



Vol. 16 No. 2

Junio de 2013

LA ANSIEDAD Y LA DEPRESIÓN COMO INDICADORES DE PROBLEMAS DE SALUD MENTAL EN LOS SALVADOREÑOS

José Ricardo Gutiérrez Quintanilla¹ y Cecilia Beatriz Portillo García²
Universidad Tecnológica de El Salvador
El Salvador

RESUMEN

En El Salvador tanto los informes del Ministerio de Salud, como los resultados de investigaciones empíricas demuestran que la ansiedad y la depresión son las dos alteraciones mentales más prevalentes en la población salvadoreña. El presente artículo es un extracto de un estudio presentado recientemente (2011) por la Universidad Tecnológica de El Salvador (Utec) titulado "Prevalencias de alteraciones afectivas: depresión y ansiedad en los salvadoreños. Estado de salud mental". En el presente artículo se pretendió: 1) Determinar la prevalencia de depresión y ansiedad en función del género y lugar de residencia (urbano, rural) de la población salvadoreña y 2) Establecer si existen diferencias significativas en depresión y ansiedad en función del género y lugar de residencia de la población salvadoreña. Es un estudio *ex post facto* con un diseño *retrospectivo*; se utilizó un muestreo probabilístico por conglomerados a escala nacional en una muestra de 1.209 personas, la media de edad total fue de 33.57 años ($DT = 11.34$). De este total 634 (52.5%) son mujeres y 574 (47.5%) son hombres. En el estudio se utilizó la *técnica de la encuesta*; se aplicó el *cuestionario de*

¹ Doctor en Psicología, Profesor e investigador en la Universidad Tecnológica de El Salvador (Utec). Correo electrónico: ricardo.gutierrez@utec.edu.sv

² Licenciada en Psicología, pasante de investigación en la Universidad Tecnológica de El Salvador (Utec). Correo electrónico: cciliaportillo@gmail.com

salud general (GHQ-28) que posee adecuadas propiedades psicométricas en El Salvador para medir las variables estudiadas. Algunos resultados son: que una cantidad grande de salvadoreños presentan uno o más síntomas de depresión y ansiedad, más de la mitad de la muestra estudiada presenta síntomas de *ansiedad*, que existen diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres, presentando un mayor número de síntomas las mujeres. Las variables sociales como: región de residencia y escolaridad, están asociadas a la incidencia de depresión y ansiedad en El Salvador.

Palabras clave: ansiedad, depresión, salud mental, estabilidad psicológica.

DEPRESSION AND ANXIETY AS INDICATORS OF MENTAL HEALTH PROBLEMS IN SALVADORIAN PEOPLE

ABSTRACT

In El Salvador, such information of the Ministry of Health, as the result of empirical research, shows that anxiety and depression are the two most prevalent mental disorders in the population of El Salvador. This article is the summary of a study recently presented in the year of 2011 by Universidad Tecnológica de El Salvador (Technological University of El Salvador), titled "Affective Disorder Incidence: Depression and Anxiety in the Mental Health of Salvadorian people.". In this article we are attempting to: 1). Determine the incidence of depression and anxiety regarding genre and place of residence (urban, rural) of the population of El Salvador and 2). Establish whether there are significant differences in depression and anxiety regarding genre and place of residence of the population of El Salvador. It is an ex post facto study with a retrospective design. We used a probabilistic sampling by conglomerates at the national level in a sample of 1,209 people, and the average age of 33.57. The total was ($TD= 11.34$), of this total, 634 (52.5%) are women and 574 (47.5%) are men. In this study, the survey technique of poll and the General health questionnaire (GHQ-28) were used as instruments of evaluation, which has adequate psychometric properties in El Salvador to measure the variables studied. Some results are: a large number of Salvadorians shows one or more symptoms of anxiety, more than half of sample exhibits symptoms of anxiety. There are statistically significant differences between men and women, being the women who present a greater number of symptoms. The social variables as: area of residence and schooling, associated with the incidence of depression and anxiety in El Salvador.

Key words: anxiety, depression, mental health, psychological stability.

En El Salvador como en la mayoría de países del mundo la salud está históricamente dominada por el modelo médico o atención a los problemas de salud física, dejando en un segundo plano la atención en salud mental. Pese a que es un país que en su historia reciente ha tenido una guerra civil, tiene una violencia social y delincuencia impactante, con débiles políticas sociales y económicas. Fue hasta el año 2011 que se creó la Política nacional de salud mental, se están integrando los equipos multidisciplinarios de atención en salud mental en los hospitales generales y los equipos comunitarios en salud (Ecos). Esfuerzos que aún son insuficientes debido a que las condiciones que favorecen el apareamiento de problemas mentales (Organización Mundial de la Salud, 2001, 2005) son abordadas tímidamente. La salud mental no parece ser una de las prioridades en el sistema nacional de salud salvadoreño, debido a la escasez de recurso asignados, aunque la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) han sugerido a los Estados miembros la implantación de programas colectivos orientados a la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de los problemas de la salud mental de sus pueblos. Estas exigencias en El Salvador se cumplen parcialmente debido a que con gran esfuerzo se ha creado la política nacional de salud mental, los equipos multidisciplinarios de salud mental (aún no completos) y los Ecos. Existen otras fortalezas de los servicios de salud mental como son: la existencia de autoridades, un plan nacional de salud mental con un componente de intervención en desastres, documentos regulatorios de intervención, una vinculación con otros sectores como la red de unidades de atención especializadas del Ministerio de Salud (Minsal), ISSS, el Instituto salvadoreño de Bienestar Magisterial (ISBM); instituciones que también desarrollan acciones de promoción, educación en salud mental y capacitación del personal de atención primaria en salud (Política Nacional de Salud Mental, Minsal 2011). Históricamente en el país, ha existido un hospital psiquiátrico dedicado al tratamiento de aquellos trastornos mentales identificados y

referidos por el sistema nacional de salud. Sin embargo, en la actualidad también se dispone del hospital del Instituto Salvadoreño del Seguro Social (Policlínico del ISSS), para la atención de pacientes cotizante con problemas de salud mental. En este sentido, destacar que los esfuerzos antes señalados son encomiables y están en la ruta correcta. Sin embargo, no podemos dejar de señalar que las exigencias y necesidades en salud mental rebasan los recursos y la institucionalidad instalada.

En El Salvador como en muchos países de la región, existe una pobre investigación sobre los problemas de salud mental, con importantes deficiencias metodológicas en el abordaje de los problemas mentales. En este sentido, la Universidad Tecnológica de El Salvador (Utec), recientemente (2011) presentó un informe de estudio a escala nacional titulado "*Prevalencias de alteraciones afectivas: depresión y ansiedad en los salvadoreños. Estado de salud mental*". Este estudio fue motivado por dos razones básicas: *primera*; debido a que en otros estudios relacionados con la salud mental se habían encontrado síntomas importantes de problemas afectivos como depresión, ansiedad, somatización y disfunciones sociales, entre otras alteraciones. *Segunda*; que en nuestro país, ni el Estado, ni las universidades hacen investigación académica científica en el campo de la salud mental. Son estas circunstancias las que llevaron al equipo investigador a desarrollar un estudio a escala nacional, para analizar sistemáticamente algunos problemas de salud mental y relacionarlos con las variables socioculturales del país. El presente artículo sobre depresión y ansiedad como indicadores de problemas de salud mental en los salvadoreños es un extracto de un informe mayor que fue desarrollado por los autores y financiado por la Utec. La investigación en el campo de la salud mental es fundamental de cara a la implantación de políticas pública y de programas de promoción, prevención y tratamiento de los problemas de naturaleza mental. Los problemas mentales tienen costos en términos humanos, sociales y económicos (OMS, 2005), es decir que el incremento de los trastornos mentales a nivel mundial tiene un alto costo en sufrimiento humano, la discapacidad y pérdidas económicas (OMS, 2001). Sin embargo, la salud mental se puede mejorar con las acciones apropiadas (OMS,

2005). Es por ello que es importante identificar el estado de salud mental de los salvadoreños y qué factores pudieran estar incidiendo en el bienestar psicológico, con la intención de orientar las intervenciones futuras y la investigación.

El informe de salud mental (OMS, 2001) refiere que entre 25 a 50% de la población mundial ha presentado alguna vez en su vida un trastorno de tipo mental. Periego (OPS, 2005) informó que las estadísticas indicaban que los trastornos mentales representan una proporción cada vez mayor de la carga de morbilidad en América Latina y el Caribe. Consideró que para finales del 2010 podrían llegar a 176 millones de personas en la región. La depresión y la ansiedad son los trastornos mentales más prevalentes, calculándose que más del 20% de la población general sufrirá alguno de estos en un momento de sus vidas (Valles, 2002). Aproximadamente casi dos terceras partes de las personas con algún trastorno mental no visitan a un especialista en salud mental (Valencia, 2007) y en la mayoría de los países del mundo, muchas de las personas diagnosticadas con algún trastorno mental no reciben atención especializada debido: a las limitantes existentes en infraestructura de servicios de salud mental, al reducido número de especialistas y personal de salud mental; Alrededor del 70% de la población mundial le corresponde menos de un psiquiatra por cada 100,000 habitantes (OMS, 2001). Además, debido a los insuficientes recursos financieros y políticas dedicadas a la salud mental. Los gastos en salud mental del presupuesto global en salud equivalen a menos del 1% en el 62% de los países en vías de desarrollo y el 16% en los países desarrollados. El 25% de las naciones no tienen acceso a los psicofármacos básicos de atención primaria, y 37% de los países carecen de servicios de salud mental comunitarios. Un 30% de los países no tiene un programa nacional de salud mental, 40% carecen de una política de salud mental y que 25% de los países con políticas públicas para atención psiquiátrica no se les asigna ningún presupuesto (Valencia, 2007).

La depresión es uno de los problemas de salud mental más comunes (Dowd, 2004). Recientemente se ha calculado que a nivel mundial 450 millones de personas padecen algún tipo de trastorno mental, entre 121 a 150 millones de ellos sufren depresión. Cada año se suicidan un millón de personas y se intentan

suicidar entre 10 a 20 millones (OMS, 2005). Estudios realizados por la Organización Mundial de la Salud (Valencia, 2007) sobre la carga mundial de enfermedades, han demostrado que la depresión unipolar es la principal causa de años de vida perdidos por discapacidad (APD). En los países en desarrollo, esta enfermedad constituye el cuarto problema de salud más importante, con una morbilidad total de 3.4%. Se estima que para el año 2020, este trastorno podría ser la segunda causa de morbilidad en el mundo y provocar la pérdida de 5.7% de los años de vida por discapacidad, (Pérdida de años de vida por discapacidad, AVAD), (Murray y López, 1996; OMS, 2001; Gómez-Restrepo, Ospina, Díaz-Granados, 2002), además de mantenerse como causa principal de años perdidos por discapacidad (APD), con valores superiores a los encontrados por Murray y López, (1996).

Tradicionalmente las mujeres han sido diagnosticadas con mayor frecuencia de problemas de salud mental que los hombres. Sin embargo en las últimas décadas se ha constatado que las tasas de problemas mentales no difieren en función del género, aunque sí la frecuencia de algunos trastornos. Se ha encontrado de forma consistente que es más probable que las mujeres tengan ansiedad y depresión que los hombres, mientras que estos presentan tasas más altas de trastornos de personalidad antisocial y de abuso de sustancias (Kessler, McGonagle, Zhao, Nelson, Hughes, Eshleman y Wittchen, 1994; Regier, Boyd, Burke, Rae, Myers, Kramer y cols., 1988). La depresión se da con mayor frecuencia en las mujeres que en los hombres (Dowd, 2004). Este mayor riesgo en las mujeres se ha encontrado en múltiples estudios epidemiológicos y clínicos, tanto si se considera el nivel de síntomas como el diagnóstico de trastorno depresivo unipolar (véase, por ejemplo, Kessler, McGonagle, Swartz, Blazer y Nelson, 1993; Lehtinen y Joukamaa, 1994; Nolen-Hoeksema, 1990; Weissman y Klerman, 1977). En Colombia, Gómez-Restrepo, Bohórquez, Pinto, Gil-Laverde, Sepúlveda y Díaz-Granados, (2004), confirmaron la asociación significativa entre la depresión y el sexo femenino. Esta asociación aumentó con la edad, quizá debido a factores biológicos, genéticos, psicológicos y sociales, entre ellos la alta tasa de violencia doméstica y sexual (Organización Mundial de la Salud, 2001;

Grupo Hospital Mental de Antioquia, 1988). De igual forma, en un estudio realizado en los Estados Unidos se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la depresión y el sexo femenino, al igual que entre aquella y la ansiedad; también con los intentos de suicidio y los antecedentes de problemas mentales en la familia. Al evaluar la relación de la depresión con algunos factores socioeconómicos, como las condiciones físicas de la vivienda, se evidenció un leve aumento de la depresión cuando la persona consideraba su espacio físico desfavorable. Otros elementos, como la poca cohesión familiar, los ingresos insuficientes, el mal estado de salud y la poca satisfacción con los logros alcanzados, se percibían desfavorablemente en la medida en que aumentaba la gravedad de la depresión (Department of Health and Human Services, Mental health, 1999). Asimismo otro estudio realizado en Estados Unidos por Kawachi, Kennedy, Gupta y Prothrow-Stith (1999) encontró que las mujeres presentaban mayor morbilidad y mortalidad en los estados donde tenían menor participación política y autonomía económica, factores que también afectaban negativamente a la salud de los hombres, pero parecían ser más importantes en el caso de las mujeres. Aunque algunos autores atribuyen estas diferencias con relación a la depresión y la ansiedad a los cambios hormonales que sufre la mujer. Igualmente, Kessler, *et al.* (2003) menciona que los factores asociados con la depresión y ansiedad son ser mujer, dedicarse a las labores del hogar, estar jubilado, ser soltero, separado, divorciado o viudo, tener bajo nivel educacional y tener bajos ingresos económicos. Asimismo las mujeres presentan más depresión a lo largo de todo el ciclo vital, surgiendo en la adolescencia y manteniéndose a lo largo de la vida adulta (Cyranowski, Frank, Young y Shear, 2000; Nolen-Hoeksema y Girgus, 1994; Sweeting y West, 2003). Las mujeres presentan más sintomatología depresiva que los hombres, estas diferencias son mínimas, dándose muchas de estas en función de variables sociales y estructurales. Se ha encontrado que las diferencias de género en depresión se maximizan en las personas de más de 34 años, en las que tienen hijos, en las casadas o divorciadas, en las de bajo nivel de estudios y en las de empleo manual. Por último, el nivel de sintomatología depresiva en las mujeres con estudios universitarios y en las profesionales es

inferior al de los hombres con empleo manual, al de los solteros, al de menor nivel de estudios y al de los de edades comprendidas entre 18 y 24 años (Matud, Guerrero y Matías, 2006). Todo ello apunta a la escasa relevancia de los factores biológicos e indica que los factores sociales y estructurales son clave en las diferencias en depresión entre mujeres y hombres, como señala Bebbington (1998). Lederbogen, Kirsch, Haddad, Streit, Schuch, Tost y cols. (2011) indican que los habitantes de las ciudades tienen más probabilidades de sufrir más estrés y enfermedades mentales, plantean que estudios anteriores han demostrado que los problemas de salud mental, tales como esquizofrenia, ansiedad y trastornos del humor, son generalmente más comunes en personas que viven o crecen en las ciudades.

En El Salvador algunos estudios revelan que los problemas de salud mental tienen una prevalencia que oscila entre 34 a 65.5% de la población (Gutiérrez, 2009), para los años 2001, 2002, 2005 los trastornos de ansiedad fueron la primera causa de consulta en el sistema nacional de salud (Ministerio de Salud, Minsal, 2003, 2010, 2012). Asimismo para los años 2006-2012, la ansiedad aparece en primer lugar y la depresión como segunda causa de consulta de los trastornos mentales (Minsal, 2012). Escalante, (Minsal, 2010) informó de 1.287 suicidios, y 761 intentos de suicidio registrados en el año de 2009. Por otra parte, el Instituto de Medicina Legal (IML, 2008) reportó 635 suicidios.

<i>Trastornos mentales y del comportamiento</i>	<i>2006</i>	<i>2007</i>	<i>2008</i>	<i>2009</i>	<i>2010</i>	<i>2011</i>	<i>2012</i>
Ansiedad	44.813	38.879	37.305	27.180	29.954	40.869	43.356
Depresión	8.204	7.863	7.089	5.471	4.867	9.118	9.875
Intento suicidas	495	731	858	761	757	916	1.100

Tabla 1. Casos de trastornos mentales y del comportamiento notificados en los reportes de vigilancia semanal (Minsal, 2012).

Estos datos revelan que la ansiedad y la depresión, son las alteraciones mentales más prevalentes en la población salvadoreña. Gutiérrez (2012) realizó una investigación sobre *“La violencia social delincinencial asociada a la salud*

mental en los salvadoreños”, encontrando que las mujeres y los residentes urbanos presentaban mayores problemas de salud mental. Rodríguez, Barrett, Narváe, Caldas, Levav y Saxena (2007) realizaron una evaluación de los sistemas de salud mental en El Salvador, Guatemala y Nicaragua, utilizando el instrumento de evaluación para Sistemas de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (WHO-AIMS), en los resultados encontraron que el presupuesto dedicado a la salud mental apenas representa 1% del presupuesto general de salud y que los tres países estudiados entre ellos El Salvador presentaban serias limitaciones en los sistemas nacionales de salud mental. Se mencionan debilidades importantes en los servicios de salud mental salvadoreño entre los que se encuentran: la falta de legislación y políticas sobre salud mental, no existen mecanismos para la promoción y protección sistemática de los derechos humanos de los pacientes con problemas mentales, bajo porcentaje del gasto para la atención en salud mental y concentración del recurso humano en la ciudad de San Salvador (Minsal, 2010). El Ministerio de Salud (Minsal, 2005) ha reconocido deficiencias en la infraestructura física, insuficientes recursos humanos en el área asistencial, falta de acceso a los servicios sanitarios, inequidades en el acceso a la tecnología, escasa coordinación entre los formadores del talento humano y los proveedores de servicios de salud, limitada coordinación interinstitucional e intersectorial, dificultad en la atención de los usuarios y la gestión de la información, entre otras. En un estudio realizado por Gutiérrez (2010) para evaluar la calidad de atención en los servicios de salud pública en San Salvador se encontró que 63.4% de las personas consideran que la atención en el sistema de salud público salvadoreño es mala, 70.8% expresa que los tiempos de espera entre una cita y otra son largos, 68.4% manifiesta que en el sistema de salud público, el acceso al médico especialista es muy difícil. Con relación al acceso al médico general 54.8% manifestó que es complicado y 45.3% de las personas expresaron que la accesibilidad (por distancia) a un centro de salud es difícil. En términos generales, hay que matizar que si bien existen varias áreas que son evaluadas como de buena calidad de atención en los servicios de salud pública, las expresiones negativas de la atención en salud son más elevadas que las positivas en términos porcentuales. En El Salvador, la disponibilidad de

recursos humanos en salud mental según la política nacional de salud mental (Minsal 2011), son de 10.01 profesionales por cada 100.000 habitantes, distribuidos de la forma siguiente: 92 profesionales en Psiquiatría (1.39 por cada 100.000 habitantes), 72 médicos no psiquiatras (1.07), 114 profesionales en Psicología (1.68), 143 profesionales en enfermería (2.12), 105 profesionales en trabajo social (1.55) y 10 terapistas ocupacionales (0.14).

La salud mental es el equilibrio psicológico o mental, físico-fisiológico y social. La OMS define el concepto de salud como el completo bienestar físico, psíquico y social, y no solo la ausencia de enfermedades. Sugiriendo que tanto las enfermedades mentales como las físicas son afectadas por una combinación de factores biológicos, psicológicos y sociales (OMS, 2001).

La depresión y la ansiedad son los trastornos mentales más prevalentes, calculándose que más del 20% de la población general sufrirá alguno de ellos en cierto momento de sus vidas (OMS, 2001). Aunque la depresión y la ansiedad son considerados trastornos independientes, suele ser raro encontrarlos en estado puro (Valles, 2002). Lo más habitual en la práctica clínica es la presencia de síntomas ansiosos y depresivos mezclados en mayor o menor grado en un mismo paciente. Desde el punto de vista neurobiológico, esta coexistencia de síntomas apoyaría la idea de que ambos trastornos, que son expresiones fenotípicas diferentes, pudiesen compartir un mismo desequilibrio neuroquímico. Se ha propuesto el modelo del desequilibrio serotoninérgico, en el que en un extremo se situarían los estados puros de ansiedad que serían el resultado de una excesiva actividad serotoninérgica, mientras que en el otro se situarían los estados depresivos puros, resultado de una deficiencia de serotonina, situándose en el medio los estados mixtos ansioso-depresivos. El denominado *trastorno mixto ansioso-depresivo* (F41.2) al que la décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades Mentales (CIE-10) de la OMS (1995) lo define como un síndrome con una mezcla de síntomas depresivos y ansiosos de igual importancia asociado, al menos, con algún síntoma somático (Ejemplos: temblor, palpitaciones, «mariposas» en el estómago), (DSM-IV-TR, 2002). En estos casos cuando los síntomas depresivos y ansiosos son lo suficientemente numerosos

como para reunir criterios diagnósticos de ambos trastornos hablamos de *comorbilidad* de ambos trastornos. Otra explicación de esta asociación podría ser que un trastorno predisponga a desarrollar un segundo. Así, una hipótesis señala que la persistencia de un trastorno de ansiedad (trastorno primario) predispone a desarrollar una depresión ulterior (trastorno secundario), según apuntan los resultados del Estudio de Comorbilidad Nacional, NCS. [EE.UU] (Kessler, McGonagle, Zhao, Nelson, Hughes, Eshleman y cols., 1994), donde dos terceras partes de los pacientes con diagnóstico de depresión habían sufrido previamente otro trastorno, generalmente de naturaleza ansiosa. Los signos y síntomas de una depresión son claros y observables, según Cruz-Pérez (2012) estos pueden ser: tristeza, desesperanza, anhedonia, insomnio, disminución de energía, perturbación del apetito y peso, alteraciones en la concentración y memoria a corto plazo, aislamiento social, disminución del deseo sexual, hipersensibilidad al rechazo, comportamiento de toma de riesgos excesivos con pensamientos frecuentes de muerte y suicidio, entre otros. En la actualidad existen distintos tratamientos de la depresión: el tratamiento farmacológico, la terapia electroconvulsiva (TEC) y el tratamiento psicológico. Pedroza y Villalobos (2012) mencionan que un tratamiento efectivo de la depresión es el que combina tratamiento psicológico de enfoques cognoscitivo-conductual con el farmacológico.

Actualmente, los trastornos de ansiedad ocupan el primer lugar a escala mundial entre los trastornos del comportamiento más prevalentes. El término *ansiedad* alude a la combinación de distintas manifestaciones físicas y mentales que no son atribuibles a peligros reales, sino que se manifiestan ya sea en forma de crisis o bien como un estado persistente y difuso, pudiendo llegar al pánico. La ansiedad es una reacción emocional ante la percepción de un peligro o amenaza, manifestándose mediante un conjunto de respuestas agrupadas en tres sistemas: cognitivo o subjetivo, fisiológico o corporal y motor, pudiendo actuar con cierta independencia (Miguel-Tobal, 1996). Las manifestaciones cognitivas pueden ir desde una leve preocupación hasta el pánico, pudiendo en sus formas graves implicar la convicción de un destino inminente (el fin del mundo o la muerte), preocupación por lo desconocido o temor de perder el control sobre las funciones

corporales. Las manifestaciones conductuales implican la evitación de situaciones inductoras de ansiedad; mientras que los cambios somáticos incluyen la respiración entrecortada, sequedad de boca, manos y pies fríos, micción frecuente, mareos, palpitations cardíacas, elevación de la presión sanguínea, aumento de transpiración, tensión muscular e indigestión (Sue, 1996). Por lo tanto, la respuesta de ansiedad puede ser excitada, tanto por estímulos o situaciones externas como por estímulos internos al sujeto, tales como pensamientos, ideas, e imágenes que son percibidos por el individuo como peligroso y amenazante. El tipo de estímulo capaz de evocar la respuesta de ansiedad vendrá determinado en gran medida por las características del sujeto. Si bien la ansiedad se destaca por su cercanía al miedo, se diferencia de este en que, mientras el miedo es una perturbación cuya presencia se manifiesta ante estímulos presentes, la ansiedad se relaciona con la anticipación de peligros futuros, indefinibles e imprevisibles (Marks, 1986). Además, ambos se consideran mecanismos evolucionados de adaptación que potencian la supervivencia de nuestra especie (Thyer, 1987). Asimismo, en la actualidad, *angustia* se utiliza como sinónimo de *ansiedad*, ya que se considera a ambos como estados psicológicos displacenteros acompañados de síntomas fisiológicos de manera frecuente, describiéndose como expectación penosa o desasosiego ante un peligro impreciso (Suárez y Richards, 1995).

En el presente estudio se analiza la depresión y ansiedad, debido a que son las dos alteraciones mentales más prevalentes en los salvadoreños (Minsal, 2003, 2012; Gutiérrez, 2009). Buscando determinar la relación de estas con algunas variables sociales. En otros estudios se ha encontrado como variables predictoras (Matud, Guerrero y Matías 2006) de depresión y ansiedad, al sexo y lugar de residencia (urbano o rural), los ingresos económicos, nivel educativo, tipo de residencia. En el presente estudio se pretende: 1). Determinar la prevalencia de depresión y ansiedad en función del género y lugar de residencia de la población, y 2). Establecer si existen diferencias significativas en depresión y ansiedad en función del género y lugar de residencia (urbano, rural) de la población salvadoreña.

MÉTODO

Participantes:

En el presente estudio se seleccionó una muestra probabilística por conglomerados, representativa de las ciudades más importantes del país, (ciudades-cabeceras de departamento). Para ello, se adoptó una estimación de error de 3% y un nivel de confianza del 95%. Evaluándose una muestra de 1.209 personas a escala nacional. La muestra fue distribuida proporcionalmente al número de habitantes en cada departamento. El presente estudio es *ex pos facto* (Montero y León, 2007), con un diseño retrospectivo. La media de la edad total fue de 33.57 años ($DT = 11.34$); la muestra de mujeres fue 634 (52.5%), con una media de edad de 32.23 años ($DT = 11,00$) y la muestra de hombres fue de 574 (47,5%) con una media de edad de 35.04 años ($DT = 11,53$). Asimismo, la muestra por *lugar de residencia* fue en el área urbana 742 (61.8 %) y en el área rural 459 (38.2%); también se presenta una distribución de la muestra por nivel educativo (escolaridad): con educación básica 396 (32.9%), educación media (Bachillerato) 462 (38.3%), educación superior 267 (22.2%) y analfabeta 80 (6.6%).

Instrumentos.

- *Cuestionario de elaboración propia.* Este apartado contiene todas las variables sociodemográficas, como edad, genero, lugar de residencia (urbana, rural), nivel educativo, estado familiar, entre otros datos.

- *Cuestionario de salud general, GHQ-28.* (General Health Questionnaire, Goldberg, 1972). Este es un instrumento de screening (filtrado) o de tamizaje de síntomas de salud en la población. Está conformado por 28 reactivos medidos con una escala tipo Likert, donde: 0 = Mejor que lo habitual, 1= Igual que lo habitual, 2 = Peor que lo habitual, 3 = Mucho peor que lo habitual. Este cuestionario evalúa cuatro dimensiones: depresión, ansiedad e insomnio, somatización y disfunción social, para este estudio se le dio mayor importancia a las dos primeras subescalas. El instrumento posee adecuadas propiedades psicométricas de fiabilidad y validez en El Salvador. La subescala de *depresión* obtuvo un

coeficiente de consistencia interna alfa de Cronbach de 0.85; la subescala *ansiedad e insomnio* presenta una fiabilidad de 0.85; la subescala *somatización* obtuvo un alfa de Cronbach de 0.84 y el alfa de Cronbach de la escala *disfunciones sociales* fue de 0.76. La escala total como *una dimensión de psicopatología afectiva*, obtuvo un alfa de Cronbach de 0.92. En el presente estudio se realizaron los análisis psicométricos necesarios para determinar la *validez de constructo* y la *fiabilidad* de la prueba en una población general salvadoreña, debido a que las evidencias que se tenían eran de una adaptación en estudiantes universitarios salvadoreños. Se inicia este proceso con el Análisis factorial exploratorio (AFE), arrojando resultados concordantes con los cuatro factores planteados originalmente por Goldberg y Blackwell (1972). El análisis Kaiser-Mayer-Olkin ($KMO = 0.93$), mediante la prueba de esfericidad de Bartlett ($X^2_{738} = 12320$; $p = 0.001$) indicó la adecuación de los datos para este tipo de análisis. Siguiendo el procedimiento de cuatro factores (depresión, ansiedad, somatización y disfunción social) con rotación *Varimax*, resultó en una solución de cuatro factores que explican el 52.40% de la varianza total, presentando todos los ítems valores de saturación superiores a 0.40.

Procedimiento

Los instrumentos fueron aplicados por un grupo de quince evaluadores (estudiantes de 3º. y 4º. año de psicología) con previo entrenamiento en la aplicación de la prueba. Bajo la orientación y supervisión del equipo investigador por un periodo de 45 días (dos días por semana) se trasladaban desde la Utec en un microbús hacia cada ciudad o cabecera de departamento (según calendario de trabajo de campo), estando en la ciudad se hacía una distribución de los evaluadores en los diferentes puntos estratégicos de la ciudad. De acuerdo al número de habitantes indicado por el muestreo probabilístico en cada departamento. Los participantes fueron abordados de forma individual en cada departamento del país. Se iniciaba la evaluación con una presentación personal, se informaba de la importancia del estudio, sobre la anonimidad de la prueba y el aporte al conocimiento de salud de la población salvadoreña; su participación fue

voluntaria y no recibían ningún incentivo económico o de otra naturaleza. Finalizado el proceso de trabajo de campo se procedió a revisar las pruebas con la intención de identificar instrumentos incompletos, descartándose alrededor de treinta pruebas por tener más de tres ítems no contestados. Luego se hizo una reunión con todo el equipo para evaluar las experiencias personales, de cara a mejorar la estrategia en estudios futuros. El paso siguiente fue iniciar el procesamiento y tabulación de las pruebas en la base de datos creada en el paquete estadístico SPSS para Windows, versión 19.0.

RESULTADOS

Los primeros resultados del estudio señalan que 53.6% de la muestra presenta síntomas de *ansiedad e insomnio*; de estos 29.9% son mujeres y 23.7% son hombres; la prueba no paramétrica del Chi-cuadrado ($X^2_1 = 5,777$; $p = .016$) indica que existen diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres, presentando un mayor número de síntomas las mujeres. Con relación a la *depresión*, se encontró que 28.8% de la muestra presenta síntomas de este problema mental; de estos 17.1% son mujeres, mientras que 11.7% son hombres. La prueba estadística demuestra de que existen diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres ($X^2_1 = 8,497$; $p = .004$), indicando de que son más prevalentes en las mujeres (Ver tabla 2). Estos resultados se obtienen, tras la dicotomización de la escala de medida (intervalo) en dos categorías: *con síntomas* y *sin síntomas*. Seguidamente se aplica la prueba no paramétrica del Chi-cuadrado (X^2).

<i>Dimensión</i>	<i>Total en porcentajes</i>	<i>Mujeres</i>	<i>Hombres</i>	<i>X²</i>
Ansiedad e insomnio				
Con síntomas	626 (53.6%)	348 (29.9%)	277 (23.7%)	5.777*
Sin Síntomas	542 (46.4%)	264 (22.6%)	278 (23.8%)	
Depresión				
Con síntomas	340 (28.8%)	202 (17.1%)	138 (11.7%)	8.497**
Sin Síntomas	841 (71.2%)	421 (35.6%)	420 (35.6%)	

Tabla 2. Frecuencias y porcentajes por sexo de las dimensiones de *ansiedad e insomnio* y *depresión* en la muestra.
(* $p < 0.05$; ** $p < 0.01$)

Tras los análisis no paramétricos antes descritos, se procede a contratar los resultados mediante la prueba paramétrica “*t*” de *student* con el propósito de confirmar o rechazar las afirmaciones obtenidas en la prueba no paramétrica antes aplicada. Los análisis paramétricos mediante la prueba *t*, revelaron de que existen diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en *ansiedad e insomnio* ($t_{1166} = 3.387$; $p = .001$), observándose mayor incidencia en las mujeres en comparación con los hombres. Al comparar la *depresión* se encontró la misma tendencia ($t_{1179} = 3.484$; $p = .001$) indicando de que existen diferencias significativas en *síntomas de depresión* entre hombres y mujeres, siendo más alta la incidencia en las mujeres. Asimismo al comparar las mismas dimensiones (*ansiedad y depresión*) en función del lugar de residencia (urbano o rural) se encontró de que existen diferencias estadísticamente significativas en *ansiedad e insomnio* entre las personas que residen en el área urbana en comparación con las que residen en el área rural ($t_{1159} = -2.632$; $p = .009$), presentando mayor incidencia de síntomas de *ansiedad e insomnio* las personas que viven en el área rural. En relación con la *depresión*, también se encontró que existen diferencias significativas entre la población urbana y rural ($t_{1172} = -4.514$; $P = .001$), habiendo mayor incidencia de alteraciones depresivas en la población rural que en la población urbana (Ver tabla 3).

<i>Dimensión/variables</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>T</i>
Ansiedad e insomnio			
Por sexo:			
Mujeres (<i>n</i> = 613)	12.90	4.62	3.387**
Hombres (<i>n</i> = 555)	12.01	4.28	
Por residencia:			
Urbano (<i>n</i> = 717)	12.20	4.55	-2.632**
Rural (<i>n</i> = 444)	12.91	4.31	
Depresión			
Por sexo:			
Mujeres (<i>n</i> = 623)	9.71	3.75	3.484**
Hombres (<i>n</i> = 558)	8.99	3.24	
Por residencia:			
Urbano (<i>n</i> = 726)	9.00	3.20	-4.514**
Rural (<i>n</i> = 448)	9.95	3.90	

Tabla 3. Diferencias de medias (*M*) y desviación típica (*DT*) de las dimensiones de *ansiedad* y *depresión* en función del sexo y lugar de residencia. (** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$).

El análisis de la ansiedad y la depresión en función de la región del país (occidental, central, paracentral y oriental) el Anova (análisis de varianza) de un factor demostró diferencias estadísticamente significativas en ansiedad e insomnio en función de la región del país ($F_{3,1167} = 10.922$; $p = .001$), confinándose con la prueba Kruskal-Wallis ($X^2_3 = 30.493$; $p = .001$). La prueba post hoc de Scheffé indicó diferencias significativas entre la región occidental y paracentral ($p = .022$), entre la región central y paracentral ($p = .001$), entre la región oriental y paracentral; indicando lo anterior de que existe mayor prevalencia de alteraciones de *ansiedad e insomnio* en la población que reside en la región paracentral en comparación con las otras regiones. No hay diferencias significativas entre los residentes de las regiones occidental, central, y oriental. Al comparar la prevalencia de síntomas de *depresión* entre las diferentes regiones del país, se encontró que existen diferencias estadísticamente significativas entre estas ($F_{3,1180} = 11.126$; $p = .001$), confirmándolo con la prueba no paramétrica Kruskal-Wallis ($X^2_3 = 39.659$; $p = .001$). Tras la aplicación de la prueba *post hoc* de Scheffé, esta indicó diferencias significativas entre la región occidental y la región paracentral ($p = .012$), entre la región central y paracentral ($p = .001$) y entre la región oriental y

paracentral ($p = .001$), indicando lo anterior que hay una mayor incidencia de sintomatología depresiva en la región paracentral en comparación con la región occidental, central y oriental; no existen diferencias significativas entre estas últimas tres regiones.

Finalmente, el Anova de un factor indicó diferencias estadísticamente significativas en *ansiedad e insomnio* en función del nivel educativo de la muestra en estudio ($F_{3,1164} = 8.037$; $p = .001$). La prueba Kruskal-Wallis ($X^2_3 = 24.741$; $p = .001$) lo confirma. La prueba *post hoc* de Scheffé indicó diferencias significativas entre la educación básica y la educación media ($p = .014$); entre la educación básica y la superior ($p = .008$), entre la educación media y los analfabetas ($p = .010$); entre los que tiene educación superior y los analfabetas ($p = .005$). Significando lo anterior que la mayor prevalencia de síntomas de *ansiedad e insomnio* está en los niveles educativos inferiores (analfabetas, educación básica). No hay diferencias entre la educación media y la educación superior ($p = .947$), ni entre los analfabetas y el nivel básico ($p = .507$). En el análisis de la *depresión* en función del nivel educativo de la muestra, se encontraron diferencias significativas ($F_{3,1177} = 7.860$; $p = .001$). La prueba Kruskal-Wallis ($X^2_3 = 48.820$; $p = .001$) lo confirma. La prueba *post hoc* de Scheffé indicó diferencias significativas entre los analfabetas y los que tienen educación superior ($p = .007$); entre los que tienen educación básica y los que tienen un nivel superior ($p = .001$), indicando lo anterior que, quienes tienen más síntomas de depresión son las personas analfabetas y las que tienen una educación básica en comparación con los que tienen una educación superior; no se encontraron diferencias significativas entre la educación básica y media ($p = .188$), ni entre la media y la superior ($p = .086$). Estos resultados revelan que tanto para la ansiedad como para la depresión el nivel educativo de la población es un factor de protección y de riesgo de estos problemas afectivos, debido a que existe una clara ascendencia o mayor incidencia de síntomas de ansiedad y depresión en la medida que baja su nivel educativo, es decir, existen más problemas de ansiedad y depresión en los niveles educativos básicos que en los niveles superiores; el orden de prevalencia en ambas alteraciones es: analfabetas, educación básica, media y superior.

DISCUSIÓN

El primer resultado llamativo de este trabajo es que en El Salvador, la ansiedad y la depresión son las dos alteraciones mentales más prevalentes. En este sentido, más de la mitad de la muestra estudiada presenta síntomas de *ansiedad e insomnio*; mientras que cerca de una tercera parte de los participantes presentan síntomas de *depresión*. El análisis estadístico en ambas alteraciones indica que existen diferencias significativas al comparar hombres y mujeres, presentando un mayor número de síntomas las mujeres. Estos resultados están en sintonía con los hallazgos encontrados por Kessler, et al. (2003) y Caraveo-Anduaga et al. (1999), quienes encontraron que uno de los factores que están asociados con la depresión y ansiedad, es el ser mujer. En esta misma dirección, Gómez-Restrepo, Bohórquez, Masis, Laverde, Sepúlveda y Díaz-Granados, (2004), reafirmaron la asociación estadísticamente significativa entre la depresión y el sexo femenino. También Dowd (2004) expresa que la depresión es uno de los problemas de salud mental que con más frecuencia ocurre en las mujeres. Asimismo, otros autores señalan que las mujeres presentan más depresión a lo largo del ciclo vital que los hombres (Cyranowski, Frank, Young y Shear, 2000; Nolen-Hoeksema y Girgus, 1994; Sweeting y West, 2003).

En el análisis de las dimensiones de *ansiedad e insomnio y depresión*, en función del lugar de residencia “rural o urbano”, los resultados demuestran de que existen diferencias significativas en cada dimensión, indicando de que hay mayor prevalencia de sintomatología en los habitantes de las áreas rurales en comparación con los residentes urbanos. Estos hallazgos difieren con los encontrados por Gutiérrez (2012) donde los residentes urbanos presentaban mayores problemas de salud mental como estrés y ansiedad delincuencial. Sin embargo, señalar que este estudio analizó el estrés y la ansiedad relacionado al contexto de violencia delincuencial en El Salvador (con mayor incidencia en las ciudades). Estos últimos datos están en sintonía con lo encontrado por Lederbogen, Kirsch, Haddad, Streit, Schuch, Tost... y Meyer-Lindenberg (2011),

quienes señalan que las personas que viven en la ciudad, a diferencia de otras personas tienen más probabilidades de sufrir enfermedades mentales.

El problema de salud mental en la población rural de El Salvador, probablemente esté relacionado con la pobre cobertura del sistema nacional de salud, ya que una de las debilidades importantes en los servicios de salud mental salvadoreño es la concentración del recurso humano en la ciudad de San Salvador (Minsal, 2010). Lo anterior puede explicarse desde lo planteado por el Ministerio de Salud (Minsal, 2005) que reconoce deficiencias en la infraestructura física, insuficientes recursos humanos en el área asistencial, falta de acceso a los servicios sanitarios, inequidades en el acceso a la tecnología, escasa coordinación entre los formadores del talento humano y los proveedores de servicios de salud, limitada coordinación interinstitucional e intersectorial, dificultad en la atención de los usuarios y la gestión de la información. Lo anterior redundaría en que vivir en las zonas rurales de El Salvador es un factor de riesgos que está relacionado con la posibilidad de presentar alteraciones o sintomatología de naturaleza mental, debido a las deficiencias del sistema de salud como son: la falta de cobertura, de acceso a los servicios de salud y deficientes servicios sanitarios. De igual forma, estas deficiencias están en sintonía con los resultados encontrados por Gutiérrez (2010), donde las personas evaluadas expresan que la atención que reciben de las enfermeras, la evaluación del médico, el tratamiento, los tiempos de espera, la accesibilidad a los centros de salud, el acceso al médico general y al especialista, y otros indicadores de salud, son de pobre calidad en el sistema nacional de salud en comparación con la atención que reciben las personas en las clínicas y hospitales privados del país. No existen diferencias significativas en estos criterios entre los centros de salud del Estado (Minsal e ISSS), sugiriendo que las condiciones o características en la calidad de atención en los servicios de salud pública son deficientes en comparación con la atención privada. En la mayoría de los casos no se satisfacen las expectativas de los usuarios. Estas condiciones del sistema de salud salvadoreño, probablemente sean los factores responsables de la alta prevalencia de problemas de salud mental en los salvadoreños. Esta tesis es apoyada por Valencia (2007) quien afirma que muchas de las personas

diagnosticadas con algún trastorno mental no reciben atención especializada debido a las limitantes existentes en la infraestructura de los servicios de salud mental, al reducido número de especialistas y personal de salud mental.

En el análisis de la *ansiedad e insomnio y depresión* en función del nivel educativo de la muestra, se encontraron diferencias significativas, habiendo mayor presencia de sintomatología de depresión y ansiedad en los analfabetas, y en quienes tienen educación básica; comparados con los que tienen educación media y superior. El análisis indica que en la medida que el nivel educativo asciende, en esa misma medida descende el número de síntomas presentes en cada dimensión. Lo anterior coincide con los resultados de otros autores, quienes han encontrado (Organización Mundial de la Salud, 2001; Kessler, *et al.* 1994) de que existe una asociación entre la depresión y factores psicosociales, como el nivel educativo. Kessler, *et al.* (2003) expresa que uno de los factores que están asociados con la depresión y ansiedad es tener bajo nivel educacional.

En conclusión, se puede afirmar que la depresión y ansiedad son las alteraciones mentales más prevalentes en la población salvadoreña, encontrándose que las mujeres y los residentes rurales son los más afectados y que en la medida que se incrementa el nivel educativo de las personas disminuye la presencia de síntomas de estos problemas. Como síntesis, se puede decir que una cantidad grande de salvadoreños presentan uno o más síntomas de depresión y ansiedad. Si se suman la prevalencia de ambas alteraciones los porcentajes podrían superar el 80% de la población con alguna afección de esta naturaleza. En términos generales, podemos afirmar que más de la mitad de la muestra estudiada presenta indicadores claros de falta de estabilidad psicológica o falta de salud mental en El Salvador.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Psychiatric Association (2002). ***Diagnostic and stastical manual of mental disorders*** (DSM-IV, TR) (4th edition). Washington, DC: Author.

Bebbington, P.E. (1998). Sex and depression. ***Psychological Medicine***, **28**, 1-8.

- Cruz-Pérez, G. (2012) De la tristeza a la depresión. **Revista Electrónica de Psicología Iztacala**, **15** (4), 1310- 1325.
- Caraveo-Anduaga, J., Colmenares, E. y Saldívar, G. (1999). Estudio clínico-epidemiológico de los trastornos depresivos. **Salud mental**, **22**, 7-17.
- Cyranowski, J.M., Frank, E., Young, E. y Shear, M.K. (2000). Adolescent onset of the gender difference in lifetime rates of major depression. A theoretical model. **Archives of General Psychiatry**, **57**, 21-27.
- Department of Health and Human Services. Mental health (1999). **A report of the Surgeon General**. Rockville (Maryland): National Institute of Mental Health. Disponible en <http://www.surgeongeneral.gov/library/mentalhealth>.
- Dowd, D.T. (2004). Depression: Theory, assessment, and new directions in practice. **International Journal of Clinical and Health Psychology**, **4**, 413-423.
- Escalante, C. (Minsal, 2010). **Informe estadístico de suicidios e intentos suicidas**. San Salvador: El Salvador.
- Instituto de Medicina Legal, Corte Suprema de Justicia (IML. 2008). **Informe de estadístico de suicidios.**, San Salvador: El Salvador.
- Pedroza- Flores, R., Villalobos- Monroy, G., (2012). La depresión del adolescente en la posmodernidad: entre la práctica educativa eficientista y el narcisismo. **Revista Electrónica de Psicología Iztacala**, **15** (4), 1591-1613.
- Gómez-Restrepo, C., Bohórquez, A., Pinto, D., Gil-Laverde, J., Sepúlveda, M.R. y Díaz-Granados, N. (2004). Prevalencia de depresión y factores asociados con ella en la población colombiana. **Revista Panamericana de Salud Pública**, **16**, 378-386.
- Gómez-Restrepo, C., Ospina, M.B. y Diaz-Granados, N. (2002). Carga de la enfermedad mental en el mundo: un esbozo de la relevancia de los trastornos psiquiátricos. En: Gómez-Restrepo, C., Hernández-Bayona, G., Rojas-Urrea, A., Santacruz-Oleas, H. y Uribe-Restrepo, M. (Eds.) **Fundamentos de psiquiatría clínica: niños, adolescentes y adultos**. Colección Biblioteca del Profesional. Bogotá: Centro Editorial Javeriano.
- Gutiérrez, J.R. (2009) La salud mental, una deuda histórica en El Salvador, **La Palabra Universitaria**. Universidad Tecnológica de El Salvador: San Salvador.
- Gutiérrez, J.R. (2010). Servicios de salud pública en San Salvador. Diseño de instrumento de medición. En **Recopilación Investigativa 2009**, (Eds.).

Universidad Tecnológica de El Salvador. Editorial: Tecnoimpresos, (Tomo II), 01-60.

Gutiérrez, J.R. (2012). La violencia social delincencial asociada a la salud mental en los salvadoreños. Universidad Tecnológica de El Salvador.

Tecnoimpresos. San Salvador: El Salvador.

Grupo Hospital Mental de Antioquia (1988). Servicio de Farmacodependencia. *Manual de aplicación, calificación e interpretación. Segundo taller sobre aplicación de instrumentos clínicos investigativos en la adicción*. Medellín, Colombia: Hospital Mental de Antioquia.

Kawachi, I., Kennedy, B.P., Gupta, V. y Prothrow-Stith, D. (1999). Women's status and the health of women and men: A view from the states. ***Social Science & Medicine***, **48**, 21-32.

Kessler, R.C., McGonagle, K.A., Swartz, M., Blazer, D. G. y Nelson, C. B. (1993). Sex and depression in the National Comorbidity Survey. (INCS-R).

Kessler, R.C., McGonagle, K.A., Zhao, S., Nelson, C.B., Hughes, M., Eshleman, S., Wittchen H.U, y Kendler K.S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. ***Arch Gen Psychiatry***, **51**,8-19.

Kessler, R., Berglund, P., Delmenr, O., Jin, R., Koretz, D., Merikangas, K... et al. (2003). The epidemiology of major depressive disorder. Results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). ***JAMA***, **289**, 3095-105.

Lehtinen, V. y Joukamaa, M. (1994). Epidemiology of depression: Prevalence, risk factors and treatment situation. ***Acta Psychiatrica Scandinavica***, *supl.* **337**, 7-10

Marks, I. (1986). ***Tratamiento de neurosis***. Barcelona: Martínez Roca

Matud, M.P., Guerrero, K. y Matías, R.G. (2006). Relevancia de las variables sociodemográficas en las diferencias de género en depresión. ***International Journal of Clinical and Health Psychology***, **6**, 7-21

Ministerio de Salud (Minsal). (2003). ***Estadísticas nacionales de atención primaria en salud***. San Salvador: El Salvador.

Ministerio de salud (Minsal). (2005). ***Programa nacional de garantía de la calidad de los servicios de salud en El Salvador***. San Salvador: El Salvador.

- Ministerio de Salud (Minsal). (2010). **Estadísticas nacionales de atención primaria en salud, Suicidios e intentos de suicidio**. San Salvador: El Salvador.
- Ministerio de salud Pública (Minsal) (2011). Política Nacional de Salud Mental. **Diario Oficial**, San Salvador: El Salvador.
- Ministerio de Salud Pública (Minsal) (2012). **Casos de trastornos mentales y del comportamiento notificados en los reportes de vigilancia semanal, El Salvador 2005 – 2012**. San Salvador: El Salvador.
- Miguel-Tobal, J.J. (1996). **La ansiedad**. Madrid: Santillana.
- Montero, I. y León, O.G. (2007). A guide for naming research studies in Psychology. **International Journal of Clinical and Health Psychology**, *7*, 847-862.
- Murray, C.J.L. y López, A.D. (1996) (Eds.). **The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020**. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Nolen-Hoeksema, S. (1990). **Sex differences in depression**. Stanford: Stanford University Press.
- Nolen-Hoeksema, S. y Girgus, J.S. (1994). The emergence of gender differences in depression during adolescence. **Psychological Bulletin**, *115*, 424-443
- Lederbogen, F.; Kirsch, P.; Haddad, L.; Streit, F.; Tost, H.; Schuch, F.; Wüst, S.; Pruessner, J.; Rietschel, M.; Deuschle, M., y Meyer-Lindenberg, A. (2011). City living and urban upbringing affect neural social stress processing in humans. **Nature International Weekly Journal of Science**. *474*, 498–501. Recuperado de:
<http://www.nature.com/nature/journal/v474/n7352/full/nature10190.html>
- Organización Mundial de la Salud (1995). **Clasificación Internacional de Enfermedades Mentales (CIE-10)**, México: Meditor
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2001). **Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. En informe sobre la salud en el mundo, 2001**: Ginebra. Recuperado en: <http://www.who.int/whr/2001/es/>.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2005). **El contexto de la salud mental. Conjunto de Guías sobre Servicios y Políticas de Salud Mental**. Editores Médicos, S.A. EDIMSA

- Periego, R. (OPS 2005). **Incrementarán notablemente los trastornos mentales en América Latina y el Caribe**, Comunicado de prensa, Washington, D.C. Disponible en <http://www.paho.org/spanish/dd/pin/ps051209.htm>
- Regier, D.A., Boyd, J.H., Burke, J.D., Rae, D.S., Myers, J.K., Kramer, M., Robins, L.N., George, L.K., Karno, M. y Locke, B.Z. (1988). One-month prevalence of mental disorders in the United States. **Archives of General Psychiatry**, **45**, 977-986.
- Rodríguez, J., Barrett, T., Narváez, S., Caldas, J., Levav, I., Saxena, S. (2007). Sistemas de salud mental en El Salvador, Guatemala y Nicaragua: resultados de una evaluación mediante el WHO-AIMS. **Revista Panamericana de Salud Pública**, **22** (5), 348-57.
- Suárez-Richards, M. (1995). **Introducción a la psiquiatría**. Buenos Aires, Argentina: Salerno.
- Sue, D. (1996). **Comportamiento anormal**. México, D.F: McGraw-Hill.
- Sweeting, H. y West, P. (2003). Sex differences in health at ages 11, 13 and 15. **Social Science and Medicine**, **56**, 31-39.
- Thyer, B.A. (1987). **Treating anxiety disorders: A guide for human service professionals**. London: Sage Publications.
- Valencia, M. (2007). Trastornos mentales y problemas de salud mental. Día Mundial de la Salud Mental. **Salud Mental**, **30** (2):75-80
- Valles-Fernández, J. (2002) Depresión con Ansiedad. Salud Mental, atención primaria. **Salud Global**, **3**,1-8.
- Weissman, M.M. y Klerman, G.K. (1977). Sex differences and the epidemiology of Depression. **Archives of General Psychiatry**, **34**, 98-111.