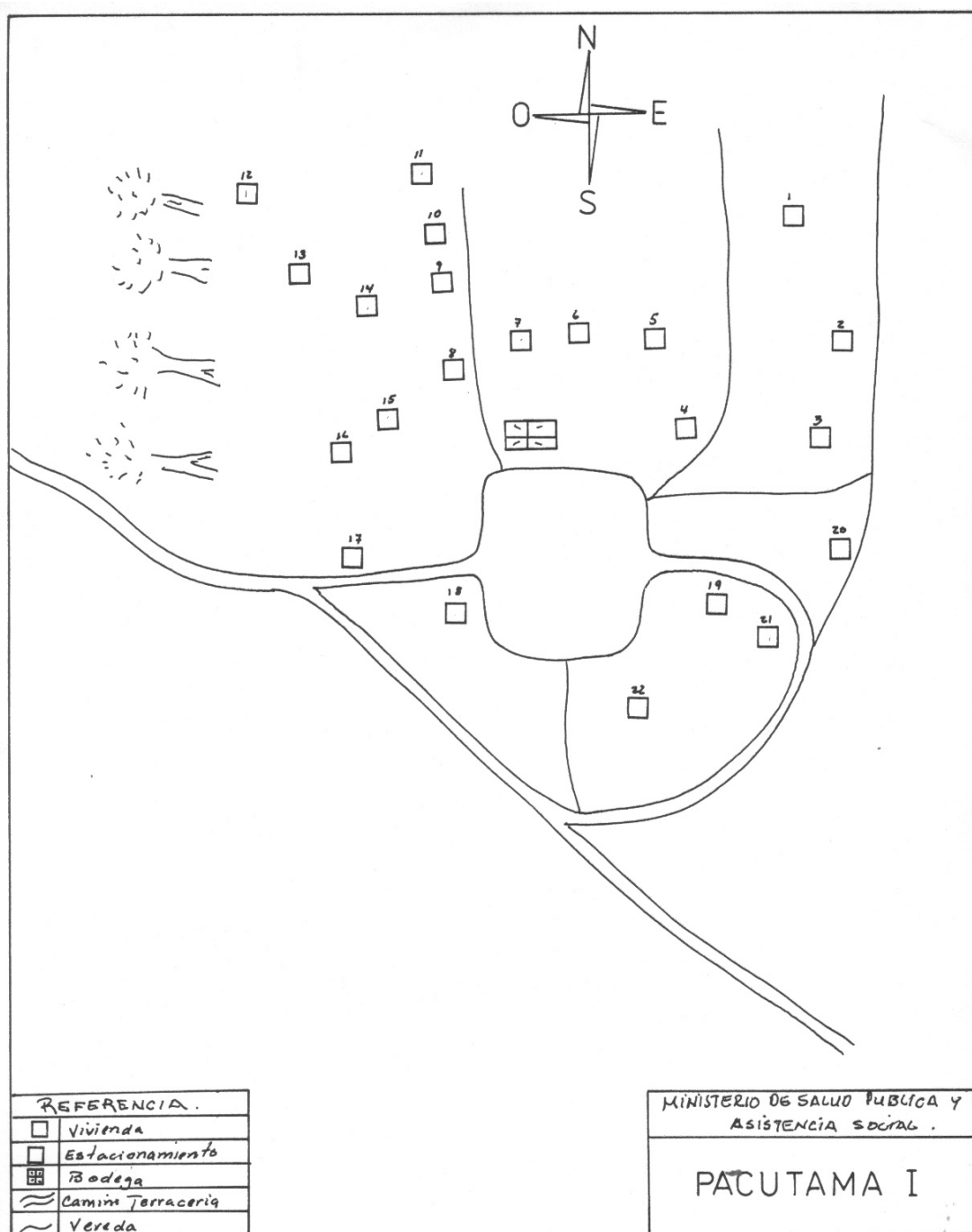
Croquis No. 2



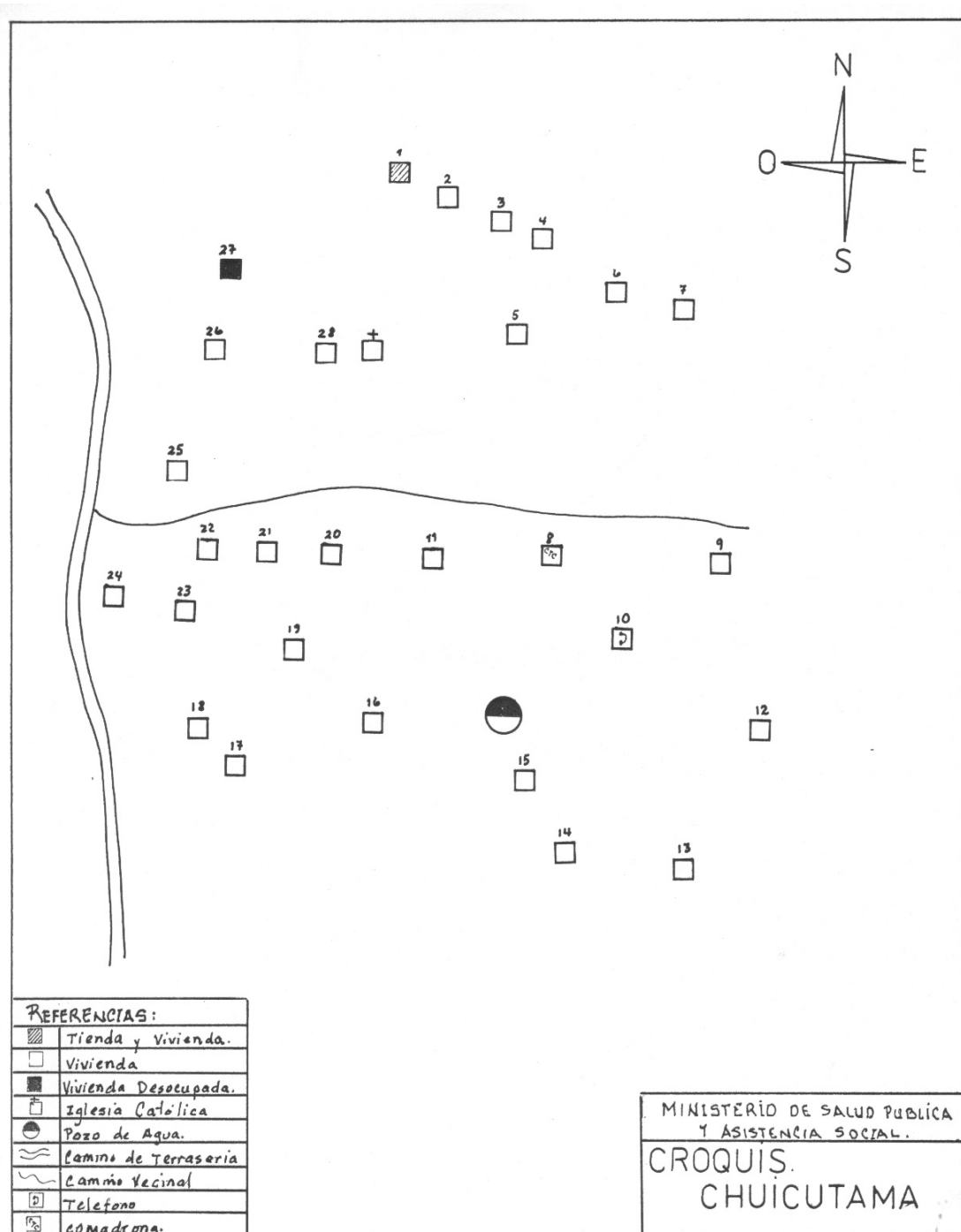
Croquis No. 3



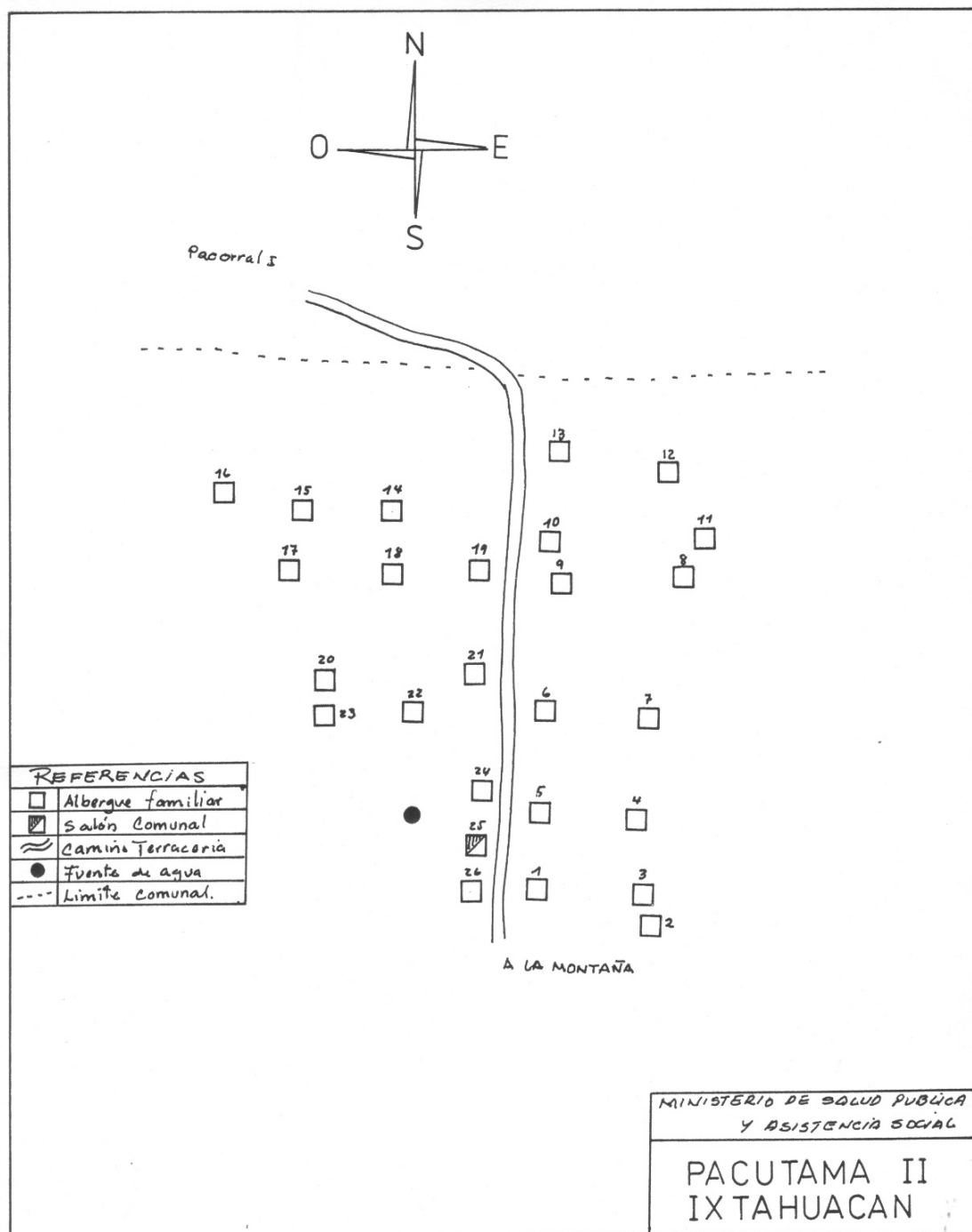
Croquis No. 4



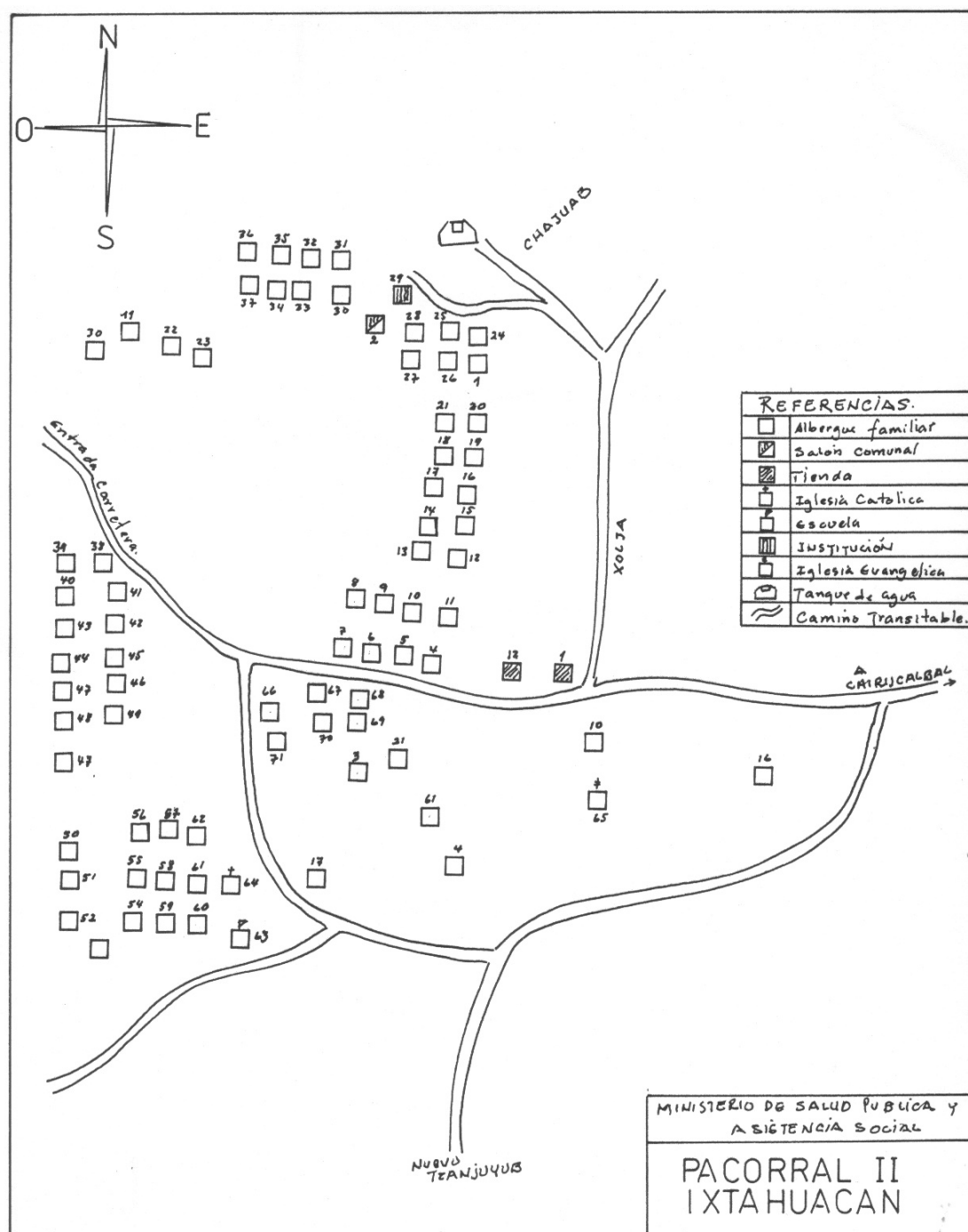
Croquis No. 5



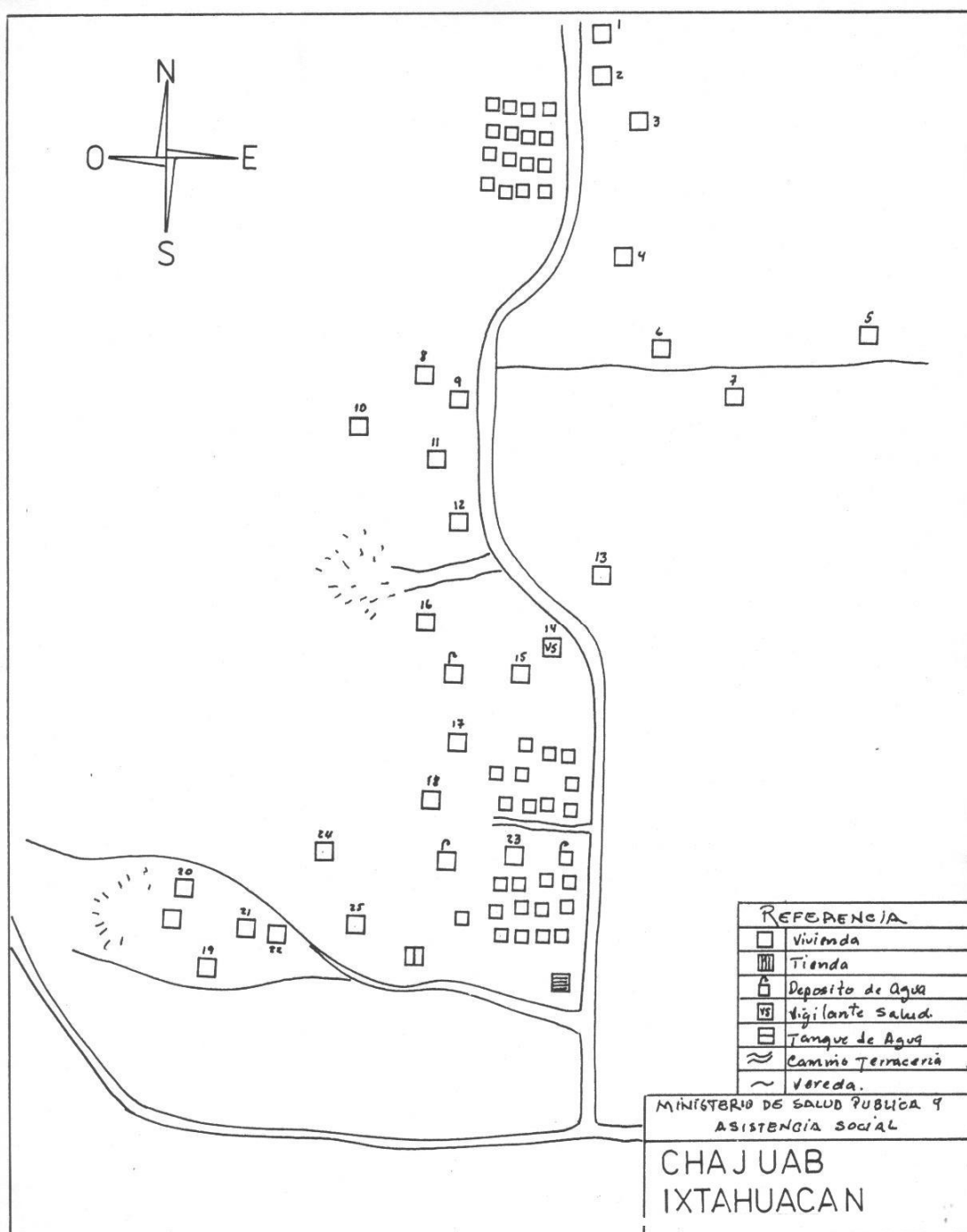
Croquis No. 6



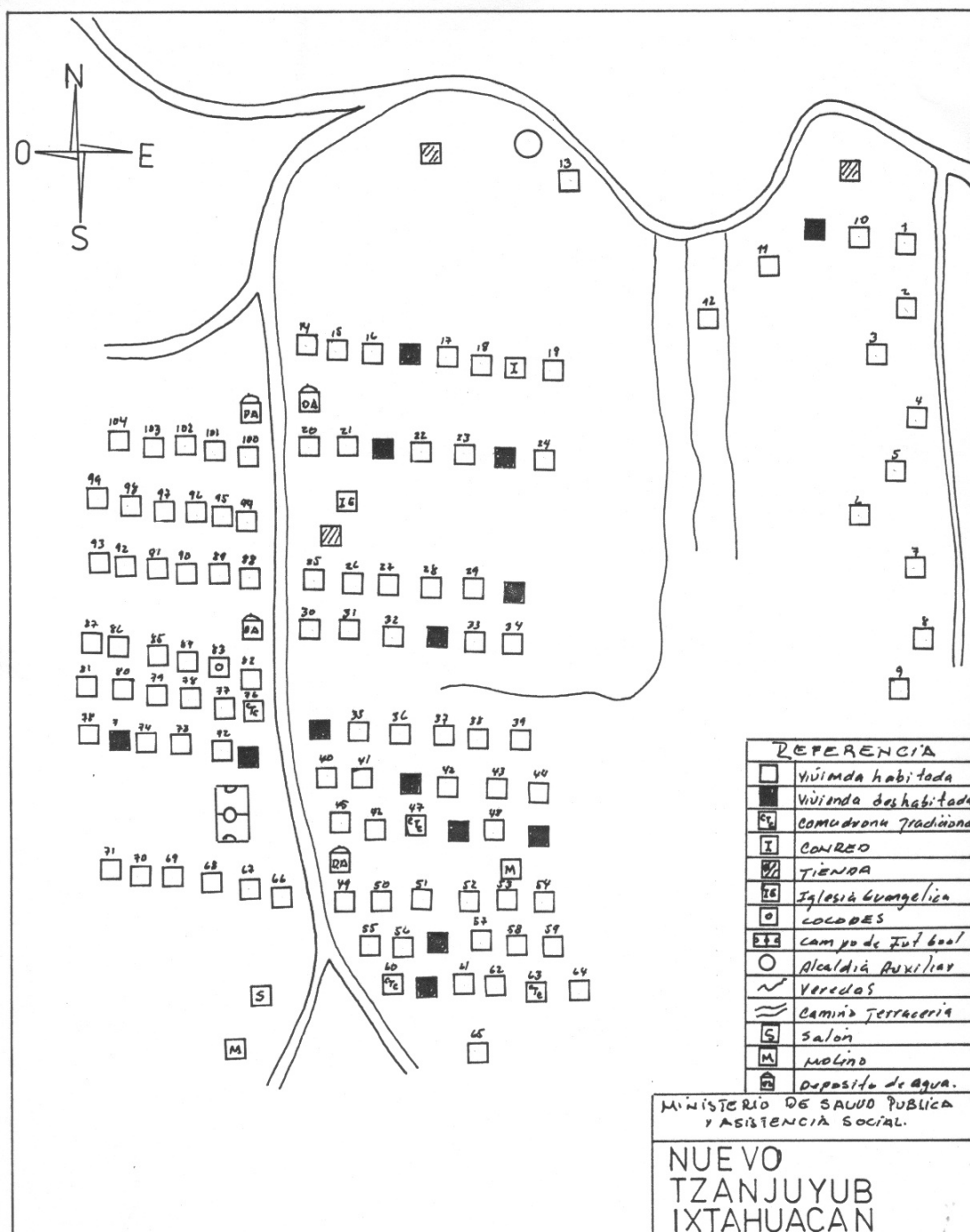
Croquis No. 7



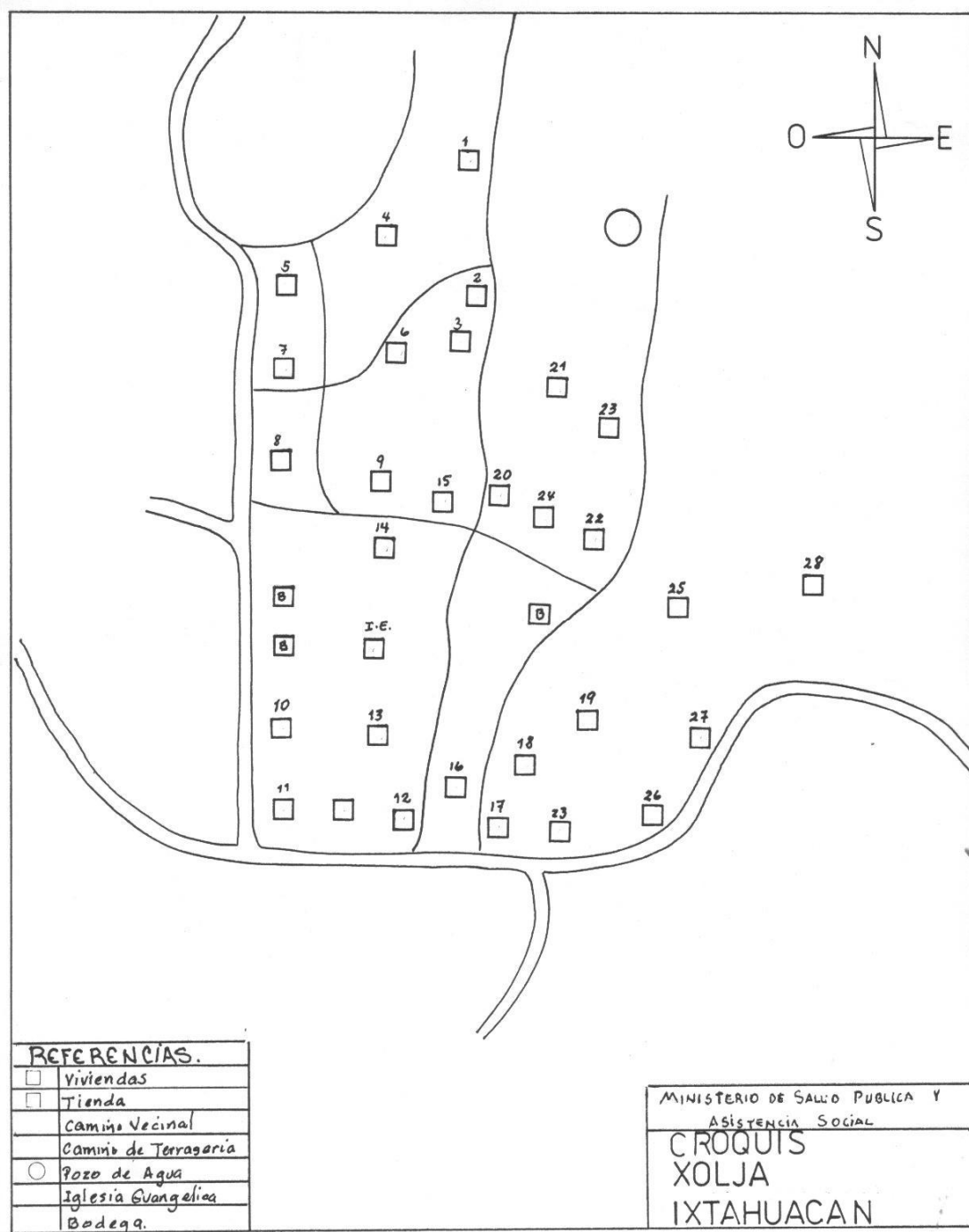
Croquis No. 8

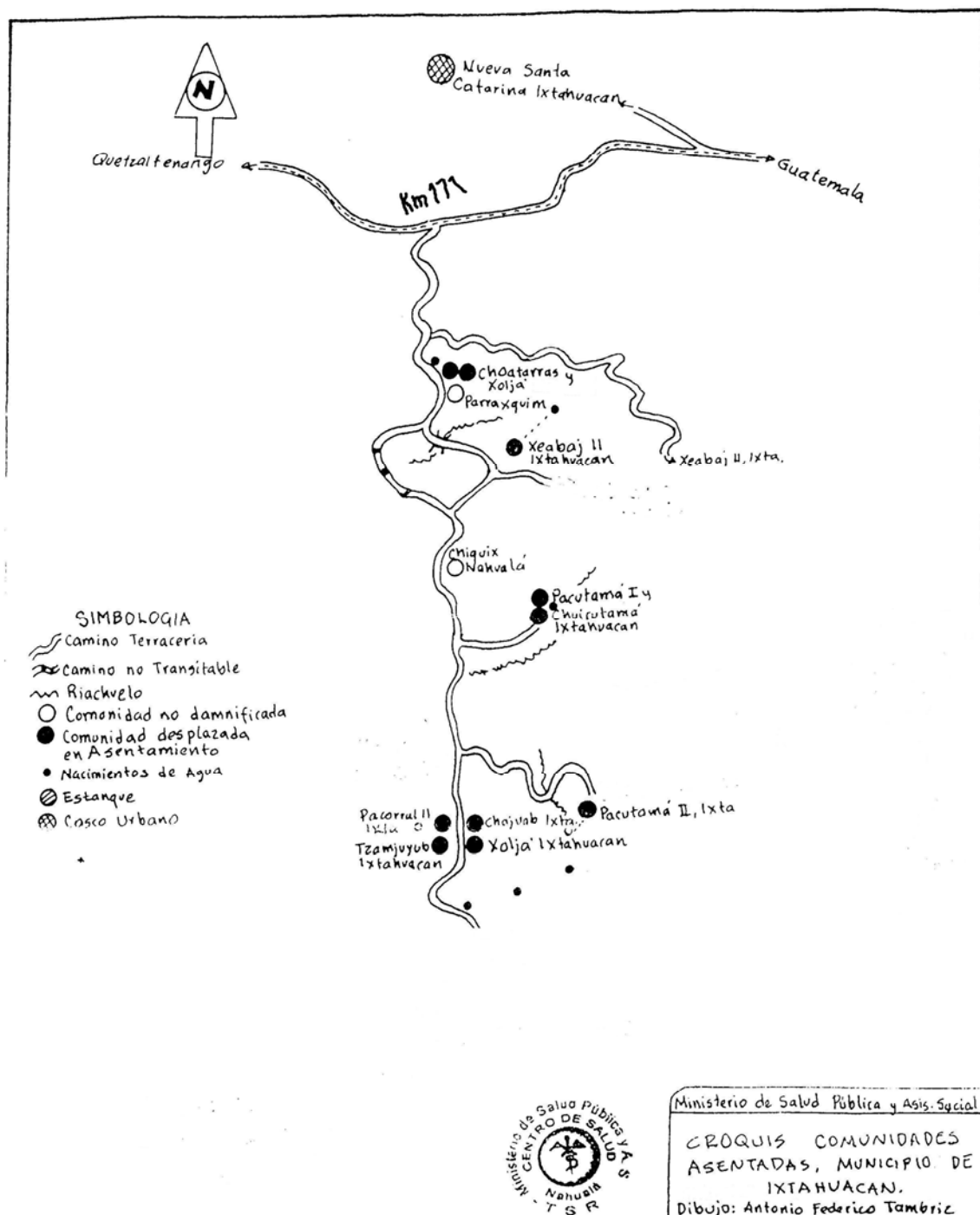


Croquis No. 9



Croquis No. 10







A continuación se presenta una serie de ítems donde usted podrá seleccionar la respuesta según el tema interrogado marcando con una X en los cuadros correspondientes:

Sexo: M ☐ F ☐

15 – 19 años: 20 – 24 años:

25 – 39 años: 40 – 49 años:

50 – 59 años: 60 – 64 años:

65 – 69 años: 70 o más:

Soltero/a ☐ Unido/a ☐

Casado/a ☐ Viudo/a ☐

Divorciado/a ☐

Xeabaj II: ☐ Xoljá II: ☐

Xoljá I: ☐ Pacutamá II: ☐

Chuatarrás: ☐ Pacorral: ☐

Tzamyuyub: ☐ Chajwab: ☐

Pacutamá I: ☐

Chuicutamá: ☐

ESTRESORES

¿Ha sufrido alguna desgracia familiar en el último año?

Si ☐

No ☐

¿Se relaciona bien con su familia?

Si ☐

No ☐

¿Se considera una persona sociable?

Si ☐

No ☐

¿Le molesta hacer su trabajo?

Si ☐

No ☐

¿Siente usted que está enfermo?

Si ☐

No ☐

TEST DE ZUNG

A continuación se presenta un cuadro con una serie de ítems, en la primera fila se encuentran las posibles respuesta para cada ítem, cada una de esas respuestas tienen una valoración numérica diferente, deberá escribir el valor correspondiente al ítem determinado en la columna de la derecha. Seguidamente se procederá a realizar la sumatoria de todas las respuestas u utilizando la tabla de conversión abajo mostrada escribir el valor del índice EAD en la casilla correspondiente.

	Nunca o muy pocas veces	Algunas veces	Frecuentemente	La mayoría del tiempo o siempre	
1. Me siento descorazonado melancólico o triste	1	2	3	4	
2. Por la mañana es cuando mejor me siento.	4	3	2	1	
3. Siento deseos de llorar.	1	2	3	4	
4. Me cuesta trabajo dormir durante la noche.	1	2	3	4	
5. Como igual que siempre.	4	3	2	1	
6. Disfruto conversando y estando con mujeres y/o hombres atractivos.	4	3	2	1	
7. Noto que estoy perdiendo peso.	1	2	3	4	
8. Tengo problemas de estreñimiento.	1	2	3	4	
9. Mi corazón late más fuerte que lo normal.	1	2	3	4	
10. Me canso sin motivo.	1	2	3	4	
11. Mi mente esta tan despejada como siempre.	4	3	2	1	
12. Me resulta fácil hacer todo lo que solía hacer.	4	3	2	1	
13. Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto.	1	2	3	4	
14. Tengo esperanza en el futuro.	4	3	2	1	
15. Me irrito más de lo normal.	1	2	3	4	
16. Encuentro fácil el tomar decisiones.	4	3	2	1	
17. Siento que me necesitan que soy útil.	4	3	2	1	
18. Llevo una vida satisfactoria.	4	3	2	1	
19. Siento que los demás estarían mejor si yo estuviera muerto	1	2	3	4	
20. Todavía disfruto las cosas que solía hacer.	4	3	2	1	
				Puntuación bruta	
				Índice EAD	

Conversión de la puntuación bruta al índice EAD

Puntuación bruta	Índice EAD	Puntuación bruta	Índice EAD	Puntuación bruta	Índice EAD	Puntuación bruta	Índice EAD	Puntuación bruta	Índice EAD
20	25	32	40	44	55	56	70	68	85
21	26	33	41	45	56	57	71	69	86
22	28	34	43	46	58	58	73	70	88
23	29	35	44	47	59	59	74	71	89
24	30	36	45	48	60	60	75	72	90
25	31	37	46	49	61	61	76	73	91
26	33	38	48	50	63	62	78	74	92
27	34	39	49	51	64	63	79	75	94
28	35	40	50	52	65	64	80	76	95
29	36	41	51	53	66	65	81	77	96
30	38	42	53	54	68	66	83	78	98
31	39	43	54	55	69	67	84	79	99
								80	100
Índice EAD	Impresión clínica global equivalente								
< 50	Dentro de lo normal sin psicopatología								
50 – 59	Depresión mínima o leve.								
60 - 69	Depresión moderada o notable.								
70 o >	Presencia de depresión severa o extrema								



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE
GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
UNIDAD DE TESIS
“PREVALENCIA DE DEPRESION”



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Habiéndome informado que se me realizará una encuesta con el objetivo de recolectar información para el trabajo de investigación: “Prevalencia de depresión en habitantes de comunidades afectadas por la tormenta tropical Stan”, explicando que los resultados de dicha investigación serán totalmente confidenciales y utilizados únicamente con fines científicos, sin perjuicio de mi integridad física o psicológica, acepto participar en dicha investigación contestando a las preguntas que se me realicen.

Firma/ huella



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
UNIDAD DE TESIS
“PREVALENCIA DE DEPRESION”



CHACUBAL RECH U MOLIC

Ca k'ut chuach lá jucho laj k'ot bal chiaj jaw chi utz ca tzucuj wilá ri calabal u wach, ruk' jun jux pale u k'ol bal.

U NIMAL K'AT BAL CHIAJ

Achi

☐

Ixoc

☐

Jan pá junab lá

15 – 19 años:

☐

20 – 24 años:

☐

25 – 39 años:

☐

40 – 49 años:

☐

50 – 59 años:

☐

60 – 64 años:

☐

65 – 69 años:

☐

70 o más:

☐

La k'ulan lá

K'ulantaj

☐

Qariq'om qib'

☐

K'ulanic

☐

Malkan

☐

Jachanak

☐

Jaw quel wilá

Xeabaj II:

☐

Xoljá II:

☐

Xoljá I:

☐

Pacutamá II

☐

Chuatarrás:

☐

Pacorral:

☐

Tzamjuyub:

☐

Chajuab:

☐

Pacutamá I:

☐

Chuicutamá:

☐

ESTRESORES

La ko jun q'achk'olil chrila pa le ochch la chewa we jun junab'

Si ☐

No ☐

La utz a la q' pa ja

Si ☐

No ☐

La utz la kuk konojel wi naq

Si ☐

No ☐

La na utz ta kanala le chak lá

Si ☐

No ☐

Lal yawab la ka na lá

Si ☐

No ☐

TEST DE ZUNG

A continuación se presenta un cuadro con una serie de ítems, en la primera fila se encuentran las posibles respuesta para cada ítem, cada una de esas respuestas tienen una valoración numérica diferente, deberá escribir el valor correspondiente al ítem determinado en la columna de la derecha. Seguidamente se procederá a realizar la sumatoria de todas las respuestas u utilizando la tabla de conversión abajo mostrada escribir el valor del índice EAD en la casilla correspondiente.

	Ku banqwikná	Xaj jujunmul	Amak' el kin naó	Ro noj el tiempo	
1. Kin bisonik o ka joluw vi wani má	1	2	3	4	
2. Kor kinok'ik ca waj	4	3	2	1	
3. K'ax rokik ni un waram cheri jun ak'ab.	1	2	3	4	
4. Noj ukab' katchakun xokaq'ab.	1	2	3	4	
5. Junam kin jaà ruk ri u banom ka nok'	4	3	2	1	
6. Sibalaj ut kin naó kin tzijon kuq' a chijab	4	3	2	1	
7. Ki wil in chi tajin kin b'aquirix.	1	2	3	4	
8. K'or q'ax quin pamanik.	1	2	3	4	
9. Le wa ni má kor sibalaj ku k'aq rib	1	2	3	4	
10. Kor sibalaj kin kosik y nawet am taj jasché.	1	2	3	4	
11. Le un chomanik si balaj ku chumala'.	4	3	2	1	
12. No k'ox ta ubanik ro noj el le kan bano'.	4	3	2	1	
13. Si balaj xaq xaq katitot kin nao', na utz 'taj kin nao' we kinmatzik	1	2	3	4	
14. K'o wiyebal a panok'	4	3	2	1	
15. Mas kin kanar chic chuach ri na bé.	1	2	3	4	
16. Na kax tau chomaxic ri quin bano'.	4	3	2	1	
17. Quin na nó cher in rajawaxic y sibalaj ku nu patan.	4	3	2	1	
18..Sibalaj ut ri un kalse mal.	4	3	2	1	
19. Kin naó cher konojel sibalaj ut ké k'ojiwí we ta in kaminak' in	1	2	3	4	
20. Sibalaj ut kin naó si kin ban ojer.	4	3	2	1	
				Puntuación bruta	
				Índice EAD	

Conversión de la puntuación bruta al índice EAD

Puntuación bruta	Índice EAD	Puntuación bruta	Índice EAD	Puntuación bruta	Índice EAD	Puntuación bruta	Índice EAD	Puntuación bruta	Índice EAD
20	25	32	40	44	55	56	70	68	85
21	26	33	41	45	56	57	71	69	86
22	28	34	43	46	58	58	73	70	88
23	29	35	44	47	59	59	74	71	89
24	30	36	45	48	60	60	75	72	90
25	31	37	46	49	61	61	76	73	91
26	33	38	48	50	63	62	78	74	92
27	34	39	49	51	64	63	79	75	94
28	35	40	50	52	65	64	80	76	95
29	36	41	51	53	66	65	81	77	96
30	38	42	53	54	68	66	83	78	98
31	39	43	54	55	69	67	84	79	99
								80	100
Índice EAD	Impresión clínica global equivalente								
< 50	Dentro de lo normal sin psicopatología								
50 – 59	Depresión mínima o leve.								
60 - 69	Depresión moderada o notable.								
70 o >	Presencia de depresión severa o extrema								



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
UNIDAD DE TESIS
“PREVALENCIA DE DEPRESION”



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Are taq chb'ich chwe, chkab'on jun kotoj chiaj chwech xarumal jun umolik kitaj tzij rech jun chak “Prevalencia de Depresión” kuk taq' le ewinaq' le chvivik kach pa ri jun ni malaj q'eqala jaw chub'ano y kab'ich q'ut wa we umolik we k'iataq tzij, ka b'anik xach ta utzijol, cher na kub'an ta k'ach we rumal k'ula kin to banik, ruk le utzaliyraxik uwach taq le tzij rech le q'otoj chiaj, ka b'an chw.

Firma/ huella