

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
HOSPITAL NACIONAL PSIQUIATRICO

PREVALENCIA DE SINTOMATOLOGIA PSIQUIATRICA Y DE EPILEPSIA EN EL CANTON DE DESAMPARADOS



Gonzalo Adis C.
Vera Leitón M.

Pavas
San José - Costa Rica
1988

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
HOSPITAL NACIONAL PSIQUIATRICO

Prevalencia de Sintomatología
Psiquiátrica y de Epilepsia
en el Cantón de Desamparados

Gonzalo Adis C.
Vera Leitón M.

Pavas
San José, Costa Rica

1988

TABLA DE CONTENIDO

| | Página |
|--|--------|
| Introducción..... | 1 |
| Metodología..... | 5 |
| Población..... | 5 |
| Encuestadores..... | 13 |
| Adiestramiento..... | 13 |
| Instrumentos..... | 13 |
| Criterios para evaluar la prevalencia de sintomatología..... | 13 |
| 1. Depresión..... | 13 |
| 2. Ansiedad..... | 15 |
| 3. Alcoholismo..... | 16 |
| 4. Psicosis..... | 16 |
| 5. Epilepsia..... | 16 |
| 6. Índice global de problemas de ajuste emocional.... | 16 |
| Factores Psico-sociales..... | 17 |
| Índice de soledad..... | 17 |
| Limitaciones de Estudio..... | 18 |
| Resultados..... | 20 |
| Criterios de decisión..... | 20 |
| Prevalencia global de problemas psiquiátricos y de epilepsia..... | 26 |
| Índices de prevalencia..... | 27 |
| Índices de prevalencia y Variables Socio-demográficas..... | 30 |
| 1. Ansiedad..... | 30 |
| 2. Depresión..... | 36 |
| 3. Alcoholismo..... | 44 |
| 4. Psicosis..... | 50 |
| 5. Epilepsia..... | 55 |
| Índices de prevalencia y factores psico-sociales..... | 60 |
| Número de personas que habitan en la vivienda..... | 61 |
| Lugar que el entrevistado ocupa en relación al Jefe de la familia..... | 62 |
| Condición laboral..... | 65 |
| Pertinencia a grupos de apoyo..... | 70 |
| Presencia de conflictos interpersonales en el entrevistado..... | 76 |
| Consecuencia de los problemas familiares..... | 79 |
| Percepción de causas de problemas familiares..... | 82 |
| Sentimientos de soledad..... | 85 |

.../...

Página

| | |
|--|-----|
| Intensidad de los sentimientos de soledad..... | 95 |
| Percepción de problemas o preocupaciones personales..... | 98 |
| Discusión y conclusiones..... | 101 |
| Bibliografía..... | 123 |
| Anexo I..... | 126 |
| Anexo II..... | 133 |
| Anexo III..... | 143 |
| Anexo IV..... | 146 |

//*/*

PREVALENCIA DE SINTOMATOLOGIA
PSIQUIATRICA Y DE EPILEPSIA
EN EL CANTON DE DESAMPARADOS.

(1)
Dr. Gonzalo Adis Castro
Licda. Vera Leitón Mora (2)

La presente investigación responde a la necesidad de obtener información sobre la magnitud de los problemas de Salud Mental en el Cantón de Desamparados. Recientemente se ha puesto en marcha un proyecto piloto en Salud Mental en ese Cantón⁽³⁾. Este proyecto ha

-
- (1) Jefe del Servicio de Psicología del Hospital Nacional Psiquiátrico.
(2) Trabajadora Social del Hospital Nacional Psiquiátrico.

Los autores agradecen al Dr. Gary Arce, al Lic. Cristóbal Granados y al Dr. Francisco Gócher su colaboración en el planeamiento y diseño de esta investigación, y en la supervisión, junto con la Licda. Vera Leitón, del trabajo de campo.

También se extiende este agradecimiento a las Damas Voluntarias de la Clínica Marcial Fallas; a las Trabajadoras Sociales de esa Clínica; al Ministerio de Salud (Región Central); a la Sección de Diseño y Muestreo de la Dirección General de Estadística y Censos, y en particular a la Srta. Sandra Hernández, quien diseñó la muestra; y al Departamento de Estadística de la C.C.S.S., en particular a las Licdas. Laura Blanco y Jaqueline Castillo, quienes se encargaron del procesamiento de los datos. Gracias a la colaboración y ayuda de todas estas personas fue posible realizar esta investigación.

- (3) La iniciativa de llevar a cabo esta experiencia piloto fue de la Comisión Nacional Técnica Integrada de Salud Mental, la que en ese momento estuvo constituida por el Dr. Alvaro Gallegos (Coordinador), la Licda. Ana M. Monteverde, las Enfermeras Elizabeth Buján y Cristina Garita, la Licda. Vera Leitón, el Dr. Gary Arce, el Doctor Francisco Gócher, el Lic. Cristóbal Granados, y la Licda. Isabel Martínez (Asesora de la OPS). A cargo de este proyecto se encuentra el Equipo de Salud Mental de la Clínica Marcial Fallas, asesorado por el Equipo Móvil del Hospital Nacional Psiquiátrico.

permitido comenzar la realización de una serie de actividades y acciones en salud mental, tanto asistenciales como comunitarias. De esta forma se busca utilizar de manera óptima los recursos existentes, con el propósito de satisfacer necesidades de la población en los diferentes niveles de prevención. Es evidente que el establecimiento de programas de este tipo, necesita información básica sobre la naturaleza y extensión de los problemas existentes en la población general. Así también es importante obtener información sobre diferentes variables psico-sociales, demográficas y económicas en la comunidad, que en alguna medida pueden favorecer y estimular, sea directa e indirectamente, la presencia de problemas de salud mental.

En Costa Rica se han realizado algunos estudios para determinar índices de incidencia y de prevalencia de problemas psiquiátricos. La mayoría de estas investigaciones se han basado en datos institucionales (Hoffmaister, 1981; Asis 1984 (a) y 1984 (b); Unidad de Planificación Médica, C.C.S.S., 1984; Dirección Técnica, C.C.S.S., 1983). Otros se basaron en muestras de población de pacientes que asistían a consulta en los diferentes servicios asistenciales de la Institución (Adis y Thomas 1973; Gorn y Ramírez, 1981; López, 1983). Sólo dos de estos estudios utilizaron muestras de población general, es decir, muestras de personas que no se definían a sí mismas como pacientes y que no estaban solicitando ayuda psiquiátrica-psicológica en ese momento (Adis, Hernández, Víquez y Alvarenga, 1970; Adis, Thomas y Hernández, 1969). Son precisamente estos estudios que se basan en muestras de población general los que permiten obtener verdaderos índices de prevalencia. Sin embargo, estas investigaciones que se realizaron en los años sesenta necesitan ser actualizados.

En todo caso, e independientemente del énfasis y objetivos de estos estudios, es evidente un denominador común entre ellos. Este es la observación de que existe una alta frecuencia de problemas psiquiátricos, sea en las personas que ya consultan en los diferentes Servicios Asistenciales de la C.C.S.S., o sea en la población general.

El presente estudio pretende, por una parte, recoger información de la población general del Cantón de Desamparados que permite establecer un diagnóstico y determinar la magnitud de problemas psiquiátricos en esa comunidad. Se trata entonces de un esfuerzo por obtener una visión del problema psiquiátrico en la población general de este Cantón. Es decir, en una población que en el momento del estudio no se define como enferma ni se encuentra recibiendo ni buscando ayuda psiquiátrica o psicológica. De hecho la sintomatología presente es probablemente percibida socialmente como conductas que reflejan "rarezas", o "peculiaridades", o "cosas" de esas personas, y no como indicadores de problemas psiquiátricos o de salud mental.

De hecho el presente es un estudio de prevalencia "al momento de la entrevista", lo que no es lo más deseable toda vez que limita la confiabilidad y estabilidad de los datos, y puede crear la sensación de que la salud mental es algo estático. Ciertamente hubiera sido preferible un estudio de prevalencia "en un período determinado", el que permitiría mayor confiabilidad y una mejor visión de la dinámica de estos problemas de salud mental. Esto, que hubiera sido lo deseable, no fue así debido a que no se contaba con los recursos necesarios. Sin embargo,

y toda vez que el presente es un estudio exploratorio, se consideró apropiado para estimar el volumen del problema de salud mental.

También se consideraron en esta investigación, además de aspectos socio-demográficos, los que a su vez permiten inferir algo sobre la condición socio-económica de esta población, algunas variables psicosociales. Esto con el propósito de recoger información básica que sirva de contexto y permita comenzar a darle sentido a la problemática de salud mental que se encuentra presente en esa comunidad.

Con este propósito, entonces, se decidió investigar la prevalencia de depresión, ansiedad, alcoholismo, psicosis y epilepsia. El que se buscara identificar la prevalencia de sintomatología asociada a estos cuadros psiquiátricos, además de epilepsia, en alguna medida se debió a que el cuestionario utilizado permite recoger información sólo en relación a este tipo de sintomatología. Este cuestionario, preparado por la Organización Panamericana de la Salud (Climent y Araujo, 1983), es de muy fácil manejo, permite entrenar a trabajadores primarios de salud, y ha sido utilizado bastante satisfactoriamente en otros países latinoamericanos (p.e. Colombia y Panamá). Para los efectos de las variables psicosociales consideradas, se utilizó un cuestionario con preguntas sobre algunas de estas variables, entre ellas, pertenencia a grupos de apoyo, (tanto informales como formales), conflictos interpersonales, sentimientos de soledad y otras.

METODOLOGIA:

Población:

Este estudio se realizó en el Cantón de Desamparados. Con este objeto se tomó una muestra de la población de dicho Cantón. La población total de Desamparados según la Dirección de Estadística y Censos, está dividida en segmentos censales (grupos contiguos) de 60 viviendas cada uno. Cada segmento está clasificado según ciertos criterios en urbano, semi-urbano, rural concentrado, y rural disperso. Debido a la posibilidad que existe de que la población presente diferentes características en cuanto a la prevalencia de psicopatología en cada una de estas áreas geográficas, se decidió considerar cada área como una sub-población independiente, es decir, como estrato de estudio.

El tamaño de la muestra se fijó arbitrariamente en 600 personas de 15 y más años, atendiendo, entre otras cosas, a la disponibilidad de alrededor de 20 enumeradores y de los recursos necesarios para la enumeración⁽¹⁾. En el Cuadro Nº 1 se da la distribución de la población de 15 y más años en el Cantón de Desamparados para el año de 1984.

El diseño muestral fue estratificado con selección sistemática y con probabilidades proporcionales al tamaño (P.P.T.) de cada segmento. A los segmentos urbanos y semi-urbanos se les asignó como dedida de

(1) Los criterios utilizados para la selección de esta muestra se presentan en el Anexo I.

tamaño el número de grupos de 15 viviendas que poseen, esto es, $M_i = N_i/15$; para los segmentos rural-concentrados y rural dispersos este fue $M_i = N_i/20$.

Cuadro Nº 1

Distribución de la población
de 15 y más años para el año 1984
(Cantón de Desamparados, 1986)

| <u>Area geográfica</u> | | <u>Población</u> |
|------------------------|---|------------------|
| Urbana | 1 | 52,683 |
| Semi-urbana | 2 | 8,466 |
| Rural concentrada | 3 | 1,275 |
| Rural dispersa | 4 | 8,101 |
| Total | | 70,525 |

La decisión de formar segmentos de 15 a 20 viviendas, dependiendo del área geográfica, radicó en que en las áreas 1 y 2 la densidad de viviendas por segmento es mayor que las otras áreas, dando lugar a un alto efecto de conglomeración. Por ellos se tomaron menos viviendas en aquellas áreas más concentradas y más viviendas en las más dispersas.

Además, los segmentos se ordenaron en forma de serpentina entre distrito y distrito lo cual aseguró, que, con la selección sistemática de los segmentos, la muestra quedara bien distribuida dentro del Cantón.

Debido a que las áreas geográficas estaban presentes en el Cantón de estudio de forma desproporcionada, la muestra no se distribuyó en forma proporcional al tamaño de la población. El Cuadro Nº 2 presenta la distribución de la muestra según el área geográfica⁽²⁾

Cuadro Nº 2

Distribución de la muestra según
área geográfica
(Cantón de Desamparados, 1986)

| <u>Área geográfica</u> | | <u>N</u> |
|------------------------|----------|------------|
| Urbana | 1 | 300 |
| Semi-urbana | 2 | 135 |
| Rural concentrada | 3 | 40 |
| <u>Rural dispersa</u> | <u>4</u> | <u>120</u> |
| Total | | 595 |

A continuación se presenta la manera en que se distribuyó la muestra de acuerdo a diferentes características socio-demográficas. Como se puede observar en los cuadros que se presentan a continuación el total de personas entrevistadas, de 15 y más años, se redujo a 412, lo que equivale al 71% de la muestra que se esperaba entrevistar. Un 29% no fue entrevistado. Esto se debió a diferentes motivos, entre ellos y muy especialmente, a que estas personas no se encontraban en su hogar

(2) En el Anexo I se presentan: las fracciones de muestreo para cada área; la representatividad de la muestra y probabilidades; y las fórmulas de estimación.

en el momento en que se les visitó para entrevistarlos, siendo muchos de estos Jefes de Familia; otros no se pudieron localizar por cambio de residencia. De aquí entonces que el total de personas entrevistadas fue de 412, de las que 180 fueron hombres y 232 mujeres.

El Cuadro Nº 3 presenta la distribución de la muestra según el sexo y el área geográfica. Tal como se puede observar la mayor concentración de personas fue en la zona urbana, y ésto es ciertamente más evidente si se consideran conjuntamente las áreas de urbano y semi-urbano.

Cuadro Nº 3

Distribución de la muestra, según
sexo, y área geográfica.
(Cantón de Desamparados, 1986)

| Área geográfica | Total | | Hombres | | Mujeres | |
|----------------------|-------|------|---------|------|---------|------|
| | N | % | n | % | n | % |
| Urbana | 176 | 42.7 | 70 | 38.9 | 106 | 45.7 |
| Semi-urbana | 86 | 20.8 | 38 | 21.1 | 48 | 20.7 |
| Rural concentrada | 49 | 12.0 | 27 | 15.0 | 22 | 9.5 |
| Rural dispersa | 101 | 24.5 | 45 | 25.0 | 56 | 24.1 |
| Total | 412 | 100% | 180 | 100% | 232 | 100% |

También como sería esperable la concentración en la zona rural dispersa tendió a ser mayor, toda vez que tal como se comentó anteriormente (Cuadro Nº 2), se decidió tomar una sub-muestra mayor de la población rural dispersa. También es aparente en ese cuadro que

la proporción de mujeres fue mayor que la de hombres en el área urbano y rural concentrada, mientras que las proporciones para hombres y mujeres fueron bastante parecidas en las áreas semi-urbana y rural dispersa.

El Cuadro Nº 4 presenta la manera en que esta muestra se distribuyó según sexo y grupos de edad. Se puede observar en dicho cuadro que la

Cuadro Nº 4

Distribución de la muestra, según sexo
y grupo de edad.
(Cantón de Desamparados, 1986)

| Grupos de edad | Total ^{a/} | | Hombres | | Mujeres ^{a/} | |
|----------------|---------------------|-------|---------|-------|-----------------------|------|
| | N | % | n | % | n | % |
| 15 - 20 años | 60 | 16.8 | 41 | 22.8 | 28 | 12.1 |
| 21 - 25 " | 66 | 16.1 | 27 | 15.0 | 39 | 16.8 |
| 26 - 30 " | 63 | 15.3 | 21 | 11.7 | 42 | 18.1 |
| 31 - 35 " | 60 | 14.6 | 18 | 10.0 | 42 | 18.1 |
| 36 - 40 " | 39 | 9.5 | 22 | 12.2 | 17 | 7.3 |
| 41 - 45 " | 21 | 5.1 | 11 | 6.1 | 10 | 4.3 |
| 46 - 50 " | 19 | 4.6 | 5 | 2.8 | 14 | 6.0 |
| 51 - 55 " | 22 | 5.3 | 11 | 6.1 | 11 | 4.7 |
| 56 - 60 " | 13 | 3.2 | 3 | 1.7 | 10 | 4.3 |
| 61 - 65 " | 20 | 4.9 | 10 | 5.6 | 10 | 4.3 |
| 66 y más " | 19 | 4.6 | 11 | 6.1 | 8 | 3.4 |
| Total | 411 | 100 % | 180 | 100 % | 231 | 100% |

a/ Un caso no reportó su edad.

gran proporción de personas entrevistadas se encontraban entre los 15 y 40 años de edad, predominando aún dentro de este grupo las edades más jóvenes. En general y tal como podría esperarse la tendencia fue a una mayor proporción de mujeres en todos los grupos de edad considerados.

En lo que se refiere al estado civil de las personas entrevistadas se puede observar en el Cuadro Nº 5 que en general tendieron a predominar tanto en hombres como en mujeres, personas que tienen un hogar constituido, esto es, que son casados o se encuentran en unión libre. Es interesante que una mayor proporción de mujeres se encontraban casadas, sea comparada con la proporción de mujeres solteras o bien con la proporción de hombres casados y/o solteros. Por otra parte la proporción de hombres solteros y casados tendió a ser la misma. La proporción de mujeres divorciadas o viudas en relación a la proporción de hombres con esta misma condición, fue mayor.

Cuadro Nº 5

Distribución de la muestra, según sexo
y Estado Civil
(Cantón de Desamparados, 1986)

| Estado Civil | Total | | Hombres | | Mujeres | |
|----------------|-------|-------|---------|-------|---------|------|
| | N | % | n | % | n | % |
| Soltero (a) | 160 | 38.3 | 79 | 43.9 | 81 | 34.9 |
| Casado (a) | 194 | 47.1 | 79 | 43.9 | 115 | 49.6 |
| Unión libre | 23 | 5.6 | 11 | 6.1 | 12 | 5.2 |
| Separado (a) | 18 | 4.4 | 8 | 4.4 | 10 | 4.3 |
| Divorciado (a) | 6 | 1.6 | 1 | 0.6 | 5 | 2.2 |
| Viudo (a) | 11 | 2.7 | 2 | 1.1 | 9 | 3.9 |
| Total | 412 | 100 % | 180 | 100 % | 232 | 100% |

En cuanto a nivel de escolaridad (Cuadro N° 6), la mayoría de las personas entrevistadas tendió a tener un nivel de educación entre primaria incompleta y secundaria incompleta (75.3%) y esto tendió a ser así tanto para los hombres (78.4%) como para las mujeres (72.8%). Es interesante observar que una mayoría de mujeres tenía un nivel universitario completo, mientras que una mayor proporción de hombres contaba con un nivel universitario incompleto.

Cuadro N° 6

Distribución de la muestra, según sexo
y escolaridad
(Cantón de Desamparados, 1986)

| Escolaridad | Total | | Hombres | | Mujeres | |
|-----------------------------|-------|-------|---------|-------|---------|------|
| | N | % | n | % | n | % |
| Sin estudios | 26 | 6.3 | 11 | 6.1 | 15 | 6.5 |
| Primaria incompleta | 91 | 22.1 | 37 | 20.6 | 54 | 23.3 |
| Primaria completa | 121 | 29.4 | 55 | 30.6 | 66 | 28.4 |
| Secundaria incompleta | 98 | 23.8 | 49 | 27.2 | 49 | 21.1 |
| Secundaria completa | 40 | 9.7 | 15 | 8.3 | 25 | 10.8 |
| Universitaria Incompleta | 21 | 5.1 | 11 | 6.1 | 10 | 4.3 |
| Universitaria completa | 11 | 2.4 | 1 | 0.6 | 9 | 3.9 |
| Otra | 5 | 1.2 | 1 | 0.6 | 4 | 1.7 |
| Total | 412 | 100 % | 180 | 100 % | 232 | 100% |

Cuadro Nº 7

Distribución de la muestra, según
sexo y ocupación actual
(Cantón de Desamparados, 1986)

| Ocupación actual | Total | | Hombres | | Mujeres | |
|--------------------|-------|-------|---------|-------|---------|------|
| | N | % | n | % | n | % |
| Profesional | 7 | 1.7 | 1 | 0.6 | 6 | 2.6 |
| Técnico | 14 | 3.4 | 8 | 4.4 | 6 | 2.6 |
| Comercio y afines | 22 | 5.3 | 14 | 7.8 | 8 | 3.4 |
| Personal calif. | 38 | 9.2 | 24 | 13.3 | 14 | 6.0 |
| Personal no calif. | 121 | 29.4 | 94 | 52.2 | 27 | 11.6 |
| Pensionado | 9 | 2.2 | 7 | 3.9 | 2 | 0.9 |
| Ama de casa | 142 | 34.5 | 2 | 1.1 | 140 | 60.3 |
| Estudiante | 41 | 9.9 | 19 | 10.6 | 22 | 9.5 |
| Desocupado | 18 | 4.4 | 11 | 6.1 | 7 | 3.0 |
| Total | 412 | 100 % | 180 | 100 % | 232 | 100% |

Quando se consideran la ocupación actual^(*) y el sexo de las personas entrevistadas (Cuadro Nº 7), se puede observar que la gran proporción de hombres tenía una condición de "personal no calificado"(52.2%), seguido por un 13.3% de "personal calificado" y un (10.6%) de "estudiantes". En el caso de las mujeres la gran mayoría de ellas dijeron que su ocupación actual era "ama de casa" (62.3%), seguido por una proporción de "personal no calificado" de 11.6% y un 9.5% de "estudiantes".

(*) En el Anexo III se mencionan las ocupaciones incluídas en cada una de las categorías ocupacionales.

La proporción de personas "desocupadas" tendió a ser relativamente baja, en particular en lo que se refiere a mujeres (3%).

ENCUESTADORES:

El grupo de encuestadores lo integraron trabajadores primarios de salud y personal voluntario de la comunidad. En total fueron 20 encuestadores. El grupo de voluntarios (10 damas voluntarias), quienes aceptaron participar en el estudio como enumeradoras, fueron seleccionadas con ayuda del Centro integrado de Salud, Clínica Marcial Fallas (Desamparados).

ADIESTRAMIENTO:

Los enumeradores fueron reunidos para adiestramiento durante un día. En el adiestramiento participaron expertas de la Dirección General de Estadística y Censos, y los cuatro supervisores, miembros de la Comisión Nacional Técnica Integrada de Salud Mental.

INSTRUMENTOS:

Criterios para evaluar la prevalencia de sintomatología:

Para los efectos de evaluar la prevalencia de sintomatología psiquiátrica se utilizó el cuestionario del Manual de Psiquiatría para Trabajadores de Atención Primaria, TAP^(*), el que permite detectar la presencia de cinco síndromes, a saber: Depresión, Ansiedad, Alcoholicismo, Psicosis y Epilepsia.

(*) Ver Anexo II, Cuestionario utilizado, preguntas Nº 38 a 67.

De acuerdo con el TAP, once (11) o más respuestas positivas de las primeras 20 preguntas, o una (1) o más respuestas positivas a las últimas 10 preguntas, indican que se trata de un "caso" ("alguien con un alto riesgo de sufrir un trastorno mental").

Para determinar el síndrome correspondiente se verifica el grupo de preguntas dentro del que caen las respuestas positivas, tal como se describe a continuación. Obsérvese que las primeras 20 preguntas incluyen indicadores de depresión (13 preguntas) y de ansiedad (9 preguntas). Dos de estos indicadores (preguntas Nº 40 y 57) se encuentran repetidos y aparecen en las dos escalas. Las últimas 10 preguntas incluyen los indicadores de psicosis (4 preguntas), alcoholismo (5 preguntas) y epilepsia (1 pregunta).

1. Depresión:

Los indicadores de depresión son las preguntas Nº 39, 40, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 57. El Manual del TAP no da un criterio explícito del número de indicadores necesarios.

Se definió como "deprimida" aquella persona que tuviera 8 ó más indicadores; esto es que hubiera contestado afirmativamente 8 ó más preguntas de la escala de depresión. Se dividieron en dos grupos las personas que cumplieron con este criterio, y según hubiesen contestado afirmativamente o no la pregunta Nº 54 ("Ha tenido la idea de acabar con su vida"). De esta manera se obtuvieron dos índices de prevalencia de depresión, con y sin ideación suicida, y un índice global.

- a. Indice de Prevalencia de depresión, sin ideas suicidas:
8 ó más indicadores y respuesta negativa a la pregunta Nº 54.
- b. Indice de Prevalencia de depresión, con ideas suicidas; las personas que dieron una respuesta positiva a la pregunta Nº 54 y que además tenían 8 ó más indicadores.
- c. Indice global de depresión: Las personas con 8 ó más indicadores, independientemente de si respondieron positiva o negativamente a la pregunta Nº 54.

2. Ansiedad

Los indicadores de ansiedad son las preguntas Nº 38, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 56, 57. El Manual de TAP sugiere 1 ó 2 respuestas afirmativas para ansiedad leve y 3 y más para ansiedad más intensa. Se consideró que este criterio era muy estricto, tomando en cuenta, por una parte, el tipo de pregunta incluida en la escala, y por otra, que conceptualmente se puede esperar en la persona normal una "relativa" ausencia de ansiedad y no una ausencia "absoluta", como lo sugiere este criterio. De acuerdo con esto, para los efectos de este estudio, se tomó el criterio de 4 ó más indicadores, esto es, 4 ó más respuestas afirmativas a las preguntas de esta escala. Así,

Indice de Prevalencia de Ansiedad: 4 ó más indicadores

3. Alcoholismo:

Los indicadores de alcoholismo son las preguntas Nº 63, 64, 65, 66, 67. El Manual del TAP sugiere 1 ó más indicadores de estos cinco. Se aceptó este criterio, así:

Indice de Prevalencia de Alcoholismo: 1 ó más indicadores

4. Psicosis:

Los indicadores de psicosis, son las preguntas Nº 58, 59, 60, 61. El Manual del TAP sugiere el criterio de 1 ó más indicadores. Sin embargo, este criterio se cambió (Ver "Criterios de decisión", más adelante) a cuatro respuestas positivas.

Indice de Prevalencia de Psicosis: 4 indicadores

5. Epilepsia:

El indicador de epilepsia es la pregunta Nº 62. Por lo tanto,

Indice de Prevalencia de Epilepsia: 1 indicador

6. Indice global de problemas de ajuste emocional:

a. En relación a la prevalencia de depresión y/o ansiedad;

n (11 ó más preguntas de las primeras 20) x 100

N

b. En relación a problemas severos de ajuste (p.e. psicosis),

n (4 ó más preguntas de las últimas 10) x 100

N

Factores psico-sociales:

Con el objeto de recoger información relevante en relación a factores psico-sociales, además de datos socio-demográficos y económicos, se utilizó un pequeño cuestionario^(*), que permitió recoger información sobre las siguientes variables:

- a. Personas que habitan en la vivienda y personas que son familia (preguntas Nº 7,-8).
- b. Lugar del entrevistado en relación al Jefe de Familia (pregunta Nº 9).
- c. Ocupación (preguntas Nº 10,11,12).
- d. Presencia de Grupos de Apoyo (preguntas Nº 14-22).
- e. Conflictos interpersonales (preguntas Nº 23-26).
- f. Presencia de Sentimientos de Soledad (preguntas Nº 27-30).
- g. Percepción de preocupaciones o problemas (pregunta Nº 31).
- h. Otros factores relacionados (preguntas Nº 32-37).

"Índice de Soledad":

En relación a la presencia de "sentimientos de soledad" se construyó un "índice de soledad" que permitiera evaluar la intensidad de estos sentimientos. El procedimiento seguido para construir este índice se describe a continuación:

1. Se identificaron las personas que aceptaron tener sentimientos de soledad (pregunta Nº 28).

(*) Ver Anexo II: Cuestionario Utilizado. Las siguientes preguntas no fueron incluidas en el análisis de resultados: Nº 8, 13, 32, 36, 68.

2. Se consideraron tres condiciones, a saber:
 - a. Presencia de problemas de timidez (pregunta N^o 27).
 - b. Carencia de amigos y familiares que le den apoyo (pregunta N^o 29).
 - c. Relacionarse con personas que tienen distintos intereses, aficiones, preferencias y actividades recreativas (pregunta N^o 30).

3. Los sentimientos de soledad se consideraron:
 - a. Leves, cuando la persona admite tener solamente una de las tres condiciones mencionadas.
 - b. Moderados, cuando la persona admite tener dos (cualesquiera) de las tres condiciones mencionadas.
 - c. Marcados, cuando la persona admite tener las tres condiciones mencionadas.

LIMITACIONES DE ESTUDIO:

Existen algunas limitaciones en el presente estudio que es importante tener en cuenta al evaluar los resultados obtenidos. En primer lugar debe recordarse que la presente investigación, tal como se señaló, refleja la prevalencia de los síndromes estudiados "al momento de la entrevista" y no como sería deseable "en un período determinado". Esto podría afectar la estabilidad de los datos obtenidos, toda vez que es de esperarse que existen fluctuaciones en el bienestar de las personas. Estas fluctuaciones sólo podrían detectarse si hubiera sido

posible hacer estas observaciones en diferentes momentos, de un período determinado.

Es importante observar que la muestra resultó ser relativamente pequeña como para permitir comparaciones entre las diferentes áreas geográficas consideradas, particularmente en lo que se refiere al área rural concentrada.

Otra limitación importante es la confiabilidad de los instrumentos utilizados. Esto particularmente en lo que se refiere al cuestionario TAP, con el que se evaluó la presencia de sintomatología psiquiátrica. Las sub-escalas de este cuestionario son muy pequeñas, lo que afecta la confiabilidad de las mismas, toda vez que esta es directamente proporcional al número de preguntas en la escala. Por otra parte algunas de las preguntas del cuestionario de aspectos psico-sociales dieron lugar a cierta ambigüedad por lo que tuvieron que ser eliminadas de los análisis.

Finalmente una limitación, también importante, fue el tiempo dedicado al entrenamiento de los enumeradores, que resultó ser insuficiente. Debido a esto fue necesario resolver algunas dudas en el momento de la entrevista, lo que no es deseable. De aquí la decisión de eliminar algunas de estas preguntas, excluyéndolas del análisis.

RESULTADOS

Criterios de decisión:

De acuerdo con el manual del instrumento utilizado, TAP, los criterios de decisión para determinar la presencia de un "caso", esto es, "alguien con un alto riesgo de sufrir un trastorno mental", fueron:

(a) En relación a las primeras veinte preguntas, "once o más respuestas positivas"; (b) en relación a las últimas diez preguntas, "1 ó más respuestas positivas".

Con el objeto de valorar si estos criterios de decisión funcionaban aceptablemente, se procedió de la siguiente manera: En relación al primer criterio, "once o más respuestas positivas a las primeras 20 preguntas", se calculó el porcentaje de respuestas afirmativas y negativas que dio el total de la muestra a estas 20 preguntas (Cuadro Nº 8). A su vez se obtuvo la distribución de las personas entrevistadas que contestaron afirmativamente a las primeras 20 preguntas (Cuadro Nº 9).

Cuadro Nº 8

Distribución según respuestas afirmativas y negativas en las primeras 20 preguntas del TAP. (Cantón de Desamparados, 1986)

| <u>Respuestas</u> | <u>Frecuencia</u> | <u>%</u> |
|-------------------|-------------------|----------|
| Afirmativas | 1597 | 19.4 |
| Negativas | 6643 | 80.6 |
| Total | 8240 | 100 % |

Como se puede observar (Cuadro N^o 8), el porcentaje de respuestas afirmativas a estas 20 preguntas fue 19.4%. Sería de esperarse entonces que el porcentaje de personas que responden afirmativamente once ó más de estas primeras 20 preguntas, fueron igual o inferior al porcentaje de respuestas afirmativas que dió el total de la muestra a estas preguntas, esto es, inferior a 19.4%.

El cuadro N^o 9 presenta el número y porcentaje de personas que respondieron afirmativamente 11 ó más preguntas. Si se suman los porcentajes correspondientes a estas personas se obtiene un porcentaje total de 9.5%, que tal como se esperaba es inferior al porcentaje de respuestas afirmativas al total de estas primeras 20 preguntas. Esto sugiere que este primer criterio de 11 ó más respuestas afirmativas para detectar depresión y/o ansiedad funciona aceptablemente.

En relación al segundo criterio "1 ó más respuestas afirmativas de las últimas 10 preguntas" (para detectar alcoholismo, psicosis y epilepsia), se siguió el mismo procedimiento. El Cuadro N^o 10 muestra el número y porcentaje de respuestas positivas y negativas a las últimas 10 preguntas del TAP.

El porcentaje de respuestas afirmativas que el total de las personas entrevistadas dió a las últimas 10 preguntas fue 9.4% (Cuadro N^o 10). Sería de esperar entonces que el porcentaje de personas que contestó afirmativamente una ó más de estas últimas 10 preguntas, fuera igual o inferior al obtenido cuando se considera el total de respuestas afir-

Cuadro Nº 9

Distribución de las personas
entrevistadas según respuestas afirmativas
a las primeras 20 preguntas del TAP.
(Cantón de Desamparados, 1986)

| <u>Número de preguntas contestadas afirmativamente</u> | <u>Frecuencia absoluta</u> | <u>Frecuencia relativa %</u> |
|--|--------------------------------|--------------------------------------|
| 0 | 112 | 27.2 |
| 1 | 30 | 7.3 |
| 2 | 57 | 13.8 |
| 3 | 38 | 9.2 |
| 4 | 41 | 10.0 |
| 5 | 28 | 6.8 |
| 6 | 16 | 3.9 |
| 7 | 17 | 4.1 |
| 8 | 13 | 3.2 |
| 9 | 10 | 2.4 |
| 10 | 11 | 2.7 |
| 11 ^{a/} | 13 | 3.2 |
| 12 | 6 | 1.5 |
| 13 | 3 | 0.7 |
| 14 | 6 | 1.5 |
| 15 | 5 | 1.2 |
| 16 | 2 | 0.5 |
| 17 | 2 | 0.5 |
| 18 | 1 | 0.2 |
| 19 | 1 | 0.2 |
| Total | 412 | 100 % |

^{a/} La suma de los porcentajes de las personas que responden afirmativamente 11 ó más preguntas es 9.5%.

Cuadro Nº 10

Distribución según respuestas afirmativas y negativas en las últimas 10 preguntas del TAP (Cantón de Desamparados, 1986).

| <u>Respuestas</u> | <u>Frecuencia</u> | <u>%</u> |
|-------------------|-------------------|-------------|
| Afirmativas | 336 | 9.4 |
| <u>Negativas</u> | <u>3734</u> | <u>90.6</u> |
| Total | 4120 | 100% |

mativas que dieron todas las personas entrevistadas a estas últimas 10 preguntas (Cuadro Nº 11).

Como se puede observar, si se acepta el criterio de "una o más respuestas afirmativas a las 10 preguntas", el 46.2% de las personas entrevistadas tendrían que ser consideradas como personas que presentan problemas severos de ajuste emocional (Cuadro Nº 11). Esto es evidentemente un error, y señala que este criterio no está funcionando correctamente. De hecho y como se verá a continuación, este error ocurre cuando este criterio se utiliza específicamente para determinar la presencia de psicosis.

Tal como se puede observar en el Cuadro Nº 10, el porcentaje de respuestas positivas dadas por el total de la muestra a estas últimas 10 preguntas fue 9.4%. Para obtener un porcentaje igual o inferior a éste es necesario cambiar el criterio de decisión de manera que se requieran más indicadores (4 ó más respuestas afirmativas) a estas últi-

mas 10 preguntas (Cuadro N^o 11). La suma de los porcentajes de las personas que responden afirmativamente 4 ó más preguntas fue 5%.

Cuadro N^o 11

Distribución de las personas entrevistadas según respuestas afirmativas a las últimas 10 preguntas del TAP.
(Cantón de Desamparados, 1986)

| <u>Número de preguntas contestadas afirmativamente</u> | <u>Frecuencia absoluta</u> | <u>Frecuencia relativa %</u> |
|--|----------------------------|------------------------------|
| 0 | 221 | 53.6 |
| 1 | 90 | 21.8 |
| 2 | 52 | 12.6 |
| 3 | 28 | 6.8 |
| 4 ^{a/} | 7 | 1.7 |
| 5 | 3 | 0.7 |
| 6 | 5 | 1.2 |
| 7 | 2 | 0.5 |
| 8 | 3 | 0.7 |
| 9 | 0 | 0 |
| 10 | 1 | 0.2 |
| Total | 412 | 100 % |

a/ La suma de los porcentajes de las personas que responden afirmativamente 4 ó más preguntas es 5 %.

El criterio original de "1 ó más indicadores a las últimas 10 preguntas" pareciera ser apropiado, a juzgar por los resultados obtenidos, para detectar alcoholismo y epilepsia. Sin embargo, este criterio no funciona correctamente para detectar psicosis. En relación a este síndrome es necesario el criterio de 4 ó más respuestas afirmativas a las últimas 10 preguntas. En el caso de psicosis esto significa que la persona debe responder afirmativamente a las 4 preguntas de esta escala. En el Cuadro Nº 12 se presenta el número de personas que respondieron afirmativamente a la escala de psicosis. Como se puede observar en este cuadro, si se utiliza el criterio "1 ó más respuestas a las últimas 10 preguntas", 41.3% de la muestra estaría presentando sintomatología psicótica, lo que evidentemente es un error. Por otra parte, si se utiliza el criterio de "4 ó más respuestas afirmativas a las últimas 10 preguntas", el resultado que se obtiene es congruente con lo esperado de acuerdo con la literatura de este campo, tanto en Costa Rica (Adis, Hernández, Víquez y Alvarenga, 1970; Adis, Thomas y Hernández, 1969), como en otros países (Leighton, et. al., 1966; y más recientemente, Martin, 1985; León, 1986).

De acuerdo con esto, entonces, se consideró apropiado modificar el criterio de decisión para detectar psicosis en el sentido apuntado. Toda vez que la escala de psicosis tiene sólo 4 preguntas, esto significó que para ser incluida en este grupo la persona debió contestar afirmativamente todas las preguntas (es decir, tener los 4 indicadores).

Cuadro Nº 12

Distribución de las personas entrevistadas según respuestas afirmativas a las preguntas de la escala de psicosis, (TAP) (Cantón de Desamparados, 1986)

| Número de preguntas contestadas afirmativamente | Frecuencia absoluta | Frecuencia relativa % |
|---|---------------------|-----------------------|
| 0 | 242 | 58.7 |
| 1 | 94 | 22.8 |
| 2 | 54 | 13.1 |
| 3 | 18 | 4.4 |
| 4 | 4 | 1.0 |
| Total | 412 | 100 % |

Prevalencia global de problemas psiquiátricos y de epilepsia:

En el Cuadro Nº 13 se presenta la prevalencia global de problemas psiquiátricos y de epilepsia en la población estudiada. La prevalencia global de problemas de depresión y de ansiedad fue del 9.5%; la de problemas severos de ajuste, psicosis y alcoholismo, incluyéndose además epilepsia, fue del 5.1%. Si se consideran conjuntamente en una sola prevalencia global de problemas psiquiátricos y de epilepsia en la muestra estudiada, de acuerdo a los síndromes considerados, ésta sería de 14.6%.

Cuadro Nº 13

Distribución de la muestra según prevalencia global
de problemas psiquiátricos y de epilepsia
(Cantón de Desamparados, 1986)

| <u>Prevalencia global</u> ^{a/} | <u>n</u> | <u>Indice</u> <u>%</u> |
|--|----------|---------------------------|
| 1. En relación a depresión y/o ansiedad. | 39 | 9.5 |
| 2. En relación a problemas severos de ajuste. | 21 | 5.1 |
| 3. No presentan problemas psiquiátricos | 352 | 84.4 |
| Total | 412 | 100 % |

a/ Solamente 6 personas, 1.46%, resultaron pertenecer a los dos grupos, depresión y/o ansiedad, y problemas severos de ajuste.

Indices de prevalencia:

La prevalencia de los diferentes síndromes psiquiátricos considerados y de epilepsia, encontrados en la presente investigación se presenta en el Cuadro Nº 14. En general la magnitud de los índices encontrados tiende a ser alto, si bien concuerda con lo esperado.

Algunas de las personas entrevistadas fueron clasificados en más de un síndrome (Cuadro Nº 15). Así de las 110 personas con síndrome de ansiedad, 22 de ellas también fueron clasificadas como deprimidas, y 3 de estas presentaron además ideación suicida. Esto es, que de las 28 personas con síndrome depresivo, 22 resultaron ser depresivo-ansio-

Cuadro Nº 14

Prevalencia de los síndromes psiquiátricos
considerados y de epilepsia, para el total de
la muestra (N=412)
(Cantón de Desamparados, 1986)

| <u>Síndromes psiquiátricos y epilepsia</u> | <u>n</u> | <u>Indice de Prevalencia %</u> |
|--|-----------|--|
| Ansiedad | 110 | 26.7 |
| Depresión | 28 | 6.8 |
| a) sin ideación suicida | 23 | 5.6 |
| b) con ideación suicida | 5 | 1.2 |
| Psicosis | 4 | 1 |
| Alcoholismo | 42 | 10.1 |
| <u>Epilepsia</u> | <u>17</u> | <u>4.1</u> |

sas, y de las 5 personas deprimidas con ideación suicida, 3 de ellas fueron depresivo ansiosas. De estas 110 personas con síndrome de ansiedad, 9 fueron clasificadas también como alcohólicas, una como psicótica y 10 como epilépticas. De las 28 personas deprimidas, una fue también clasificada como alcohólica y 7 como epilépticas; y de estas 7 una tenía ideas de suicidio. Es muy probable, de acuerdo con esto, que la mayor parte de estas personas con epilepsia fueran además depresivo-ansiosos. De los 42 alcohólicos, 2 fueron también clasificados como psicóticos y 2 como epilépticos.

Cuadro Nº 15

Matriz de interrelación entre los
diferentes síndromes.
(Cantón de Desamparados, 1986)

| | <u>Ansiedad</u> | <u>Depresión</u> | <u>Alcoholismo</u> | <u>Psicosis</u> | <u>Epilepsia</u> |
|-------------|-----------------|------------------|--------------------|-----------------|------------------|
| Ansiedad | X | 22 <u>a/</u> | 9 | 1 | 10 |
| Depresión | | X | 1 | 0 | 7 <u>b/</u> |
| Alcoholismo | | | X | 2 | 2 |
| Psicosis | | | | X | 0 |
| Epilepsia | | | | | X |

a/ Incluye 3 personas con ideación suicida.

b/ Incluye 1 persona con ideación suicida.

De acuerdo con lo anterior es importante observar que el grado de interrelación entre los síndromes es especialmente importante entre el síndrome de ansiedad y el de depresión. La interrelación de estos síndromes con los otros, y aún entre esos otros excluyendo el de ansiedad y el de depresión, tiende a ser muy pequeño y de hecho esta interrelación no existe entre algunos de ellos.

Indices de Prevalencia y Variables Socio-demográficas

Ansiedad:

El índice de prevalencia de ansiedad fue de 26.7%. Este índice es ciertamente alto, y sugiere que la muestra estudiada proviene de una población que se siente tan presionada por las imposiciones y exigencias de la vida cotidiana que presenta, a un alto grado de tensión, nerviosismo y otras manifestaciones de ansiedad.

Quando se considera el tipo de queja o de malestar más frecuente entre las personas entrevistadas en el presente estudio^(*), se encontró que las quejas principales en las escalas de ansiedad fueron nerviosismo, tensión, aburrimiento y la experiencia de frecuentes dolores de cabeza. En segundo lugar, se observaron quejas en relación a cansancio frecuente, a asustarse con facilidad, dormir mal, dificultad para pensar con claridad y sufrir de mala digestión.

A continuación se presenta en el Cuadro Nº 16 la prevalencia de ansiedad según área geográfica. La prevalencia de la sintomatología ansiosa fue mayor en el área semi-urbana (32.6%) y en el área rural dispersa (29.7%).

(*) La frecuencia de respuestas afirmativas a los diferentes indicadores de ansiedad se presenta en el Anexo IV.

Cuadro Nº 16

Prevalencia de Ansiedad, según área geográfica
para el total de la muestra.
(Cantón de Desamparados, 1986)

| Área geográfica | N | n casos | % a/ |
|-------------------|-----|---------|------|
| Urbano | 176 | 51 | 29.0 |
| Semi-urbano | 86 | 28 | 32.6 |
| Rural concentrado | 49 | 1 | 2.0 |
| Rural disperso | 101 | 30 | 29.7 |
| Total | 412 | 110 | 26.7 |

a/ Los porcentajes están calculados con base al número de personas que hay en el área geográfica de referencia. Lo mismo ocurre en los siguientes cuadros en los que se presenta la prevalencia según área geográfica.

En todas las áreas geográficas (Cuadro Nº 17), la prevalencia de ansiedad fue mayor en mujeres, particularmente en las áreas semi-urbanas (45.8%) y rural dispersa (42.9%).

En el Cuadro Nº 18 se puede observar que esta prevalencia fue mayor en los grupos de edad de 15 a 24 años y de 25 a 34 años (24.5% y 23.6% respectivamente), así como en el grupo de 55 y más años (25.6%).

Cuadro Nº 17

Prevalencia de Ansiedad, según
área geográfica por sexo
(Cantón de Desamparados, 1986).

| Área geográfica | <u>HOMBRES:</u> | | | <u>MUJERES</u> | | |
|-------------------|-----------------|---------|------|----------------|---------|------|
| | N | n casos | % | N | n casos | % |
| Urbana | 70 | 12 | 17.1 | 106 | 39 | 36.8 |
| Semi-urbana | 38 | 6 | 15.8 | 48 | 22 | 45.8 |
| Rural concentrada | 27 | - | - | 22 | 1 | 4.6 |
| Rural dispersa | 45 | 6 | 13.3 | 56 | 24 | 42.9 |
| Total | 180 | 24 | 13.3 | 232 | 86 | 37.1 |

Cuando se toma en cuenta el sexo, la sintomatología ansiosa predominó en los grupos de 35 a 44 años y 55 y más en el caso de hombres, y en el caso de mujeres la frecuencia de esta sintomatología fue mayor en los grupos de 15 a 24 años y de 25 a 34 años y de 55 y más. Tal parec

Cuadro Nº 18

Prevalencia de Ansiedad, según
grupos de edad, por sexo
(Cantón de Desamparados, 1986)

| Grupos de edad | <u>Total</u> | | <u>HOMBRES</u> | | <u>MUJERES</u> | |
|----------------|--------------|------|----------------|------|----------------|------|
| | N | % | n | % | n | % |
| 15 - 24 | 27 | 24.5 | 5 | 20.8 | 22 | 25.6 |
| 25 - 34 | 26 | 23.6 | 3 | 12.5 | 23 | 26.7 |
| 35 - 44 | 19 | 17.3 | 6 | 25.0 | 13 | 15.1 |
| 45 - 54 | 12 | 10.9 | 4 | 16.7 | 8 | 9.3 |
| 55 y más | 26 | 23.6 | 6 | 25.0 | 20 | 23.3 |
| Total | 110 | 100% | 24 | 100% | 86 | 100% |

que la sintomatología ansiosa fue igualmente importante para hombres y mujeres de 55 y más años; en cambio, en los grupos más jóvenes de 15 a 24 y de 24 a 34, fue más alta en caso de las mujeres.

La prevalencia de ansiedad según el Estado Civil por sexo se presenta en el Cuadro Nº 19. De acuerdo a los resultados obtenidos la

Cuadro Nº 19

Prevalencia de Ansiedad, según
Estado Civil por sexo
(Cantón de Desamparados, 1986)

| Estado Civil | Total | | HOMBRES | | MUJERES | |
|----------------|-------|------|---------|------|---------|------|
| | N | % | n | % | n | % |
| Soltero (a) | 35 | 31.8 | 9 | 37.5 | 26 | 30.2 |
| Casado (a) | 51 | 46.4 | 9 | 37.5 | 42 | 48.8 |
| Separado (a) | 10 | 9.1 | 3 | 12.5 | 7 | 8.1 |
| Unión Libre | 6 | 5.5 | 2 | 8.3 | 4 | 4.7 |
| Divorciado (a) | 4 | 3.6 | 1 | 4.2 | 3 | 3.5 |
| Viudo (a) | 4 | 3.6 | 0 | 0 | 4 | 4.7 |
| Total | 110 | 100% | 24 | 100% | 86 | 100% |

frecuencia de este tipo de sintomatología fue mayor en personas casadas (46.4%), y entre estas fue aún mayor para las mujeres (48.8%), en comparación con los hombres con este estado civil (37.5%). La prevalencia de ansiedad fue claramente menor en las otras categorías de estado civil, si bien los índices obtenidos sugieren que de todas formas la frecuencia de este tipo de sintomatología fue también importante.

En el Cuadro Nº 20 se presentan los resultados obtenidos en relación al nivel de escolaridad de las personas entrevistadas. Se puede observar aquí que el más alto porcentaje fue para las personas que tenían una categoría de "primaria incompleta" (31.8%), ocupando un segundo lugar de importancia aquellos que tenían estudios de "primaria completa" (29.1%). Evidentemente los problemas debidos a ansiedad en el

Cuadro Nº 20

Prevalencia de Ansiedad, según
Escolaridad por sexo
(Cantón de Desamparados, 1986)

| Escolaridad ^{a/} | Total | | HOMBRES | | MUJERES | |
|-----------------------------|-------|------|---------|------|---------|------|
| | N | % | n | % | n | % |
| Sin estudios | 13 | 11.8 | 4 | 16.7 | 9 | 10.5 |
| Primaria incompleta | 35 | 31.8 | 7 | 29.2 | 28 | 32.6 |
| Primaria completa | 32 | 29.1 | 5 | 20.8 | 27 | 31.4 |
| Secundaria incompleta | 18 | 16.4 | 6 | 25.0 | 12 | 14.0 |
| Secundaria completa | 9 | 8.2 | 2 | 8.3 | 7 | 8.1 |
| Universitaria incompleta | 2 | 1.8 | 0 | 0 | 2 | 2.3 |
| Otra | 1 | 0.9 | 0 | 0 | 1 | 1.2 |
| Total | 110 | 100% | 24 | 100% | 86 | 100% |

a/ No se observaron casos en la categoría "Universitaria completa".

contexto de la muestra estudiada, fueron más importantes entre personas con una escolaridad de primaria, sea incompleta o completa. La presencia de ansiedad fue también muy importante entre aquellos con educación de "secundaria incompleta" (16.4%). De igual manera las personas "sin estudios" manifestaron una alta frecuencia de sintomatología ansiosa (11.8%). Es interesante que en el caso de personas "sin estudios", este tipo de sintomatología fue mayor en hombres que en mujeres (16.7% vs. 10.5%). Lo mismo se observó entre los que tenían "secundaria incompleta" donde la prevalencia fue mayor en hombres que en mujeres (25% vs. 10.5%). Por otra parte en la población que sólo tenía estudios de primaria, incompleta o completa, el índice de prevalencia fue más alto para las mujeres que para los hombres (32.6% vs. 29.2%, "primaria incompleta"; 31.4% vs. 20.8%, "primaria completa").

La prevalencia de sintomatología ansiosa cuando se considera la ocupación de las personas entrevistadas (Cuadro Nº 21) fue especialmente alta para personas que describieron su ocupación como "ama de casa" (53.6%) y para aquellas que pertenecían al grupo de "personal no calificado" (20.9%). La magnitud de los índices observados en las otras categorías, si bien importante, fue mucho más baja que el de estas dos categorías mencionadas.

Cuando se consideran aquellos que tenían una ocupación "personal no calificado" fueron los hombres los que presentaron mayor porcentaje de ansiedad (45.8% vs. 14.0%). Por otra parte entre las mujeres,

aquellas que describieron su ocupación como "ama de casa" fueron las que presentaron un índice de ansiedad más alto (67.4%).

Cuadro Nº 21

Prevalencia de Ansiedad, según
Ocupación Actual por sexo
(Cantón de Desamparados, 1986)

| Ocupación actual ^{a/} | Total | | HOMBRES | | MUJERES | |
|--------------------------------|-------|------|---------|------|---------|------|
| | N | % | n | % | n | % |
| Técnico | 4 | 3.6 | 1 | 4.2 | 3 | 3.5 |
| Comercio y afines | 3 | 2.7 | 1 | 4.2 | 2 | 2.3 |
| Personal calificado | 8 | 7.3 | 4 | 16.7 | 4 | 4.7 |
| Personal no calificado | 23 | 20.9 | 11 | 45.8 | 12 | 14.0 |
| Pensionado | 1 | 0.9 | 1 | 4.2 | 0 | 0 |
| Ama de casa | 59 | 53.6 | 1 | 4.2 | 58 | 67.4 |
| Estudiante | 8 | 7.3 | 3 | 12.5 | 5 | 5.8 |
| Desocupado | 4 | 3.6 | 2 | 8.3 | 2 | 2.3 |
| Total | 110 | 100% | 24 | 100% | 36 | 100% |

^{a/} No se observaron casos en las categorías "Profesional" y "Otras"

Depresión:

En primer lugar debe observarse que en vista del traslape observado entre este síndrome y el de ansiedad (Cuadro Nº 15), al hablar de depresión se está incluyendo también la depresión ansiosa.

El índice de prevalencia de este síndrome fue de 6.8%. Tal como podría esperarse, la prevalencia de depresión fue menor que la de ansiedad. Sin embargo el índice obtenido señala que la frecuencia de depresión es bastante alta e importante en la población representada por la muestra estudiada en la presente investigación. Si se separan las personas deprimidas en dos grupos (con y sin ideas de suicidio) se encuentra que el índice para depresión sin ideas de suicidio fue ligeramente menor que el global, este es, 5.6%. El índice para depresión con ideación suicida fue de 1.2%.

La prevalencia de depresión ansiosa considerada separadamente fue 5.3% (22 de 412) en forma global. Este índice se reduce ligeramente en el caso del grupo que presentó depresión ansiosa sin ideación suicida 4.6% (19 de 412). Cuando se considera la prevalencia de este síndrome para el grupo que presentó además ideación suicida, el índice fue 0.73% (3 de 412).

En el Anexo IV se presenta la frecuencia de respuestas positivas a las preguntas de escala de depresión. Las quejas más frecuentes, tal como se reflejan en estas preguntas fueron dormir mal, sentirse triste, tener dificultad para tomar decisiones y cansarse con facilidad. Siguieron en orden de importancia quejas en el sentido de tener mal apetito, llorar con frecuencia, tener dificultad para disfrutar de actividades cotidianas, sentirse inútil y cansado todo el tiempo. La pregunta menos aceptada fue aquella que tiene que ver con ideación suicida.

En el Cuadro Nº 22 se presenta la prevalencia de depresión según el área geográfica para el total de la muestra. Tal como se puede observar en este cuadro la prevalencia de depresión resultó ser mucho más alta en el área semi-urbana (11.6%), siguiéndole en importancia la prevalencia en zona urbana (4.5%).

Cuadro Nº 22

Prevalencia de Depresión, según
área geográfica para el total de
la muestra.
(Cantón de Desamparados, 1986)

| <u>Área geográfica</u> | <u>N</u> <u>entrevistados</u> | <u>n</u> <u>casos</u> | <u>%</u> |
|------------------------|----------------------------------|--------------------------|----------|
| Urbana | 176 | 8 | 4.5 |
| Semi-urbana | 86 | 10 | 11.6 |
| Rural concentrada | 49 | 0 | 0 |
| Rural dispersa | 101 | 10 | 0.9 |
| Total | 412 | 28 | 6.8 |

La prevalencia de depresión según área geográfica por sexo se presenta en el Cuadro Nº 23 y la prevalencia de depresión según exista o no ideación suicida se presenta en el Cuadro Nº 24. La prevalencia de depresión en general fue mayor en mujeres que en hombres (Cuadro Nº 23, y esto fue así en las diferentes áreas geográficas y en el

Cuadro Nº 23

Prevalencia de Depresión, según área geográfica por sexo
(Cantón de Desamparados, 1986)

| Área geográfica | <u>HOMBRES</u> | | | <u>MUJERES</u> | | |
|-------------------|----------------|---------|-----|----------------|---------|------|
| | N | n casos | % | N | n casos | % |
| Urbana | 70 | 0 | 0 | 106 | 8 | 7.6 |
| Semi-urbana | 38 | 0 | 0 | 48 | 10 | 20.8 |
| Rural concentrada | 27 | 0 | 0 | 22 | 0 | 0 |
| Rural dispersa | 45 | 3 | 6.6 | 56 | 7 | 12.5 |
| Total | 180 | 3 | 1.7 | 232 | 25 | 10.8 |

total de la muestra. En el caso de los hombres, solamente tres del total entrevistado aceptó presentar sintomatología depresiva, y solamente uno de ellos con ideación suicida (Cuadro Nº 24). Estos tres casos se encontraron en el área geográfica rural dispersa. Cuando se consideran las mujeres (cuadro Nº 23) se observa que la prevalencia de esta sintomatología fue mayor en el área semi-urbana (20.8%), y en el área rural dispersa (12.5%). De nuevo se encuentra aquí que en estas áreas geográficas la frecuencia de problemas de salud mental fue mayor. La depresión con ideación suicida en hombres se presentó en el área rural dispersa únicamente, mientras que esta condición fue más frecuente entre las mujeres (Cuadro Nº 24) del área semi-urbana (4.1%), ocupando un segundo lugar el área urbana (1.9%).

Cuadro Nº 24

Prevalencia de Depresión sin y con ideación suicida,
según área geográfica por sexo.
(Cantón de Desamparados, 1986)

| Area geográfica | <u>HOMBRES:</u> | | | | | <u>MUJERES:</u> | | | | |
|-------------------|----------------------|---------|-----|----------------------|-----|----------------------|---------|------|----------------------|-----|
| | sin ideación suicida | | | con ideación suicida | | sin ideación suicida | | | con ideación suicida | |
| | N | n casos | % | casos | % | N | n casos | % | casos | % |
| Urbana | 70 | 0 | 0 | 0 | 0 | 106 | 6 | 5.7 | 2 | 1.9 |
| Semi-urbana | 38 | 0 | 0 | 0 | 0 | 48 | 8 | 16.7 | 2 | 4.1 |
| Rural concentrada | 27 | 0 | 0 | 0 | 0 | 22 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Rural dispersa | 45 | 2 | 4.4 | 1 | 2.2 | 56 | 7 | 12.5 | 0 | 0 |
| Total | 180 | 2 | 1.1 | 1 | 0.6 | 232 | 21 | 9.1 | 4 | 1.7 |

La prevalencia de depresión en los diferentes grupos de edad considerados se presenta en el Cuadro Nº 25. Como se puede observar aquí la prevalencia de sintomatología depresiva fue ciertamente mucho más alta en el grupo de 55 y más años de edad (13 de 28, o sea el 46.4%). Los tres hombres que presentaron sintomatología depresiva se encontraron en este grupo de edad. Entre las mujeres también se observa que aquellas de 55 y más años presentaron una alta prevalencia de depresión (10 de 25, o sea el 40%), ocupando un segundo lugar de importancia las más jóvenes, de 15 a 24 años (5 de 25, o sea el 20%). Sin embargo, la frecuencia de depresión, de acuerdo con los resultados obtenidos, pareciera ser importante en todos los grupos de edad considerados.

Cuadro Nº 25

Prevalencia de Depresión, según
Grupo de Edad por sexo
(Cantón de Desamparados, 1986)

| Grupo de edad | Total | | HOMBRES | | MUJERES | |
|---------------|-------|------|---------|------|---------|------|
| | N | % | n | % | n | % |
| 15 - 24 | 5 | 17.9 | 0 | 0 | 5 | 20.0 |
| 25 - 34 | 4 | 14.3 | 0 | 0 | 4 | 16.0 |
| 35 - 44 | 2 | 7.1 | 0 | 0 | 2 | 8.0 |
| 45 - 54 | 4 | 14.3 | 0 | 0 | 4 | 16.0 |
| 55 y más | 13 | 46.4 | 3 | 100 | 10 | 40.0 |
| Total | 28 | 100% | 3 | 100% | 25 | 100% |

De estas 28 personas que presentaron depresión, cinco de ellas, un hombre y cuatro mujeres, aceptaron tener ideación suicida. Dos de estas mujeres se encontraron en el grupo de 25 a 34 años de edad, y las otras dos mujeres, al igual que el hombre, en el grupo de 55 y más años de edad.

Cuando se considera el Estado Civil de las personas que presentaron depresión (Cuadro Nº 26) se puede observar que esta sintomatología es importante en las diferentes categorías de estado civil, pero muy especialmente entre casados (11 de 28, o sea el 39.3%) y los solteros (9 de 28, o sea el 37.1%). Los tres hombres que presentaron esta sintomatología eran casados. Por otra parte, entre las mujeres esta sintomatología fue casi igualmente importante para solteras (9 de 25, o sea el 36%) y para casadas (8 de 25, o sea el 32%).

Cuadro Nº 26

Prevalencia de Depresión, según
Estado Civil por sexo
(Cantón de Desamparados, 1986)

| Estado Civil ^{a/} | Total | | Hombres | | Mujeres | |
|----------------------------|-------|-------|---------|-------|---------|-------|
| | N | % | n | % | n | % |
| Soltero (a) | 9 | 32.1 | 0 | 0 | 9 | 36.0 |
| Casado (a) | 11 | 39.3 | 3 | 100 | 8 | 32.0 |
| Separado (a) | 4 | 14.3 | 0 | 0 | 4 | 16.0 |
| Unión Libre | 2 | 7.1 | 0 | 0 | 2 | 8.0 |
| Viudo (a) | 2 | 7.1 | 0 | 0 | 2 | 8.0 |
| Total | 28 | 100 % | 3 | 100 % | 25 | 100 % |

^{a/} No se observó ningún caso en la categoría "Divorciado".

De las personas con ideación suicida, un hombre era casado, y de las cuatro mujeres, una era soltera, una casada, una separada y una de unión libre.

Al considerar la forma en que la prevalencia de depresión se distribuye según el nivel de escolaridad (Cuadro Nº 27), se puede observar que de las 28 personas que presentaron depresión, 13 de ellas (46.4%) tenían una escolaridad de "primaria incompleta". Los tres hombres que presentaron depresión tenían este nivel de escolaridad. Entre las mujeres, aquellas con "primaria incompleta" fueron las más numerosas (10 de 25, o sea el 40%).

Cuadro Nº 27

Prevalencia de Depresión según escolaridad por sexo
(Cantón de Desamparados, 1986)

| Escolaridad ^{a/} | Total | | HOMBRES | | MUJERES | |
|---------------------------|-------|------|---------|------|---------|------|
| | N | % | n | % | n | % |
| Sin estudios | 5 | 17.9 | 0 | 0 | 5 | 20.0 |
| Primaria incompleta | 13 | 46.4 | 3 | 100 | 10 | 40.0 |
| Primaria completa | 6 | 21.4 | 0 | 0 | 6 | 24.0 |
| Secundaria incompleta | 3 | 10.7 | 0 | 0 | 3 | 12.0 |
| Secundaria completa | 1 | 3.6 | 0 | 0 | 1 | 4.0 |
| Total | 28 | 100% | 3 | 100% | 25 | 100% |

a/ No se observaron casos en las categorías "Universitaria incompleta", "Universitaria completa" y "Otra".

De las cinco personas que presentaron ideación suicida, un hombre tenía escolaridad "primaria incompleta", y mientras que de las cuatro mujeres una no tenía estudios, dos tenían primaria completa y una secundaria completa.

En lo que se refiere a la ocupación actual (Cuadro Nº 28), 20 de las 28 personas con depresión (71.4%) eran "amas de casa" y 4 de estas 28 eran trabajadores "no calificados"(14.3%). A este último grupo pertenecieron los tres hombres con depresión, mientras que 29 de las 25 mujeres fueron amas de casa.

Cuadro Nº 28

Prevalencia de Depresión según Ocupación Actual por sexo.
(Cantón de Desamparados, 1986)

| Ocupación actual ^{a/} | Total | | HOMBRES | | MUJERES | |
|--------------------------------|-------|------|---------|------|---------|------|
| | N | % | n | % | n | % |
| Técnico | 1 | 3.6 | 0 | 0 | 1 | 4.0 |
| Personal calificado | 1 | 3.6 | 0 | 0 | 1 | 4.0 |
| Personal no calif. | 4 | 14.3 | 3 | 100 | 1 | 4.0 |
| Ama de casa | 20 | 71.4 | 0 | 0 | 20 | 80.0 |
| Estudiante | 1 | 3.6 | 0 | 0 | 1 | 4.0 |
| Desocupado | 1 | 3.6 | 0 | 0 | 1 | 4.0 |
| Total | 28 | 100% | 3 | 100% | 25 | 100% |

^{a/} No se observaron casos en las categorías "Profesional", "Comercio y afines", "Pensionado", "Otra.

De las cinco personas con ideación suicida, un hombre trabajador "no calificado" y las cuatro mujeres eran "amas de casa".

Alcoholismo:

El índice de prevalencia de alcoholismo obtenido para el total de la muestra fue 10.2%. La frecuencia de respuestas afirmativas dadas por el total de la muestra a las preguntas de la escala de alcoholismo se presentan en el Anexo IV. En general las personas que fueron identificadas con este tipo de problema fueron aquellas que aceptaron "beber demasiado" y a quienes otros (familiares, amigos, médicos, sacerdotes), ya le habían señalado lo mismo, quienes además se sentían incapaces de "dejar de beber", y aceptaban haber tenido problemas interpersonales y laborales por causa del alcohol.

En el Cuadro Nº 29 se presenta la prevalencia de alcoholismo según el área geográfica. Tal como se puede observar en este Cuadro la pre-

Cuadro Nº 29

Prevalencia de Alcoholismo, según área geográfica para el total de la muestra (Cantón de Desamparados, 1986)

| <u>Area geográfica</u> | <u>N</u> <u>entrevistados</u> | <u>n</u> <u>casos</u> | <u>%</u> |
|------------------------|----------------------------------|--------------------------|----------|
| Urbana | 176 | 23 | 13.1 |
| Semi-urbana | 86 | 12 | 13.9 |
| Rural concentrada | 49 | 0 | 0 |
| Rural dispersa | 101 | 7 | 6.9 |
| Total | 412 | 42 | 10.2% |

valencia de alcoholismo fue igualmente alta e importante en las áreas urbana y semi-urbana, 13.1% y 13.9% respectivamente. Cuando se considera esta prevalencia de acuerdo al sexo del entrevistado (Cuadro Nº30) se hace evidente que el problema de alcoholismo fue mayor para los hombres de las áreas urbana (31.4%), semi-urbana (23.7%) y rural dispersa (15.6%). En el caso de las mujeres, la prevalencia de alcoholismo fue menor con respecto a los hombres, pero esto no significa que no sea un serio problema, particularmente en el área semi-urbana, donde la prevalencia resultó ser del 6.3%.

Cuadro Nº 30

Prevalencia de Alcoholismo, según
 Área geográfica por sexo
 (Cantón de Desamparados, 1986)

| Área geográfica | HOMBRES | | | MUJERES | | |
|-------------------|---------|---------|------|---------|---------|-----|
| | N | n casos | % | N | n casos | % |
| Urbana | 70 | 22 | 31.4 | 106 | 1 | 0.9 |
| Semi-Urbana | 38 | 9 | 23.7 | 48 | 3 | 6.3 |
| Rural concentrada | 27 | 0 | 0 | 22 | 0 | 0 |
| Rural dispersa | 45 | 7 | 15.6 | 56 | 0 | 0 |
| Total | 180 | 38 | 21.1 | 232 | 4 | 1.7 |

En cuanto a la prevalencia de alcoholismo los diferentes grupos considerados por edad, esta tendió a ser mayor en los grupos de edad de 25 a 44 años (25 de 42 personas, o sea 59.5%). Tal como se puede observar en el Cuadro Nº 31, 12 de las 42 personas con problemas de alcohol -

Cuadro Nº 31

Prevalencia de Alcoholismo según
 grupos de edad por sexo
 (Cantón de Desamparados, 1986)

| Grupos de edad | Total | | HOMBRES | | MUJERES | |
|----------------|-------|------|---------|------|---------|------|
| | N | % | n | % | n | % |
| 15 - 24 | 8 | 19.0 | 8 | 21.1 | 0 | 0 |
| 25 - 34 | 12 | 28.6 | 12 | 31.6 | 0 | 0 |
| 35 - 44 | 13 | 31.0 | 10 | 26.3 | 3 | 75.0 |
| 45 - 54 | 3 | 7.1 | 2 | 5.3 | 1 | 25.0 |
| 55 y más | 6 | 14.3 | 6 | 15.8 | 0 | 0 |
| Total | 42 | 100% | 38 | 100% | 4 | 100% |

lismo (28.6%) se encontraron en el grupo de 25 a 34 años de edad, y 13 de estas 42 (31%) se encontraron en el grupo de 35 a 44 años de edad. Por otra parte y considerando el sexo, solamente 4 de estas 42 personas eran mujeres. Tres de estas cuatro mujeres pertenecían al grupo de 35 a 44 años y una al grupo de 45 a 54 años de edad. En cuanto a los hombres se observa que se presentaron problemas de alcoholismo en todos los grupos de edad considerados. La mayor frecuencia de este tipo de problema, sin embargo, se encontró en el grupo de edad de 25 a 34 años (12 de 38 hombres, o sea el 31.6%) y en el grupo de edad de 35 a 44 años (10 de 38 hombres, o sea el 26.3%).

En el Cuadro Nº 32, se presentan los resultados obtenidos cuando se considera el Estado Civil de estas personas con este tipo de proble-

Cuadro Nº 32

Prevalencia de Alcoholismo, según
Estado Civil por sexo
(Cantón de Desamparados, 1986)

| Estado Civil ^{a/} | Total | | HOMBRES | | MUJERES | |
|----------------------------|-------|------|---------|------|---------|------|
| | N | % | n | % | n | % |
| Soltero (a) | 19 | 45.2 | 17 | 44.7 | 2 | 50.0 |
| Casado (a) | 15 | 35.7 | 15 | 39.5 | 0 | 0 |
| Separado (a) | 3 | 7.1 | 3 | 7.9 | 0 | 0 |
| Unión libre | 5 | 11.9 | 3 | 7.9 | 2 | 50.0 |
| Total | 42 | 100% | 38 | 100% | 4 | 100% |

^{a/} No se observaron casos en las categorías "Divorciado (a)", ni "Viudo (a)".

ma. De acuerdo con estos resultados la frecuencia de alcoholismo fue más alta entre solteros (19 de 42 personas, o sea el 45.2%), ocupando un segundo lugar los casados (15 de 42, o sea el 35.7%). En el caso de las 4 mujeres con este problema, dos de ellas eran solteras y dos se encontraban en Unión libre. De los 38 hombres en este grupo, 17 de ellos (44.7%) eran solteros y 15 de ellos (39.5%) eran casados. En un grado mucho menor también se observaron separados y en unión libre con problemas de alcoholismo.

En cuanto al nivel de escolaridad de estas personas, los resultados se presentan en el Cuadro Nº 33. La frecuencia de este tipo de proble-

Cuadro Nº 33

Prevalencia de Alcoholismo, según
Escolaridad por sexo
(Cantón de Desamparados, 1986)

| Escolaridad ^{a/} | Total | | HOMBRES | | MUJERES | |
|-----------------------------|-------|------|---------|------|---------|------|
| | N | % | n | % | n | % |
| Sin estudios | 4 | 9.5 | 3 | 7.9 | 1 | 25.0 |
| Primaria incompleta | 14 | 33.3 | 12 | 31.6 | 2 | 50.0 |
| Primaria completa | 11 | 26.2 | 10 | 26.3 | 1 | 25.0 |
| Secundaria incompleta | 4 | 9.5 | 4 | 10.5 | 0 | 0 |
| Secundaria completa | 3 | 7.1 | 3 | 7.9 | 0 | 0 |
| Universitaria incompleta | 5 | 11.9 | 5 | 13.2 | 0 | 0 |
| Otra | 1 | 2.4 | 1 | 2.6 | 0 | 0 |
| Total | 42 | 100% | 38 | 100% | 4 | 100% |

^{a/} No se observaron casos en la categoría "Universitaria completa".

mas fue mayor entre personas con "primaria incompleta" (14 de 42 personas, o sea el 33.3%). El segundo lugar lo ocuparon personas con "primaria completa" (11 de 42, o sea el 26.2%). De las cuatro mujeres una de ellas no tenía ningún nivel de escolaridad, dos de ellas tenían un nivel de primaria incompleta, y una de primaria completa. El relación a los hombres, si bien se observaron casos en los diferentes niveles de escolaridad, excepto el de "Universitaria completa", lo cierto es que el mayor índice de alcoholismo se observó entre aquellos que tenían un nivel de primaria incompleta (12 de 38, o sea el 31.6%) y primaria completa (10 de 38, o sea el 26.3%).

En el Cuadro Nº 34 se presentan los resultados obtenidos en relación a la ocupación actual de estas personas con problemas de alcoholismo. De

Cuadro Nº 34

Prevalencia de Alcoholismo, según ocupación actual por sexo.
(Cantón de Desamparados, 1986)

| Ocupación actual ^{a/} | Total | | HOMBRES | | MUJERES | |
|--------------------------------|-------|------|---------|------|---------|------|
| | N | % | n | % | n | % |
| Técnico | 3 | 7.1 | 3 | 7.9 | 0 | 0 |
| Comercio y afines | 2 | 4.8 | 2 | 5.3 | 0 | 0 |
| Personal calificado | 9 | 21.4 | 9 | 23.7 | 0 | 0 |
| Personal no calif. | 21 | 50.0 | 19 | 50.0 | 2 | 50.0 |
| Pensionado | 2 | 4.8 | 2 | 5.3 | 0 | 0 |
| Ama de casa | 1 | 2.4 | 0 | 0 | 1 | 25.0 |
| Estudiante | 2 | 4.8 | 2 | 5.3 | 0 | 0 |
| Desocupado | 2 | 4.8 | 1 | 2.6 | 1 | 25.0 |
| Total | 42 | 100% | 38 | 100% | 4 | 100% |

a/ No se observaron casos en las categorías "Profesional" y "Otra".

42 personas con este tipo de problemas, 21 de ellas (50%) tenían la condición de "personal no calificado". El segundo lugar lo ocupaban las personas de "personal calificado" (9 de 42, o sea el 21.4%).

De las 4 mujeres con problemas de alcoholismo, dos de ellas pertenecieron al grupo de "personal no calificado", una al de "ama de casa", y otra se encontraba "desocupada". En el caso de los hombres, 19 de 38 (50%) eran trabajadores "no calificados", y 9 (23.7%) pertenecieron al grupo de "personal calificado".

Psicosis:

En lo que se refiere a la prevalencia de psicosis el índice obtenido, para el total de la muestra, fue del 1%. La subescala de psicosis utilizada en el presente estudio consta de cuatro indicadores y, de acuerdo al criterio utilizado, la persona para ser incluida en este grupo debía contestar afirmativamente las cuatro preguntas. De acuerdo con esto las personas que se identificaron como un "caso", esto es, que presentaron sintomatología psicótica fueron personas que aceptaron "oír voces sin saber de donde vienen o que otras personas no pueden oír", que han "notado interferencias o algo raro en su pensamiento", que han tendido a sobrevalorarse, a sentirse "mucho más importantes que los demás", y que han sentido que alguien ha tratado de agredirlos, "de herirlos en alguna forma". En el Anexo IV se presenta la frecuencia de respuestas afirmativas a cada una de estas preguntas.

En el Cuadro Nº 35, se presenta la prevalencia de psicosis en las diferentes áreas geográficas. De nuevo aquí se puede observar que la prevalencia de sintomatología fue en el área semi-urbana (2.3%), siguiendo en segundo lugar el área rural dispersa (1%) y el área urbana (0.6%). Cuando se considera esta prevalencia en las diferentes áreas

Cuadro Nº 35

Prevalencia de Psicosis, según área geográfica
para el total de la muestra
(Cantón de Desamparados, 1986)

| <u>Área geográfica</u> | <u>N entrevistados</u> | <u>n casos</u> | <u>%</u> |
|------------------------|------------------------|----------------|----------|
| Urbana | 176 | 1 | 0.6 |
| Semi-urbana | 86 | 2 | 2.3 |
| Rural concentrada | 49 | 0 | 0 |
| Rural dispersa | 101 | 1 | 1.0 |
| Total | 412 | 4 | 1 % |

geográficas según el sexo (Cuadro Nº 36) también se encontró que esta prevalencia fue más alta para los hombres del área rural dispersa (2.2%), mientras que en el área urbana fue mayor para las mujeres (0.9%).

En lo que se refiere a los grupos de edad en los que se observaron casos de psicosis se puede observar en el Cuadro Nº 37 que dos casos se encontraron en el grupo de edad de 25 a 34 años y dos casos en el grupo de 55 y más años de edad.

Cuadro Nº 36

Prevalencia de Psicosis, según área
geográfica por sexo
(Cantón de Desamparados, 1986)

| Area geográfica | HOMBRES | | | MUJERES | | |
|----------------------|---------|------------|------|---------|------------|------|
| | N | n casos | % | N | n casos | % |
| Urbana | 70 | 0 | 0 | 106 | 1 | 0.9 |
| Semi-urbana | 38 | 1 | 2.6 | 48 | 1 | 2.1 |
| Rural concentrada | 27 | 0 | 0 | 22 | 0 | 0 |
| Rural dispersa | 45 | 1 | 2.2 | 56 | 0 | 0 |
| Total | 180 | 2 | 1.1% | 232 | 2 | 0.9% |

Cuadro Nº 37

Prevalencia de Psicosis, según
grupo de edad por sexo
(Cantón de Desamparados, 1986)

| Grupos de edad | a/ Total | Hombres | Mujeres |
|----------------|----------|---------|---------|
| | N | n | n |
| 25 - 34 | 2 | 1 | 1 |
| 55 y más | 2 | 1 | 1 |
| Total | 4 | 2 | 2 |

a/ No se observaron casos en los otros grupos de edad considerados.

Tanto en el caso de los hombres como de las mujeres, dos de ellos, un hombre y una mujer se encontraron en el grupo de 25 a 34 años, y los otros dos, un hombre y una mujer, en el grupo de 55 y más años de edad.

En lo que se refiere a Estado Civil (Cuadro Nº 38) dos de estos cuatro casos eran casados; los otros dos, uno separado y otro viudo. De las dos hombres, uno era casado y el otro separado. De las dos mujeres una era casada y la otra viuda.

Cuadro Nº 38

Prevalencia de Psicosis, según
Estado Civil por sexo
(Cantón de Desamparados, 1986)

| Estado Civil ^{a/} | Total | | HOMBRES | | MUJERES | |
|----------------------------|-------|------|---------|------|---------|------|
| | N | % | n | % | n | % |
| Casado (a) | 2 | 50.0 | 1 | 50.0 | 1 | 50.0 |
| Separado (a) | 1 | 25.0 | 1 | 50.0 | 0 | 0 |
| Viudo (a) | 1 | 25.0 | 0 | 0 | 1 | 50.0 |
| Total | 4 | 100% | 2 | 100% | 2 | 100% |

a/ No se observaron casos en las otras categorías de Estado Civil

Como se puede observar en el Cuadro Nº 39, dos de estas personas, un hombre y una mujer, carecían de estudios; y las otras dos, también un hombre y una mujer, tenían un nivel de primaria, el hombre con primaria incompleta y la mujer con primaria completa.

En el Cuadro Nº 40 se presenta la ocupación actual de los 4 casos de psicosis. Como se puede observar de los dos hombres, uno pertenecía al grupo de "personal no calificado" y el otro era un pensionado. De

Cuadro Nº 39

Prevalencia de Psicosis, según
Escolaridad por sexo
(Cantón de Desamparados, 1986)

| <u>a/</u> Escolaridad | Total N | HOMBRES n | MUJERES n |
|--------------------------|------------|--------------|--------------|
| Sin estudios | 2 | 1 | 1 |
| Primaria incompleta | 1 | 1 | 0 |
| Primaria completa | 1 | 0 | 1 |
| Total | 4 | 2 | 2 |

a/ No se observaron casos en las otras categorías consideradas.

Las dos mujeres, una era ama de casa y la otra desempeñaba labores de técnica.

Cuadro Nº 40

Prevalencia de Psicosis según
Ocupación actual por sexo
(Cantón de Desamparados, 1986)

| <u>a/</u> Ocupación actual | Total N | HOMBRES n | MUJERES n |
|-------------------------------|------------|--------------|--------------|
| Técnico | 1 | 0 | 1 |
| Personal no calificado | 1 | 1 | 0 |
| Pensionado | 1 | 1 | 0 |
| Ama de casa | 1 | 0 | 1 |
| Total | 4 | 2 | 2 |

a/ No se observaron casos en las otras categorías.

Epilepsia:

El índice de prevalencia de epilepsia observada en el presente estudio fue de 4.1%. En el caso de epilepsia se utilizó un sólo indicador, a saber, "Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo, con movimientos de brazos y piernas; con mordeduras de lengua o pérdida del conocimiento?". Tal como se señala más adelante la utilización de un sólo indicador para diagnosticar epilepsia no es lo deseable, y ciertamente crea la duda acerca de si este resultado es confiable.

A continuación se presenta la forma en que se distribuye esta prevalencia en las diferentes áreas geográficas consideradas. En el Cuadro Nº 41 se puede observar que la prevalencia de esta condición fue

Cuadro Nº 41

Prevalencia de Epilepsia, según
área geográfica para el total de la muestra
(Cantón de Desamparados, 1986)

| <u>Area geográfica</u> | <u>N</u> | <u>n casos</u> | <u>%</u> |
|------------------------|----------|----------------|----------|
| Urbana | 176 | 6 | 3.4 |
| Semi-urbana | 86 | 3 | 3.5 |
| Rural concentrada | 49 | 0 | 0 |
| Rural dispersa | 101 | 8 | 7.9 |
| Total | 412 | 17 | 4.1 |

marcadamente alta en el área dispersa (7.9%). En esta área también podría esperarse una alta frecuencia de crisis histéricas, que fácilmente podrían confundirse con crisis epilépticas. La prevalencia en el área urbana y en el área semi-urbana (3.4% y 3.5% respectivamente) fue mucho menor, si bien los índices obtenidos aquí fueron también muy altos. Esta prevalencia fue mayor entre las mujeres (Cuadro Nº 42). Para las mujeres el índice fue 5.2%, mientras que para los hombres fue 2.8%.

Cuadro Nº 42

Prevalencia de Epilepsia, según
área geográfica por sexo.
(Cantón de Desamparados, 1986)

| Área geográfica | HOMBRES | | | MUJERES | | |
|-------------------|---------|---------|-----|---------|---------|-----|
| | N | n casos | % | N | n casos | % |
| Urbana | 70 | 2 | 2.9 | 106 | 4 | 3.8 |
| Semi-urbana | 38 | 0 | 0 | 48 | 3 | 6.3 |
| Rural concentrada | 27 | 0 | 0 | 22 | 0 | 0 |
| Rural dispersa | 45 | 3 | 6.7 | 56 | 5 | 8.9 |
| Total | 180 | 5 | 2.8 | 232 | 12 | 5.2 |

En área rural dispersa el índice fue 8.9% para las mujeres, y para los hombres 6.7%. En área semi-urbana sólo se observó en mujeres (6.3%) y la diferencia por sexo fue mucho menor en área urbana (3.8% para mujeres y 2.9% para hombres). Por otra parte, y pensando en la posibilidad de confusión con crisis histéricas, sería aceptable la hipótesis de que las crisis histéricas son menos frecuentes en área urbana que en las otras áreas.

La prevalencia de epilepsia en los distintos grupos de edad considerados se presenta en el Cuadro Nº 43. La frecuencia de este tipo de sintomatología resultó ser más alta en el grupo de 55 y más años (6 de 17, o sea el 35.3%), y en el grupo de 25 a 34 años (5 de 17, o sea el 29.4%). Sin embargo el problema de epilepsia se observó también, aunque

Cuadro Nº 43

Prevalencia de Epilepsia, según
grupos de edad por sexo.
(Cantón de Desamparados, 1986)

| Grupos de edad | Total | | HOMBRES | | MUJERES | |
|----------------|-------|-------|---------|-------|---------|-------|
| | N | % | n | % | n | % |
| 15 - 24 | 3 | 17.6 | 1 | 20.0 | 2 | 16.7 |
| 25 - 34 | 5 | 29.4 | 1 | 20.0 | 4 | 33.3 |
| 35 - 44 | 2 | 11.8 | 1 | 20.0 | 1 | 8.3 |
| 45 - 54 | 1 | 5.9 | 0 | 00 | 1 | 8.3 |
| 55 y más | 6 | 35.3 | 2 | 40.0 | 4 | 33.3 |
| Total | 17 | 100 % | 5 | 100 % | 12 | 100 % |

con menor frecuencia, en los otros grupos de edad. De los cinco hombres con este tipo de problema, dos tenían 55 y más años, se encontraba en el grupo de 15 a 24 años, otro en el de 25 a 34 años y el último en el de 35 a 44 años. Para las mujeres la frecuencia fue más alta en los grupos de edad 25 a 34 (4 de 12) y 55 y más años (4 de 12). Las otras cuatro mujeres pertenecieron a los otros grupos de edad.

La frecuencia de este tipo de problema resultó ser prácticamente igual tanto para solteros como para casados (Cuadro Nº 44). De las 17 personas con esta sintomatología, 7 eran solteras y 7 eran casadas.

Cuadro Nº 44

Prevalencia de Epilepsia, según Estado Civil por sexo
(Cantón de Desamparados, 1986)

| Estado Civil ^{a/} | Total | | HOMBRES | | MUJERES | |
|----------------------------|-------|------|---------|------|---------|------|
| | N | % | n | % | n | % |
| Soltero (a) | 7 | 41.2 | 2 | 40.0 | 5 | 41.7 |
| Casado (a) | 7 | 41.2 | 3 | 60.0 | 4 | 33.3 |
| Separado (a) | 2 | 11.8 | 0 | 0 | 2 | 16.7 |
| Viudo (a) | 1 | 5.9 | 0 | 0 | 1 | 8.3 |
| Total | 17 | 100% | 5 | 100% | 12 | 100% |

a/ No se observaron casos en las categorías "Unión libre" y "Divorciado".

En cuanto al nivel de escolaridad (Cuadro Nº 45), 8 de las 17 personas (47.1%) con epilepsia tenían "primaria incompleta". De las otras 9 personas, 2 no tenían estudios, 3 tenían "primaria completa", 2 tenían "secundaria incompleta" y 2 "Universitaria completa". Los 5 hombres tenían un nivel educacional desde "sin estudios" a "Secundaria incompleta". En cambio entre las mujeres, la mayoría de ellas (7 de 12) tenían "primaria incompleta" y 2 de ellas "Universitaria completa".

Cuadro Nº 45

Prevalencia de Epilepsia,
según Escolaridad por sexo.
(Cantón de Desamparados, 1986)

| Escolaridad ^{a/} | Total | | HOMBRES | | MUJERES | |
|---------------------------|-------|------|---------|------|---------|------|
| | N | % | n | % | n | % |
| Sin estudios | 2 | 11.8 | 1 | 20.0 | 1 | 8.3 |
| Primaria incomp. | 8 | 47.1 | 1 | 20.0 | 7 | 58.3 |
| Primaria completa | 3 | 17.6 | 2 | 40.0 | 1 | 8.3 |
| Secundaria incomp. | 2 | 11.8 | 1 | 20.0 | 1 | 8.3 |
| Universitaria completa | 2 | 11.8 | 0 | 0 | 2 | 16.7 |
| Total | 17 | 100% | 5 | 100% | 12 | 100% |

a/ No se observaron casos en las categorías "Secundaria completa", "Universitaria incompleta", y "Otra".

En lo que se refiere a ocupación (Cuadro Nº 46), 7 mujeres de 12 (58.3%) eran "amas de casa". Dos mujeres tenían un nivel ocupa-

Cuadro Nº 46

Prevalencia de Epilepsia, según Ocupación Actual por sexo.
(Cantón de Desamparados, 1986)

| Ocupación actual ^{a/} | Total | | HOMBRES | | MUJERES | |
|--------------------------------|-------|-------|---------|-------|---------|-------|
| | N | % | n | % | n | % |
| Profesional | 2 | 11.8 | 0 | 0 | 2 | 16.7 |
| Personal calif. | 1 | 5.9 | 1 | 20.0 | 0 | 0 |
| Personal no calif. | 3 | 17.6 | 2 | 40.0 | 1 | 8.3 |
| Ama de casa | 7 | 41.2 | 0 | 0 | 7 | 58.3 |
| Estudiante | 1 | 5.9 | 0 | 0 | 1 | 8.3 |
| Desocupado | 3 | 17.6 | 2 | 40.0 | 1 | 8.3 |
| Total | 17 | 100 % | 5 | 100 % | 12 | 100 % |

a/ No se observaron casos en las categorías "Técnico", "Comercio y afines", "Pensionado" y "Otra".

cional de "Profesional". De los 5 hombres, 2 eran desocupados, 2 pertenecían al grupo de "personal no calificado" y 1 al de "personal calificado".

Indices de Prevalencia y Factores psico-sociales:

Es algo sabido que los factores psico-sociales juegan un papel importante en la incidencia y prevalencia de los problemas de Salud Mental. Independientemente de si su influencia sobre la salud mental del individuo es directa o indirecta, ciertamente estos factores contribuyen, en mayor o menor grado, según quien sea la persona y sus circunstancias, al fomento de su salud mental. De hecho estos factores pueden favorecer una conducta adaptativa, o bien pueden servir como factores que limitan esta conducta. En este último caso se transforman en causas de estrés, que estimulan y favorecen la presencia de problemas de salud mental, que se expresan en un comportamiento mal adaptativo.

Tomando en consideración lo anterior se recogió información sobre algunos factores psico-sociales. Esto con el objeto de evaluar el grado en que la prevalencia de los síndromes estudiados se encuentra asociada a estos factores. A continuación se presentan los resultados obtenidos.

Número de personas que habitan en la vivienda:

En el Cuadro Nº 47 se presenta la distribución de la muestra según el número de personas que habitan en la vivienda, de acuerdo a si provienen de área urbana o rural. Se puede observar en ese cuadro que en

Cuadro Nº 47

Distribución de la muestra de acuerdo al número de personas en la vivienda, por área geográfica
(Cantón de Desamparados, 1986)

| Número de personas en la vivienda | Total | | URBANO | | RURAL | |
|--------------------------------------|-------|-------|--------|-------|-------|-------|
| | N | % | n | % | n | % |
| 1 - 4 | 192 | 46.6 | 120 | 45.8 | 72 | 48.0 |
| 5 - 8 | 196 | 47.6 | 129 | 49.2 | 67 | 44.7 |
| 9 y más | 24 | 5.8 | 13 | 5.0 | 11 | 7.3 |
| Total | 412 | 100 % | 262 | 100 % | 159 | 100 % |

general no hay diferencias importantes entre familias con 1 a 4 habitantes y en aquellas en las habitan de 5 a 8 personas. Y esto es así también independientemente de si provienen de área urbana o rural. Donde se aprecia una diferencia importante es en el caso de aquellas familias con 9 y más habitantes, cuya frecuencia fue sensiblemente menor.

En el Cuadro Nº 48 se presenta la distribución de las personas que presentaron los diferentes síndromes en relación al número de personas en la vivienda. Al igual que lo que se observó al considerar la

Cuadro N° 48

Distribución según el síndrome presentado,
por el número de personas en la vivienda
(Cantón de Desamparados, 1986)

| <u>Síndrome</u> | <u>Total</u> N | <u>Número de personas en la vivienda:</u> | | |
|-----------------|-------------------|---|-------------------|---------------------|
| | | <u>1 - 4</u> n | <u>5 - 8</u> n | <u>9 y más</u> n |
| Ansiedad | 110 | 45 | 59 | 6 |
| Depresión | 28 | 10 | 17 | 1 |
| Alcoholismo | 42 | 19 | 22 | 1 |
| Psicosis | 4 | 2 | 2 | 0 |
| Epilepsia | 17 | 8 | 9 | 0 |

muestra total (Cuadro N° 47), la presencia de estos síndromes tendió a ser más frecuente en familias en las que el número de personas en la vivienda fue de 1 a 4, o bien, de 5 a 8, siendo esta tendencia más marcada entre familias en las que el número en la vivienda fue de 5 a 8 personas; y esto particularmente para aquellos que presentaron ansiedad. En lo que se refiere a los cuatro casos de psicosis tampoco se observó ninguna diferencia confiable, en vista del número tan pequeño de casos

Lugar que el entrevistado ocupa en relación al Jefe de Familia:

En lo que se refiere a la posición que ocupaba el entrevistado en relación al Jefe de Familia, se puede observar en el Cuadro N° 49 que la gran mayoría de las personas entrevistadas fueron, además del Jefe de Familia mismo (31.3%), hijos o hijas (31.6%) u otros familia-

Cuadro Nº 49

Distribución de la muestra según
lugar que el entrevistado ocupaba en relación
al Jefe de Familia, por área geográfica
(Cantón de Desamparados, 1986)

| Lugar que ocupa en relación al Jefe de Familia | Total | | URBANO | | RURAL | |
|---|-------|------|--------|------|-------|------|
| | N | % | n | % | n | % |
| Jefe | 129 | 31.3 | 84 | 32.1 | 45 | 30.0 |
| Padre | 5 | 1.2 | 1 | 0.4 | 4 | 2.7 |
| Madre | 6 | 1.5 | 4 | 1.5 | 2 | 1.3 |
| Hijo (a) | 130 | 31.6 | 76 | 29.0 | 54 | 36.0 |
| Otros Familiares | 138 | 33.5 | 94 | 35.9 | 44 | 29.3 |
| Otros no familiares | 4 | 1.0 | 3 | 1.1 | 1 | 0.3 |
| Total | 412 | 100% | 262 | 100% | 150 | 100% |

res (33.5%), incluyendo este último grupo el cónyuge y otros, tales como nuera, yerno y nietos, etc. Esto fue así independientemente de la procedencia urbano-rural; las diferencias observadas entre ambas áreas, en términos de frecuencias relativas, no parecen ser importantes.

En el Cuadro Nº 50 se presentan los resultados obtenidos al considerar las personas que presentaron los diferentes síndromes de acuerdo a la posición del entrevistado en relación al Jefe de Familia. En contraste a como se distribuye la muestra total (Cuadro Nº 49), la frecuencia fue más alta entre "otros familiares" en el caso de ansiedad (46%) y depresión (54%), tendiendo a ocupar un segundo lugar la fre -

Cuadro Nº 50

Distribución de acuerdo al síndrome presentado por el lugar que el entrevistado ocupaba en relación al Jefe de Familia
(Cantón de Desamparados, 1986)

| Síndrome | Total | Jefe | Padre | Madre | Hijo(a) | Otros familia- res | Otros no familia- res |
|-------------|-------|------|-------|-------|---------|-----------------------|--------------------------|
| | i | a | b | c | d | e | f |
| Ansiedad | 110 | 29 | - | 2 | 26 | 51 | 2 |
| Depresión | 27 | 0 | - | - | 4 | 15 | - |
| Alcoholismo | 42 | 21 | - | - | 16 | 5 | - |
| Psicosis | 4 | 2 | - | - | - | 2 | - |
| Epilepsia | 17 | 6 | - | - | 6 | 4 | 1 |

cuencia con que el Jefe de Familia presentó esta sintomatología (26% para los ansiosos y 33% para los deprimidos). En el caso de aquellos con problemas de alcoholismo, la mayor frecuencia fue entre los Jefes de Familia (50%) y en segundo lugar entre los hijos (38%).

De los cuatro casos de personas con sintomatología psicótica, dos eran Jefes de Familia y dos "Otros Familiares". En el caso de Epilepsia ésta resultó ser igualmente frecuente entre los Jefes de Familia y los hijos (35%) y en menor grado entre "Otros familiares" y "Otros no familiares".

Condición laboral:

La condición laboral se operacionalizó mediante tres preguntas a saber: (1) Está usted trabajando actualmente?, (2) Está usted satisfecho con su situación laboral?, y (3) En el último año, Ha tenido usted cambios ocupacionales y/o económicos importantes?

En el Cuadro Nº 51 (a,b,c) se presenta la distribución de la muestra total, de acuerdo a la condición laboral, tal como se refleja

Cuadro Nº 51

Distribución de la muestra total de acuerdo a la condición laboral, por sexo y procedencia urbano - rural (Cantón de Desamparados, 1986).

| Procedencia y sexo | | a. Trabajando actual _{mente} . | | | b. Satisfecho(a) con su situación la- boral. | | | c. Ha tenido cambios ocupacionales y/o e- conómicos importantes | | |
|--------------------|---|---|---------|------|---|---------|------|--|---------|------|
| | | Total N | SI n | % | Total N | SI n | % | Total N | SI n | % |
| Urbano | H | 180 | 73 | 61.3 | 108 | 61 | 59.2 | 108 | 22 | 41.5 |
| | M | 154 | 46 | 38.7 | 154 | 42 | 40.8 | 154 | 31 | 58.5 |
| | T | 262 | 119 | 100 | 262 | 103 | 100 | 262 | 53 | 100 |
| Rural | H | 72 | 57 | 74.0 | 72 | 48 | 75.0 | 72 | 5 | 50.0 |
| | M | 78 | 20 | 26.0 | 78 | 16 | 25.0 | 78 | 5 | 50.0 |
| | T | 150 | 77 | 100 | 150 | 64 | 100 | 150 | 10 | 100 |

en estas tres preguntas, por sexo y procedencia urbano-rural. Como se puede observar en ese Cuadro Nº 51 (a) de las 262 personas de área urbana, 119 de ellas se encontraban trabajando al momento de la entrevista (45.4%), siendo la proporción de hombres trabajando mayor que la de mujeres trabajando (61.3% vs. 38.7%, respectivamente). En relación a su propio grupo, en área urbana, 73 de 108 hombres (67.6%) y 46 de 154 mujeres (29.9%) dijeron estar trabajando. En el área rural se observó lo mismo. De 150 personas entrevistadas, 77 de ellas se encontraban trabajando (51.3%), siendo esta proporción ligeramente más alta, que la observada en área urbana. Aquí también la proporción de hombres trabajando fue mayor que la de las mujeres (74% vs. 26%, respectivamente). De nuevo, en relación a su propio grupo, 57 de 72 hombres (79.1%) y 20 de 78 mujeres (25.6%) se encontraban trabajando al momento de la entrevista.

Los resultados en relación a si las personas entrevistadas se encontraban satisfechas o no con su condición laboral se presentan en el Cuadro Nº 51 (b). Es importante observar que en el área urbana 134 personas (51.1%) y en el área rural 74 personas (49.3%) consideraron que en efecto esta pregunta no se aplicaba a ellos. En ambas áreas, la proporción de mujeres fue mayor que la de hombres (76.1% vs. 23.9% en área urbana, y 81.1% vs. 18.9%, en área rural). Este resultado no es de extrañar en vista del alto número de personas que dijeron no estar trabajando en el momento de la entrevista, siendo también mujeres el grupo mayoritario en ese caso.

De las personas que si consideraron que esta pregunta se aplicaba a ellos, 103 de ellos (39.3%) en área urbana y 64 (42.7%) en área rural, dijeron estar satisfechos con su condición laboral. Por otra parte, 25 personas (9.5%) de área urbana y 12.(8.0%) de área rural dijeron no estar satisfechos con su condición laboral. Aparentemente, de acuerdo a estos resultados la proporción de personas satisfechas con su condición laboral tiende a ser baja, y más así en área urbana. La proporción de hombres satisfechos y no satisfechos es mayor que la de mujeres en esta misma condición, tanto en área urbana (59.2% vs. 40.8%) como en área rural (75.0% vs. 25.0%).

Ahora bien, si se considera únicamente la proporción de la muestra que respondió (positiva o negativamente) a esta pregunta, se encuentra que 128 eran de área urbana y 76 de área rural, siendo mayor la proporción de personas satisfechas con su condición laboral. Así la proporción de personas satisfechas con su condición laboral en área urbana fue 80.5% (103 de 128) y en área rural 84.2% (64 de 76). En relación a su propio grupo, en área urbana, 61 de 108 hombres (56.5%) y 42 de 154 mujeres (27.3%) dijeron estar satisfechas. En el área rural, 48 de 72 hombres (66.7%) y 16 de 78 mujeres (20.5%) también contestaron en el mismo sentido.

En el Cuadro Nº 51 (c) se presentan los resultados obtenidos en relación a si las personas entrevistadas han "tenido en el último año cambios ocupacionales y/o económicos importantes". Tal como se puede observar solamente un porcentaje relativamente pequeño de personas dijeron

haber tenido cambios laborales o económicos importantes (15.3%). De estos, 53 eran de área urbana (20.2%) y 10 (6.7%) de área rural. En el área rural no se observó diferencia entre hombres y mujeres, mientras que en el área urbana la proporción de mujeres es mayor que la de hombres (58.5% vs. 41.5%). Sin embargo, en relación a su propio grupo, el porcentaje de hombres y de mujeres en área urbana que experimentó cambios fue prácticamente el mismo (20%); lo mismo se observó en área rural (6.9% para los hombres y 6.4% para las mujeres).

En el Cuadro Nº 52 (a,b,c) se presentan los resultados obtenidos en relación a la condición laboral de las personas que presentaron sintomato-

Cuadro Nº 52

Distribución de acuerdo al síndrome presentado en
relación a la condición laboral
(Cantón de Desamparados, 1986)

| Síndrome | a. Trabajando actualmente | | b. Satisfecho con su condición laboral. | | c. Ha tenido cambios ocupacionales y/o económicos importantes. | |
|-------------|---------------------------|---------|---|---------|--|---------|
| | Total N | SI n | Total N | SI n | Total N | SI n |
| Ansiedad | 110 | 34 | 110 | 28 | 110 | 19 |
| Depresión | 28 | 3 | 28 | 2 | 28 | 3 |
| Alcoholismo | 42 | 29 | 42 | 25 | 42 | 7 |
| Psicosis | 4 | 1 | 4 | 1 | 4 | 0 |
| Epilepsia | 17 | 5 | 17 | 3 | 17 | 6 |

logía psiquiátrica y/o epiléptica. Tal como se puede observar en el Cuadro Nº 52 (a), en general el número de personas que estaban trabajando al momento de la entrevista resultó ser pequeño, con excepción tal vez de aquellos con diagnóstico de alcoholismo. En este caso, 29 de 42 (69%) se encontraban trabajando. De los 110 personas con ansiedad, 34 de ellas (31%) estaban trabajando; esto fue así también en 3 personas deprimidas (112) y en 5 personas con diagnóstico de epilepsia (29%). En el caso de las personas con diagnóstico de psicosis, 1 de 4 se encontraba trabajando.

En el Cuadro Nº 52 (b) se presentan los resultados obtenidos en relación a si las personas consideradas estaban satisfechas con su condición laboral. De nuevo las personas que presentaron alcoholismo fueron las que en mayor proporción aceptaron estar satisfechas (25 de 42, o sea el 60%). También dijeron estar satisfechas con su condición el 25% de las personas con ansiedad (28 de 110), el 7% de las personas con depresión (2 de 28) y 18% de los epilépticos (3 de 17). De las personas con psicosis, 1 de 4 respondió en el mismo sentido.

En el Cuadro Nº 52 (c) se presenta la distribución de acuerdo a si en el último año la persona había tenido cambios laborales y/o económicos importantes durante el último año. Tal como se puede observar en general el número de personas que dijeron haber tenido cambios importantes fue relativamente pequeño, y esto independientemente del síndrome que presentaron. Así dijeron haber tenido cambios 19 ansiosos (17%), 3 deprimidos (11%), 7 alcohólicos (17%), y 6 epilépticos (35%).

Pertenencia a grupos de apoyo:

Para los efectos del presente estudio se consideraron dos tipos de grupos, a saber: informales, constituidos por parientes y amigos que le dan apoyo, y la participación activa en grupos formales. A continuación se presentan los resultados obtenidos.

En el Cuadro Nº 53 se presenta la distribución de la muestra total de acuerdo a si existen parientes y amigos que le dan apoyo a estas per-

Cuadro Nº 53

Distribución de la muestra total, según la presencia de grupos de apoyo informales, por sexo y procedencia urbano-rural (Cantón de Desamparados, 1986)

| Grupos de apoyo informales y sexo | | URBANO | | | RURAL | | |
|---|---|--------|-----|------|-------|-----|------|
| | | N | n | SI % | N | n | SI % |
| Tiene parientes que viven cerca. | H | 108 | 64 | 41.6 | 72 | 66 | 50.0 |
| | M | 154 | 90 | 58.4 | 78 | 66 | 50.0 |
| | T | 262 | 154 | 100 | 150 | 132 | 100 |
| Tiene parientes con quienes se desahoga | H | 108 | 62 | 40.3 | 72 | 45 | 46.4 |
| | M | 154 | 92 | 59.7 | 78 | 52 | 53.6 |
| | T | 262 | 154 | 100 | 150 | 97 | 100 |
| Tiene amigos que le dan apoyo | H | 108 | 63 | 44.7 | 72 | 45 | 57.7 |
| | M | 154 | 73 | 55.3 | 78 | 33 | 42.3 |
| | T | 262 | 141 | 100 | 150 | 78 | 100 |
| Tiene amigos que le dan otra ayuda | H | 108 | 21 | 42.9 | 72 | 21 | 60.0 |
| | M | 154 | 28 | 57.1 | 78 | 14 | 40.0 |
| | T | 262 | 49 | 100 | 150 | 35 | 100 |

sonas, por sexo y área de procedencia urbano-rural. Como se puede observar un número bastante alto de las personas entrevistadas dijeron tener parientes que viven cerca de ellos (59% en área urbana y 88% en área rural), siendo la proporción de mujeres ligeramente más alta en área urbana. No sólo estos parientes se encontraban cerca, sino que también recibían el apoyo de éstos. Así el 59% de área urbana y el 65% de área rural dijeron tener parientes con quienes se "desahogan". Y esto es así un tanto más para mujeres que para los hombres.

Cuando se considera la presencia de amigos que dan apoyo la tendencia fue la misma. El 54% de las personas de área urbana y el 52% de área rural dijeron tener amigos con quienes se "desahogan". En el área urbana, la proporción de mujeres tendió a ser mayor, mientras que en el área rural fueron los hombres los que en mayor proporción reportaron que se desahogan con amigos (57.7% vs. 42.3%). La proporción de personas que tenían amigos que les dan otras ayudas fue mucho menor, 19% en área urbana y 23% en área rural. De nuevo aquí, la proporción de mujeres fue mayor en área urbana, y mayor la de hombres en área rural (60% vs. 40%). Pareciera ser que en área rural los hombres tienden a recurrir más a amigos tanto para desahogarse como para buscar otras ayudas.

En el Cuadro Nº 54 se presentan los resultados obtenidos en relación con la participación activa en grupos formales. Como se puede observar, tanto en área urbana como rural, sólo una proporción relativamente pequeña de la población entrevistada tendió a participar activa-

Cuadro Nº 54

Distribución de la muestra total, según
participación activa en grupos formales, por sexo
y procedencia urbano-rural
(Cantón de Desamparados, 1986)

| Participación activa a grupos y sexo | | URBANO | | | RURAL | | |
|--|---|--------|----|------|-------|----|------|
| | | N | n | SI % | N | n | SI % |
| Deportivos | H | 108 | 27 | 25.0 | 72 | 22 | 30.6 |
| | M | 154 | 4 | 2.6 | 78 | 8 | 10.3 |
| | T | 262 | 31 | 11.8 | 150 | 30 | 20.0 |
| Religiosos | H | 108 | 18 | 16.7 | 72 | 37 | 51.4 |
| | M | 154 | 41 | 26.6 | 78 | 37 | 47.4 |
| | T | 262 | 59 | 22.5 | 150 | 74 | 49.3 |
| Recreativos | H | 108 | 14 | 12.9 | 72 | 16 | 22.2 |
| | M | 154 | 15 | 9.7 | 78 | 8 | 10.3 |
| | T | 262 | 29 | 11.1 | 150 | 24 | 16.0 |
| Estudios | H | 108 | 12 | 11.1 | 72 | 12 | 16.7 |
| | M | 154 | 27 | 17.5 | 78 | 14 | 18.1 |
| | T | 262 | 39 | 14.9 | 150 | 26 | 17.3 |
| Voluntarios | H | 108 | 7 | 6.5 | 72 | 6 | 8.3 |
| | M | 154 | 17 | 11.0 | 78 | 2 | 2.6 |
| | T | 262 | 24 | 9.2 | 150 | 8 | 5.3 |
| Clubs Sociales | H | 108 | 1 | 0.9 | 72 | 5 | 6.9 |
| | M | 154 | 2 | 1.3 | 78 | 1 | 1.3 |
| | T | 262 | 3 | 1.1 | 150 | 6 | 4.0 |

mente en grupos formales. La participación fue un tanto más alta en grupos religiosos. En el área urbana un 23% de las personas participaban activamente en grupos religiosos (siendo la proporción de mujeres mayor que la de hombres), y un 49% del área rural, participando hombres y mujeres en la misma proporción.

Un segundo lugar lo ocupó la participación en grupos de estudios (15% en área urbana y 17% en área rural), tendiendo la proporción de mujeres a ser mayor que la de hombres, particularmente en área urbana.

La participación en grupos deportivos (12% en área urbana y 20% en área rural) y en grupos recreativos (11% en área urbana y 16% en área rural) ocupó un tercer lugar de importancia. En este caso fueron los hombres, particularmente los de área rural, los que se encontraban en mayor proporción. La participación en grupos de voluntarios fue mucho menor (9% en área urbana y 5% en área rural). En área urbana la proporción de mujeres fue mayor, mientras que en área rural fueron los hombres los que tendieron a estar en mayor proporción. Finalmente la participación en clubes sociales fue mínima, un 1% en área urbana y un 4% en área rural.

En el Cuadro Nº 55 se presentan los resultados obtenidos en relación a las personas que presentaron algunos de los diferentes síndromes, según contaron con el apoyo de parientes y amigos. En general estos resultados sugieren que, al igual que lo que se observó con la muestra total, las personas que presentaron los diferentes síndromes, (alrededor del 50%, también contaban con parientes y amigos que les

Cuadro Nº 55

Distribución según el síndrome presentado, de acuerdo a la presencia de grupos informales de apoyo, (Cantón de Desamparados, 1986)

| Síndrome | Total N | Tiene parientes: Cerca con quienes se desahoga | | Tiene amigos que: le dan apoyo otras ayudas | | | | |
|-------------|------------|--|------------|--|------------|---------|------------|---------|
| | | SI n | Total N | SI n | Total N | SI n | Total N | SI n |
| Ansiedad | 11 | 69 | 110 | 59 | 110 | 50 | 110 | 11 |
| Depresión | 28 | 14 | 28 | 13 | 28 | 11 | 28 | 4 |
| Alcoholismo | 42 | 29 | 42 | 27 | 42 | 22 | 42 | 8 |
| Psicosis | 4 | 2 | 4 | 3 | 4 | 3 | 4 | 0 |
| Epilepsia | 17 | 10 | 17 | 10 | 17 | 9 | 17 | 4 |

daban apoyo y con quienes se "desahogan"; la proporción de personas que recibieron otras ayudas por parte de amigos tendió a ser mucho menor.

Las personas deprimidas fueron las que en menor proporción sintieron que tenían amigos que les daban apoyo. Las personas ansiosas y en segundo lugar las deprimidas, fueron las que en menor proporción dijeron tener otras ayudas. Esto excluyendo las 4 personas con psicosis que dijeron no recibir otras ayudas.

En el Cuadro Nº 56 se presentan los resultados en relación a las personas que presentaron los diferentes síndromes de acuerdo a su participación activa en grupos formales. Como se podrá observar y de

Cuadro Nº 56

Distribución de la participación activa
en grupos formales, por tipo de síndrome
(Cantón de Desamparados, 1986)

| Participación activa en grupos | Ansiedad | | Depresión | | Alcoholismo | | Psicosis | | Epilepsia | |
|-----------------------------------|------------|---------|------------|---------|-------------|---------|------------|---------|------------|---------|
| | Total N | SI n | Total N | SI n | Total N | SI n | Total N | SI n | Total N | SI n |
| Deportivos | 110 | 4 | 28 | 0 | 42 | 7 | 4 | 0 | 17 | 0 |
| Religiosos | 110 | 29 | 28 | 13 | 42 | 8 | 4 | 0 | 17 | 5 |
| Recreativos | 110 | 6 | 28 | 1 | 42 | 4 | 4 | 0 | 17 | 1 |
| Estudios | 110 | 12 | 28 | 3 | 42 | 4 | 4 | 0 | 17 | 3 |
| Voluntarios | 110 | 6 | 28 | 1 | 42 | 2 | 4 | 0 | 17 | 1 |
| Clubs Sociales | 110 | 1 | 28 | 0 | 42 | 1 | 4 | 0 | 17 | 0 |

de acuerdo a lo esperado, las personas con problemas psiquiátricos y de epilepsia, tendieron a no participar activamente en grupos formales. Una proporción pequeña de las personas con sintomatología ansiosa y con problemas de alcoholismo, dijo participar activamente en diferentes grupos, a saber, deportivos, religiosos, recreativos, de estudio, y de voluntarios. Por otra parte, la participación activa en los diferentes grupos, con excepción de los grupos religiosos, tendió a ser muy pequeña o no existente. El comportamiento en relación a la participación en grupos religiosos fue diferente. Una proporción importante de las personas aceptó participar activamente en este tipo de grupo y esto fue así independientemente del tipo de sintomatología presentada. Ahora bien, de las 28 personas con sintomatología depresiva, 13 de ellas (46%) dijeron participar activamente en estos grupos religio-

sos. De las 110 personas con sibtomatología ansiosa, (29 (26%) aceptaron participar en estos grupos religiosos; de igual manera, de las 17 personas con sintomatología epiléptica, 5 participaban activamente (29%), en este tipo de grupos. De las 42 personas con sintomatología de alcoholismo, 8 de ellas (19%) también participaban en estos grupos religiosos. Las personas con sintomatología psicótica no aceptaron participar en ningún grupo.

Presencia de Conflictos Interpersonales en el entrevistado:

La frecuencia con que las personas entrevistadas aceptaron tener conflictos interpersonales en las áreas de la familia, escuela, trabajo, y vecindario, se presentan en el Cuadro Nº 57. Tal como se puede

Cuadro Nº 57

Distribución de la muestra total, según
áreas de conflicto interpersonal, por
sexo y procedencia urbano-rural
(Cantón de Desamparados, 1986)

Presencia de conflictos interpersonales:

| Áreas de conflicto interpersonal | Total | | URBANO | | RURAL | |
|----------------------------------|-------|------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| | N | % | Hombres n | Mujeres n | Hombres n | Mujeres n |
| Familia | 32 | 47.1 | 3 | 14 | 6 | 4 |
| Escuela | 3 | 4.4 | 1 | 2 | - | - |
| Trabajo | 10 | 14.7 | 5 | 2 | 2 | 1 |
| Vecindario | 16 | 23.5 | 1 | 8 | 2 | 5 |
| En varias áreas a la vez | 7 | 10.3 | 1 | 2 | 1 | 3 |
| Total | 68 | 100% | 16 | 28 | 11 | 13 |

observar sólo un número relativamente pequeño de personas de la muestra total aceptó tener conflictos interpersonales. Este grupo constituye el 16.5% de la muestra total (68 de 412). De estas 68, 32 de ellas (47.1%) aceptaron tener conflictos interpersonales en la familia, y en mayor proporción las mujeres en área urbana. Solamente 3 de las 68 personas (4.4%), de área urbana, dijeron tener conflictos en la escuela. Del total de 68 personas, 10 de ellas (14.7%), particularmente de área urbana, aceptaron tener conflictos interpersonales en el trabajo, tendiendo a ser mayor el número de hombres que presentaban problemas en esta área. Por otra parte, 16 de estas 68 personas (23.5%) dijeron que sus conflictos interpersonales eran en el vecindario; aquí el número de mujeres tendió a ser más alto que el de hombres. Solamente 7 personas de estas 68 (10.3%) aceptaron tener conflictos en varias de estas áreas a la vez.

El número de personas que presentaron uno de los diferentes síndromes que aceptaron tener conflictos interpersonales, por sexo y área de procedencia se presenta en el Cuadro N^o 58. De acuerdo con los resultados obtenidos, sólo un pequeño número de personas de los diferentes síndromes admitió tener conflictos interpersonales en las áreas consideradas.

De las personas con ansiedad (N=110), solamente 19 de ellas (17%) admitieron tener conflictos interpersonales en la familia; un segundo lugar lo ocupaban los conflictos en el vecindario (9%). En menor grado aceptaron tener conflictos interpersonales en el trabajo (5%), y sólo

Cuadro Nº 58

Distribución de las personas según síndrome y
área de conflictos interpersonales
(Cantón de Desamparados, 1986)

| Síndrome | Familia n | Escuela n | Trabajo n | Vecindario n |
|-----------------------|--------------|--------------|--------------|-----------------|
| Ansiedad (N=110) | 19 | 1 | 5 | 10 |
| Depresión (N=28) | 8 | 0 | 1 | 6 |
| Alcoholismo (N=42) | 3 | 0 | 5 | 0 |
| Psicosis (N=4) | 1 | 0 | 1 | 0 |
| Epilepsia (N=17) | 3 | 0 | 0 | 3 |

1 persona aceptó tenerlos en la escuela. Por otra parte, de las personas con depresión (N=28), 8 de ellas (29%) se quejaron de tener conflictos interpersonales en la familia, y 6 de ellas (21%) dijeron tener conflictos interpersonales en el vecindario. De las 42 personas con alcoholismo, 5 de ellas (11.9%) aceptaron tener conflictos interpersonales en el trabajo, y 3 de ellas dijeron tenerlos en la familia. De las 4 personas con psicosis, sólo 2 de ellas señalaron tener conflictos, 1 en la familia y 1 en el trabajo. De las 17 personas con epilepsia, 6 admitieron conflictos interpersonales, 3 en el área de familia y 3 en el vecindario.

Consecuencias de los problemas familiares:

Considerando únicamente aquellas personas que manifestaron tener problemas serios en la familia se investigó sobre las consecuencias de estos problemas para la pareja, para la relación entre los padres y los hijos, y para la relación entre los hermanos. En el Cuadro Nº59 se presentan los resultados obtenidos para las personas de la muestra

Cuadro Nº 59

Distribución de las personas que admitieron tener problemas familiares, según consecuencias de los mismos, por sexo y procedencia urbano-rural (Cantón de Desamparados, 1986)

| Consecuencias de los problemas familiares | Total | | URBANO | | RURAL | |
|--|-------|------|--------|--------|--------|--------|
| | N | % | H n | M n | H n | M n |
| Separación de la pareja | 18 | 26.5 | 8 | 9 | 1 | - |
| Distanciamiento de los hijos con respecto a los padres | 20 | 29.4 | 8 | 10 | - | 2 |
| Distanciamiento entre hermanos | 18 | 26.5 | 8 | 7 | 1 | 2 |
| No tuvieron consecuencias | 12 | 17.6 | 0 | 6 | 0 | 6 |
| total | 68 | 100% | 24 | 32 | 2 | 10 |

total de 412 entrevistados, 68 de ellos (16.5%) admitieron tener problemas serios en la familia; de estos 68, 56 de ellos (24 hombres y 32 mujeres), el 82%, eran de área urbana, y 12 personas, el 18% (2 hombres y 10 mujeres), de área rural. Obsérvese que 12 mujeres (6 de área urbana y 6 de área rural) consideraron que estos conflictos no tuvieron consecuencias.

Del total de 68 personas que dijeron tener problemas serios en la familia, 18 de ellos (26.5%) consideraron que estos problemas provocaron la separación de la pareja. Referidos a la muestra total, N=412, estos 18 constituyen un 4.4% de la muestra y 17 de ellos (8 hombres y 9 mujeres) fueron de área urbana. Una proporción igual de personas señalaron el distanciamiento entre hermanos como la consecuencia de estos conflictos. De los 18 (26.5%) que admitieron esta consecuencia, 15 de ellos (8 hombres y 7 mujeres) fueron de área urbana, y 3 (1 hombre y 2 mujeres) de área rural. Finalmente 20 del total de 68 personas que admitieron tener problemas (29.4%) señalaron como consecuencia el distanciamiento de los hijos con respecto a los padres. De estos 20, 18 (8 hombres y 10 mujeres) fueron de área urbana y 2 mujeres de área rural.

En el Cuadro Nº 60 se presenta la distribución de personas que presentaron alguno de los diferentes síndromes que admitieron tener problemas familiares, según las consecuencias de estos conflictos. Aquellos que presentaron ansiedad y depresión tendieron a encontrarse en mayor número.

De las 110 personas que presentaron el síndrome de ansiedad, 36 de ellos (33%) dijeron tener problemas serios en la familia. Sin embargo solamente 32 de estos 36 consideraron que estos problemas tuvieron consecuencias importantes. Así 8 personas dijeron que estos problemas afectaron a la pareja; 12 personas consideraron que la conse -

Cuadro Nº 60

Distribución de las personas que presentaron uno de los
síndromes considerados y que admitieron tener
problemas familiares, en relación a las consecuencias de
estos problemas
(Cantón de Desamparados, 1986)

| Síndrome | Total N | Separación | Distanciamiento | Distanciamiento |
|-------------|------------|--------------|-------------------------|-----------------|
| | | de la pareja | entre padres e hijos | entre hermanos |
| | | SI n | SI n | SI n |
| Ansiedad | 32 | 8 | 12 | 12 |
| Depresión | 11 | 1 | 4 | 6 |
| Alcoholismo | 3 | 1 | 0 | 2 |
| Psicosis | 1 | 0 | 0 | 1 |
| Epilepsia | 8 | 3 | 2 | 3 |

cuencia fue el distanciamiento entre padres e hijos; y 12 personas se-
ñalaron como consecuencia el distanciamiento entre hermanos.

De las 28 personas con síndrome depresivo, 14 de ellas (50%),
aceptaron tener conflictos serios en la familia. De estas 14, 11
de ellas consideró que estos conflictos provocaron distanciamiento
entre hermanos (6 personas), distanciamiento entre padres e hijos
(4 personas) y separación de la pareja (1 persona). De las 42 perso-
nas con síndrome de alcoholismo sólo 6 de ellas (14%) admitieron te-
ner problemas serios en la familia, y de estos, solamente 3 percibie-
ron que estos conflictos tuvieron alguna consecuencia, a saber, 1 per-
sona señaló la separación de la pareja, 2 personas el distanciamiento
entre hermanos. De las 4 personas con sintomatología psicótica sola-

mente 1 de ellas admitió tener problemas serios en la familia, y señaló que la consecuencia de estos fue el distanciamiento entre hermanos. En lo que se refiere a las personas con epilepsia, 9 de 17 (53%) admitieron tener problemas en la familia, y 8 de estas consideraron que estos tuvieron consecuencias importantes. Así 3 señalaron como consecuencia la separación de la pareja, 2 el distanciamiento entre padres e hijos, y 3 distanciamiento entre hermanos.

Percepción de causas de problemas familiares

En el Cuadro Nº 61 se presenta la distribución de estas personas, según su percepción de las posibles causas de problemas serios en la familia, de acuerdo a la procedencia urbano-rural y el sexo.

Tal como se puede observar, los problemas económicos fueron percibidos como causa de problemas familiares por 28 de las 68 personas (41.2%). El alcoholismo y la desocupación ocuparon un segundo lugar (17 de 68, o sea 25%). Los problemas con la autoridad familiar (14 de 68, o sea 20.6%) y las deudas (11 de 68 personas, el 16.2%) ocuparon un tercer lugar de importancia entre los factores que fueron percibidos como causas de problemas familiares serios. Los otros factores considerados ocuparon un lugar de importancia menor. En general la mayoría de personas que percibieron estos factores como posibles causas fueron de área urbana.

Cuadro Nº 61

Distribución de las personas que admitieron tener problemas serios en la familia, según su percepción de las causas de esos problemas, por procedencia urbano-rural y sexo.
(Cantón de Desamparados, 1986)

| Causas de los problemas familiares <u>a/</u> | <u>b/</u> | | URBANO | | RURAL | |
|--|------------|------|--------|--------|--------|--------|
| | Total N | % | H n | M n | H n | M n |
| Alcoholismo | 17 | 25.0 | 4 | 9 | 2 | 2 |
| Drogas | 6 | 8.8 | 2 | 4 | - | - |
| Maltrato físico | 4 | 5.9 | 1 | 2 | 1 | - |
| Problemas con la autoridad civil | 4 | 5.9 | 1 | 3 | - | - |
| Problemas con autoridad familiar | 14 | 20.6 | 6 | 7 | 1 | - |
| Problemas económicos | 28 | 41.2 | 6 | 16 | 3 | 3 |
| Desocupación | 17 | 25.0 | 5 | 8 | 1 | 3 |
| Deudas | 11 | 16.2 | 2 | 4 | 2 | 3 |
| Fallecimiento y abandono de un ser querido | 10 | 14.7 | 3 | 3 | 1 | 3 |
| Otras | 21 | 30.9 | 9 | 1 | 1 | 2 |

a/ No se obtuvieron respuestas afirmativas en la categoría "Problemas con autoridad en otras situaciones".

b/ El porcentaje es obtenido sobre la base de N=68

En el Cuadro Nº 62 se presentan los resultados obtenidos cuando se consideran las personas que presentaron uno de los diferentes síndromes y que admitieron tener problemas serios en la familia. De nuevo aquí los problemas económicos fueron percibidos como un factor im-

Cuadro Nº 62

Distribución de las personas que presentó uno de los síndromes considerados y que admitieron tener problemas serios en la familia, de acuerdo a la percepción de posibles causas.
(Cantón de Desamparados, 1986)

| Causas ^{a/} | Ansiedad n | Depresión n | Alcoholismo n | Psicosis n | Epilepsia n |
|--|---------------|----------------|------------------|---------------|----------------|
| Alcoholismo | 8 | 3 | 3 | 1 | 2 |
| Drogas | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Maltrato físico | 2 | 0 | 1 | 1 | 1 |
| Problemas con autoridad civil | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| Problemas con autoridad fami- liar | 7 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Problemas eco - nómicos | 16 | 9 | 2 | 1 | 7 |
| Desocupación | 10 | 6 | 2 | 1 | 4 |
| Deudas | 7 | 6 | 1 | 1 | 6 |
| Fallecimiento o abandono de un ser querido | 5 | 3 | 1 | 1 | 5 |
| Otras | 10 | 3 | 0 | 0 | 3 |

^{a/} No se observaron respuestas afirmativas en la categoría "Problemas con autoridad en otras situaciones" en ninguno de los grupos.

portante que provoca problemas familiares. Así 16 de 36 ansiosos lo percibieron de esta manera, y también 9 de 14 deprimidos y 7 de 9 epilépticos. Personas de estos tres síndromes también consideran como factor importante la desocupación (10 ansiosos, 6 deprimidos y 4 epilépticos) y las deudas (7 ansiosos, 6 deprimidos y 6 epilépticos). Los

problemas con figuras de autoridad familiar fue importante para los ansiosos particularmente (7 personas) y en menor grado el fallecimiento o abandono de un ser querido (5 ansiosos y 5 epilépticos). La persona con sintomatología psicótica prácticamente señaló todos estos factores como causas de problemas familiares.

Sentimientos de soledad

De las 412 personas entrevistadas, 113 de ellas (27.4%) admitieron tener sentimientos de soledad (36 hombres, 8.8% y 77 mujeres, 18.7%).

A continuación se consideran algunos factores, tales como timidez, carencia de amigos y familiares que den apoyo, enfermedad física, y otros, que se supone podrían estar asociando a la presencia de sentimientos de soledad. Con este objetivo entonces, se comparó la frecuencia relativa con que ocurrieron estos factores en la muestra total (N=412), y en la sub-muestra constituida por aquellos entrevistados que aceptaron tener sentimientos de soledad (n=113).

En el Cuadro Nº 63 se dan los resultados obtenidos cuando se compara en el área urbana la frecuencia relativa con que ocurrieron estos diferentes factores en la muestra (n=262, 108 hombres y 154 mujeres), con la frecuencia con que se observaron en la sub-muestra que aceptó tener sentimientos de soledad en el área urbana (n=90, 30 hombres y 60 mujeres). En el Cuadro Nº 64 se presenta esta misma comparación para el área rural. La muestra aquí incluyó 150 personas (72 hombres

Cuadro Nº 63

Porcentaje de personas de la muestra total y de la sub-muestra que aceptó tener sentimientos de soledad, según diferentes factores de interés, por sexo. Área Urbana. (Cantón de Desamparados, 1986)

| Factores | Muestra total (URBANA) | | Aceptó tener sentimientos de soledad | |
|--|------------------------------|----------------|--------------------------------------|---------------|
| | H (n=108) ^{a/} % | M (n=154) % | H (n=30) % | M (n=60) % |
| 1. La timidez es un problema | 24 | 31 | 53 | 55 |
| 2. Carece de amigos y familiares que le den apoyo | 19 | 25 | 65 | 65 |
| 3. Se relaciona con personas con quienes no comparte intereses y otros | 20 | 23 | 73 | 58 |
| 4. Ha estado físicamente enfermo este año | 14 | 25 | 20 | 40 |
| 5. Recibe tratamiento psiquiátrico en la actualidad | 1 | 3 | 3 | 5 |
| 6. Ha recibido tratamiento psiquiátrico en el pasado | 10 | 20 | 20 | 25 |
| 7. Existen defectos físicos en usted | 7 | 0 | 17 | 0 |
| 8. Existen defectos físicos en un familiar | 6 | 8 | 7 | 5 |

a/ El número en paréntesis es la base de los correspondientes porcentajes.

y 78 mujeres). La sub-muestra de área rural que admitió tener sentimientos de soledad incluyó 23 personas (6 hombres y 17 mujeres). Tal como se puede observar prácticamente todos estos factores tendieron a ocurrir con una mayor frecuencia relativa entre aquellos que aceptaron

tener sentimientos de soledad. Esto fue así tanto para hombres como para mujeres de área urbana como rural. Considerando el total de la

Cuadro Nº 64

Porcentaje de personas de la muestra total y de la sub-muestra que aceptó tener sentimientos de soledad según diferentes factores de interés, por sexo. Área Rural. (Cantón de Desamparados, 1986)

| Factores | Muestra total (RURAL) | | Aceptó tener sentimientos de soledad | |
|--|--------------------------------|------------------|--------------------------------------|------------------|
| | H (n=72) ^{a/} % | M (n=78) % | H (n=6) % | M (n=17) % |
| 1. La timidez es un problema | 22 | 39 | 67 | 94 |
| 2. Carece de amigos y familiares que le den apoyo | 4 | 14 | 50 | 59 |
| 3. Se relaciona con personas con quienes no comparte intereses y otros | 3 | 4 | 33 | 18 |
| 4. Ha estado físicamente enfermo este año. | 14 | 14 | 17 | 18 |
| 5. Recibe tratamiento psiquiátrico en la actualidad | 3 | 5 | 17 | 24 |
| 6. Ha recibido tratamiento psiquiátrico en el pasado | 8 | 15 | 33 | 35 |
| 7. Existen defectos físicos en usted | 3 | 0 | 0 | 0 |
| 8. Existen defectos físicos en un familiar | 3 | 12 | 0 | 24 |

^{a/} El número en paréntesis es la base de los correspondientes porcentajes.

muestra general y de la sub-muestra se observa que en especial sobresalieron los siguientes factores: timidez (28% vs. 54% en área urbana y 31% vs. 87% en área rural); carencia de amigos y familiares que dan apoyo (23% vs. 66% en área urbana y 9% vs. 57% en área rural); y relaciones con personas, con quienes no se comparten intereses, ni aficiones, y que tienen otras preferencias y distintas actividades recreativas (22% vs. 63% en área urbana y 3% vs. 22% en área rural).

Esta misma tendencia, aunque tal vez más débil, se observó en relación a los factores "haber estado físicamente enfermo" y "haber recibido tratamiento psiquiátrico en el pasado", y este último particularmente en área rural. El "recibir tratamiento psiquiátrico en la actualidad" pareciera asociarse a sentimientos de soledad particularmente en área rural.

Los factores "defectos físicos en el entrevistado" y "defectos físicos en algún familiar" ocurrieron con una frecuencia mínima. El de "defectos físicos" en el entrevistado siguió la misma tendencia observada en hombres de área urbana. El factor "defectos físicos en un familiar" mostró la misma tendencia apuntada en especial en mujeres de área rural.

Esta misma comparación se hizo para cada uno de los grupos que recibieron uno de los diagnósticos considerados en este estudio. El número de personas que recibieron el diagnóstico de Ansiedad fue 110 (24 hombres y 86 mujeres). De estas 110 personas, 66 de ellas (11

hombres y 55 mujeres) aceptaron tener sentimientos de soledad. O sea que el 60% de las personas con diagnóstico de ansiedad se quejaron de este tipo de sentimientos, y de estos el 18% fueron hombres y el 92% mujeres. En el Cuadro Nº 65 se presenta la frecuencia relativa con que ocurren estos factores en el grupo total y en el sub-grupo con sentimientos de soledad.

Cuadro Nº 65

Porcentaje de personas con el diagnóstico de Ansiedad según diferentes factores, por el grupo total y el grupo que aceptó tener sentimientos de soledad (Cantón de Desamparados, 1986)

| Factores | Grupo total | Grupo que aceptó tener |
|--|-----------------------|-------------------------|
| | (N=110) ^{a/} | Sentimientos de soledad |
| | % | (n=66) |
| | % | % |
| 1. La timidez es un problema | 54 | 67 |
| 2. Carece de amigos y familiares que le den apoyo | 41 | 67 |
| 3. Se relaciona con personas con quienes no comparte <u>in</u> tereses y otros | 30 | 50 |
| 4. Ha estado físicamente en <u>fermo</u> este año | 39 | 44 |
| 5. Recibe tratamiento <u>psiquiá</u> trico en la actualidad | 9 | 14 |
| 6. Ha recibido tratamiento <u>psiquiá</u> trico en el pasado | 28 | 35 |
| 7. Existen defectos físicos en usted | 2 | 3 |
| 8. Existen defectos físicos en un familiar | 10 | 9 |

a/ El número en paréntesis sirve de base a los correspondientes porcentajes.

Como se puede observar, con excepción del factor "defectos físicos", sea en el entrevistado o en un familiar del mismo, los demás factores ocurrieron con una mayor frecuencia relativa entre aquellos que dijeron tener sentimientos de soledad. Entre estos, la timidez (54% vs. 67%), el carecer de amigos y familiares que den apoyo (41% vs. 67%), y el relacionarse con personas con quienes no se comparten ni intereses ni aficiones, y quienes tienen diferentes preferencias y actividades recreativas (30% vs. 50%) tendieron a asociarse con mayor intensidad a la presencia de sentimientos de soledad. El haber estado físicamente enfermo (39% vs. 44%) y el recibir (9% vs. 14%) o haber recibido tratamiento psiquiátrico (28% vs. 35%) mostraron la misma tendencia, aunque más débil.

De las 28 personas que recibieron el diagnóstico de depresión (3 hombres y 25 mujeres), 23 de ellas (2 hombres y 21 mujeres) aceptaron tener sentimientos de soledad. Esto es, el 82% de este grupo se quejó de sentimientos de soledad, de los cuales 9% fueron hombres y 91% mujeres. En el Cuadro Nº 66 se presenta la frecuencia relativa con que ocurrieron estos factores en el grupo total de personas con depresión, y en el sub-grupo que dijo tener sentimientos de soledad. En este caso, la presencia de "defectos físicos", sea en el entrevistado o en un familiar, "haber recibido tratamiento psiquiátrico en el pasado", y "haber estado físicamente enfermo este año", no parecieron relacionarse en la presencia de sentimientos de soledad. Por otra parte la timidez (75% vs. 78%), la carencia de

Cuadro Nº 66

Porcentaje de personas con el diagnóstico de Depresión según diferentes factores, por el grupo total y el grupo que aceptó tener sentimientos de soledad. (Cantón de Desamparados, 1986)

| Factores | Grupo total | Grupo que aceptó tener |
|--|----------------------|-----------------------------------|
| | (N=28) ^{a/} | sentimientos de soledad (n=23) |
| | % | % |
| 1. La timidez es un problema | 75 | 78 |
| 2. Carece de amigos y familiares que le den apoyo | 68 | 78 |
| 3. Se relaciona con personas con quienes no comparte intereses y otros | 57 | 70 |
| 4. Ha estado físicamente enfermo este año | 54 | 52 |
| 5. Recibe tratamiento psiquiátrico en la actualidad | 25 | 30 |
| 6. Ha recibido tratamiento psiquiátrico en el pasado | 54 | 52 |
| 7. Existen defectos físicos en usted | 0 | 0 |
| 8. Existen defectos físicos en un familiar | 7 | 4 |

a/ El número en paréntesis sirve de base a los correspondientes porcentajes.

amigos y familiares que le dan apoyo (68% vs. 78%) y el relacionarse con personas quienes no se comparten intereses ni aficiones ni otros (57% vs. 70%), fueron especialmente importantes entre personas deprimidas que se quejaron de sentimientos de soledad. El recibir tratamiento psiquiátrico en la actualidad siguió esta misma tendencia, aunque más débilmente (26% vs. 30%).

En el Cuadro Nº 67 se presenta esta comparación para el grupo de personas con diagnóstico de alcoholismo. El total de personal con este diagnóstico fue 42 (38 hombres y 4 mujeres), y de estos 13 dijeron tener sentimientos de soledad, o sea el 31% de ellos; de estos 77% fueron

Cuadro Nº 67

Porcentaje de personas con el diagnóstico de Alcoholismo según diferentes factores, por el grupo total y el grupo que aceptó tener sentimientos de soledad (Cantón de Desamparados, 1986)

| Factores | Grupo total (N= 42) ^{a/} % | Grupo que aceptó tener sentimientos de soledad (n=13) % |
|--|---|--|
| 1. La timidez es un problema | 17 | 31 |
| 2. Carece de amigos y familiares que le den apoyo | 21 | 69 |
| 3. Se relaciona con personas con quienes no comparte intereses y otros | 26 | 85 |
| 4. Ha estado físicamente enfermo este año. | 14 | 23 |
| 5. Recibe tratamiento psiquiátrico en la actualidad | 5 | 8 |
| 6. Ha recibido tratamiento psiquiátrico en el pasado | 19 | 23 |
| 7. Existen defectos físicos en usted | | |
| 8. Existen defectos físicos en un familiar | 2 | 8 |

a/ El número en paréntesis sirve de base a los correspondientes porcentajes.

hombres y 23% mujeres. Los factores que parecieron estar más fuertemente asociados a la presencia de sentimientos de soledad entre personas con diagnóstico de alcoholismo fueron "carecen de amigos y familiares que den apoyo" (21% vs. 69%) y el "relacionarse con personas con quienes no se comparten ni aficiones, ni preferencias ni actividades" (26% vs. 85%). Igualmente importantes, pero no en el mismo grado, fueron la "timidez" (17% vs. 31%), el "haber estado físicamente enfermo" (14% vs. 23%), el "haber recibido tratamiento psiquiátrico" (19% vs. 23%). El estar "recibiendo tratamiento psiquiátrico en la actualidad", mostró una muy débil tendencia en la misma dirección (5% vs. 8%).

De las 17 personas que recibieron el diagnóstico de Epilepsia (5 hombres y 12 mujeres), 6 mujeres aceptaron tener sentimientos de soledad. Esto es el 35% de ellos se quejaron de tener estos sentimientos. Como se puede observar en el Cuadro Nº 68, con excepción del factor "defectos físicos" en el entrevistado o en un familiar, la frecuencia relativa con que ocurrieron estos factores fue mayor entre aquellos que dijeron tener sentimientos de soledad, en especial la "timidez" (41% vs. 83%), la "carencia de amigos y de familiares que le den apoyo" (41% vs. 100%) y el "relacionarse con personas con quienes no se comparten ni intereses, ni aficiones, ni otros" (18% vs. 50%).

Cuadro Nº 68

Porcentaje de personas con el diagnóstico de Epilepsia según diferentes Factores, por el grupo total y el grupo que aceptó tener sentimientos de soledad (Cantón de Desamparados, 1986)

| <u>Factores</u> | <u>Grupo total (N=17)^{a/} %</u> | <u>Grupo que aceptó tener sentimientos de soledad (n=6) %</u> |
|--|--|---|
| 1. La timidez es un problema | 41 | 83 |
| 2. Carece de amigos y familiares que le den apoyo | 41 | 100 |
| 3. Se relaciona con personas con quienes no comparte intereses y otros | 18 | 50 |
| 4. Ha estado físicamente enfermo este año | 47 | 50 |
| 5. Recibe tratamiento psiquiátrico en la actualidad. | 24 | 50 |
| 6. Ha recibido tratamiento psiquiátrico - en el pasado | 53 | 67 |
| 7. Existen defectos físicos en usted | 6 | 0 |
| 8. Existen defectos físicos en un familiar | 6 | 0 |

a/ El número en paréntesis sirve de base a las correspondientes porcentajes.

No se presentan resultados en relación a las 4 personas con diagnóstico de psicosis toda vez que solamente una de ellas aceptó tener sentimientos de soledad.

Intensidad de los sentimientos de soledad

La frecuencia relativa de los factores "timidez", "carencia de amigos y de familiares que den apoyo", y "relacionarse con personas con quienes no se comparten ni intereses, ni aficiones, ni preferencias, ni actividades recreativas", fue sensiblemente mayor entre aquellas que aceptaron tener sentimientos de soledad. Esto fue así tanto para el total de la muestra como para los diferentes grupos diagnósticos. De aquí entonces que se consideró de interés construir una escala de sentimientos de soledad que permitiera evaluar la intensidad de los mismos, según estos fuesen leves, moderados o marcados, con base a esos tres factores. Así, se definió como intensidad leve el aceptar únicamente uno de estos tres factores; el nivel moderado implica aceptar dos de estos tres factores (en cualquier combinación); el nivel de intensidad marcada significa que la persona se queja de los tres factores (timidez, carencia de amigos y de familiares que den apoyo y relacionarse con personas con las que no comparte ni intereses ni otros).

De las 113 personas que aceptaron tener sentimientos de soledad, 10 de ellas de área urbana (4 hombres y 6 mujeres) dijeron no tener problemas de timidez, afirmaron tener amigos y familiares que les dan apoyo, y dijeron relacionarse con personas con las que comparten intereses y aficiones, y otros aspectos. Debido a esto estas personas se excluyeron de estos análisis, y se consideraron únicamente las 103 personas que además de admitir sentimientos de soledad, también acep-

taron tener problemas en relación a cuando menos una de las tres condiciones o factores mencionados. De estas 103 personas, 80 fueron de área urbana y 23 de área rural.

En el cuadro Nº 69 se presentan los puntajes de personas que admitieron tener sentimientos de soledad, de acuerdo a la intensidad

Cuadro Nº 69

Porcentaje de personas que admitieron tener sentimientos de soledad, según el grado de intensidad de los mismos, por área urbano-rural (Cantón de Desamparados, 1986)

| <u>Grado de intensidad de los sentimientos de soledad</u> | <u>Urbano %</u> | <u>Rural %</u> |
|---|-----------------|----------------|
| Leve | 27 | 44 |
| Moderada | 39 | 48 |
| <u>marcada</u> | <u>34</u> | <u>8</u> |
| Total | 100% (n=80) | 100% (n=23) |

de los mismos, por área urbano y rural. No se consideró la variable sexo para evitar números demasiado pequeños. Tal como se puede observar aquí la tendencia fue, tanto en área urbana como rural, a una mayor frecuencia relativa de sentimientos de soledad a nivel moderado (a la presencia de dos de los tres factores considerados). A nivel de intensidad marcada la frecuencia relativa fue mayor en área urbana y la de intensidad leve mostró una tendencia a ser más frecuente en área rural.

Cuadro Nº 70

Distribución de personas de los diferentes síndromes que admitieron tener sentimientos de soledad, según el grado de intensidad de los mismos (Cantón de Desamparados, 1986)

| Grado de intensidad de los sentimientos de soledad | Ansiedad n | Depresión n | Alcoholismo n | Psicosis n | Epilepsia n |
|--|---------------|----------------|------------------|---------------|----------------|
| Leve | 19 | 6 | 1 | - | 1 |
| Moderada | 27 | 5 | 7 | 1 | 2 |
| Marcada | 16 | 12 | 3 | - | 3 |
| Total | 62 | 23 | 11 | 1 | 6 |

En el Cuadro Nº 70 se presenta la distribución de personas de los diferentes síndromes que admitieron tener sentimientos de soledad, según el grado de intensidad de los mismos. Tal como se puede observar en este Cuadro, en el caso de las personas con diagnóstico de ansiedad que aceptaron tener sentimientos de soledad, la tendencia fue a experimentar estos sentimientos a un nivel de intensidad moderada (27 de 62 personas o sea el 44% se sitúan a este nivel). La misma tendencia se observó entre aquellos con diagnóstico de Alcoholismo (7 de 11 personas). Por otra parte, los que recibieron el diagnóstico de depresión tendieron, en su mayoría a ubicarse en un nivel de intensidad marcada (12 de 23 personas). Esta misma tendencia aunque más débil, se observó entre los que recibieron el diagnóstico de Epilepsia (3 de 6 personas se ubicaron a este nivel). De las 4 personas con psicosis, solamente una aceptó tener sentimientos de soledad, y esto, aparentemente a nivel moderado.

Percepción de problemas o preocupaciones personales:

En el Cuadro N^o 71 se presenta la distribución de la muestra total según la percepción de la presencia de problemas o preocupaciones personales, para hombres y mujeres de área urbana y rural. Tal como se puede observar en este cuadro la tendencia fue en el sentido de que 1 de cada dos personas de la muestra total no percibió la presencia de problemas y preocupaciones personales. Esto es, el 50% dijo tener problemas o preocupaciones y el 50% no reconoció tenerlos, tanto en área urbana como rural, y la misma tendencia la reflejaron hombres y mujeres.

Cuadro N^o 71

Distribución de la muestra total según la presencia o ausencia de problemas o preocupaciones personales por área urbano-rural y sexo.
(Cantón de Desamparados, 1986)

| Percepción de problemas | URBANO | | | RURAL | | |
|-------------------------|---------|---------|---------|---------|--------|--------|
| | Total % | H % | M % | Total % | H % | M % |
| Ninguna | 50 | 45 | 53 | 50 | 52 | 49 |
| Alguna | 50 | 55 | 47 | 50 | 48 | 51 |
| Total | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |
| | (n=262) | (n=108) | (n=154) | (n=150) | (n=72) | (n=78) |

Cuando se aceptó la presencia de problemas (cuadro N^o 72), la frecuencia con que estos fueron percibidos disminuyó conforme aumentó la intensidad de los mismos. De nuevo esto fue así tanto para hombres como para mujeres, de área urbana como rural.

Cuadro Nº 72

Distribución de la muestra total según la intensidad de los problemas o preocupaciones personales percibidos por área urbano-rural y sexo.
(Cantón de Desamparados, 1986)

| Los problemas o preocupaciones que percibe tener son: | <u>URBANO</u> | | | <u>RURAL</u> | | |
|---|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|----------------|----------------|
| | Total % | H % | M % | Total % | H % | M % |
| Ninguno | 50 | 45 | 53 | 50 | 52 | 49 |
| Mínimo | 26 | 34 | 20 | 29 | 26 | 31 |
| Moderado | 20 | 17 | 23 | 16 | 18 | 14 |
| Marcado | 4 | 4 | 4 | 5 | 4 | 6 |
| Total | 100% (n=262) | 100% (n=108) | 100% (n=154) | 100% (n=150) | 100% (n=72) | 100% (n=78) |

En el Cuadro Nº 73 se presenta la distribución de las personas de los diferentes síndromes, según la percepción de la presencia o ausencia de problemas o preocupaciones personales. Se puede observar en este cuadro que, con excepción de las 4 personas con diagnóstico de

Cuadro Nº 73

Distribución de las personas en los diferentes síndromes según la percepción de la presencia o ausencia de problemas o preocupaciones personales
(Cantón de Desamparados, 1986)

| Percepción de problemas | Ansiedad n | Depresión n | Alcoholismo n | Psicosis n | Epilepsia n |
|-------------------------|------------|-------------|---------------|------------|-------------|
| Ninguno | 47 | 7 | 19 | 2 | 7 |
| Algunos | 63 | 21 | 23 | 2 | 10 |
| Total | 110 | 28 | 42 | 4 | 17 |

psicosis, la tendencia fue en el sentido de que una mayor proporción de personas, en los diferentes grupos, percibieron o reconocieron la presencia de problemas personales. Sin embargo, esta tendencia fue más acentuada en el grupo con diagnóstico de depresión (donde 21 de 28 personas aceptaron la presencia de problemas personales), y un poco así también en el grupo con diagnóstico de epilepsia (donde 10 de 17 personas dijeron tener problemas personales). Contrario a lo que se podría esperar, la proporción de personas con diagnóstico de ansiedad que reconoció tener problemas personales no fue muy alta (63 de 110). Lo mismo se observó en el caso de las personas con diagnóstico de alcoholismo (23 de 42).

En el Cuadro Nº 74 se presenta la distribución de las personas en los diferentes síndromes, según la intensidad de los problemas o preocupaciones que percibe tener son:

Cuadro Nº 74

Distribución de las personas en los diferentes síndromes, según la intensidad de los problemas o preocupaciones percibidos.
(Cantón de Desamparados, 1986)

| Los problemas o preocupaciones que percibe tener son: | Ansiedad n | Depresión n | Alcoholismo n | Psicosis n | Epilepsia n |
|---|---------------|----------------|------------------|---------------|----------------|
| Ninguno | 47 | 7 | 19 | 2 | 7 |
| Mínimos | 28 | 8 | 11 | - | 3 |
| Moderados | 26 | 13 | 9 | 1 | 3 |
| Marcados | 9 | - | 3 | 1 | 4 |
| Total | 110 | 28 | 42 | 4 | 17 |

ocupaciones personales. Se puede observar en este Cuadro que la mayor proporción de las personas en los diferentes grupos percibieron estos problemas a un nivel de intensidad entre mínima y moderada.

En el grupo de ansiedad, de las 63 personas que reportaron tener problemas personales, 54 dijeron que la intensidad de estos fue entre mínima y moderada. Igual ocurre con los del grupo de depresión (21 de 28). Esta tendencia fue así, aunque en menor grado, en el grupo alcohólico (20 de 42) y en el epiléptico (6 de 17).

DISCUSION Y CONCLUSIONES

La presente investigación fue diseñada, tal como se señaló en un principio, con el propósito de establecer la prevalencia de algunos síndromes psiquiátricos y de epilepsia en una muestra de población general del Cantón de Desamparados. La realización de estudios de esta naturaleza responde a varios intereses. Por un lado es de interés evaluar el grado en que la población general (en este caso del cantón mencionado) presenta manifestaciones que psiquiátricamente son importantes, aunque socialmente podrían pasar desapercibidas, o ser consideradas como rarezas o peculiaridades del individuo. Por otro lado, el poder establecer la frecuencia global de este tipo de problemas en la población general es una etapa necesaria en el diseño de programas de acción preventiva en el campo de la salud mental. Es sabido que para que estos programas sean verdaderamente eficaces deben estar ubicados en el espacio temporal que va del "hombre sano" al "hombre en -

fermo". Un tercer interés, no menos importante, es la actualización de la información obtenida, también en la población general, en otras investigaciones anteriores.

Conviene tomar en cuenta las limitaciones metodológicas del presente estudio antes de considerar los resultados obtenidos. De esta manera se busca delimitar el contexto dentro del cual deben interpretarse y generalizarse, si esto es posible, estos resultados. En primer lugar debe recordarse que para los efectos del presente estudio se consideró la prevalencia "al momento de la entrevista" y no, como hubiera sido lo deseable, "durante un período determinado". Esto ciertamente podría afectar la estabilidad de los índices obtenidos, los que podrían fluctuar en mayor o menor grado en un dado período, y de acuerdo a si en ese período el individuo vive cambios importantes en sus circunstancias. Igualmente importante es el hecho de que la muestra resultó relativamente pequeña, lo que limitó las comparaciones entre las diferentes áreas geográficas consideradas, y esto muy particularmente en lo que se refiere al área rural concentrada. Por otra parte, las sub-escalas del cuestionario utilizado, TAP, son muy pequeñas, lo que ciertamente podría afectar la confiabilidad de las mismas.

Teniendo en mente lo anterior pasamos entonces a considerar los resultados de la presente investigación. El índice obtenido en relación a la prevalencia global de los problemas psiquiátricos y de epilepsia estudiados fue 14.6%. Esto es que el 15% de la población re -

presentada por la muestra estudiada presentó algún tipo de sintomatología. Es interesante observar que la magnitud de este índice tiende a ser igual o menor a la observada en otras investigaciones. Así por ejemplo, en el estudio de Manhattan, Leo Srole y colaboradores (1962) encontraron que alrededor de un 23.4% de la muestra presentó un "grado considerable de deficiencia psicológica" (Martin, 1985, p.12).

M. Weissman y colaboradores (1978) encontraron en un estudio en New Haven, Conn., que "un 15% de la población sufría de algún trastorno psiquiátrico" (Martin, 1985, p.12). A su vez, y en relación a estudios realizados en diferentes países de la América Latina, se ha encontrado que "la prevalencia registrada de trastornos psiquiátricos, incluyendo las alteraciones menores, tiene un valor promedio de 33%, con un rango de 23 a 52%...", y "...los resultados de psicopatología definitiva apuntan un promedio del 9%, con un rango de 3 al 18.7%" (Puchen y Caraveo, 1986, p.196).

Independientemente de cómo se compara este resultado con el obtenido en otros países, lo cierto es que el índice de prevalencia global de problemas psiquiátricos observado es muy alto. De hecho este resultado sugiere que la población representada por la muestra estudiada en el Cantón de Desamparados es bastante vulnerable desde un punto de vista psicológico. Esta vulnerabilidad se refleja, en alguna medida, en otras observaciones independientes. Por una parte, del total de primeros ingresos al Hospital Nacional Psiquiátrico en 1986, el 2.5% de las personas que fueron hospitalizadas provenía del Cantón de Desam-

parados (*). Por otra parte, existen dos investigaciones realizadas en este Hospital cuyos resultados son relevantes en el sentido apuntado. En uno de ellos, cuyo propósito fue determinar el volumen de pacientes atendidos en la Consulta Externa del Hospital que pertenecían a áreas de atracción de Clínicas Periféricas, Gutiérrez y Brenes encontraron que "el mayor número de pacientes con las características del estudio" procedía del Cantón de Desamparados, que corresponde al área de atracción de la Clínica Marcial Fallas (Gutiérrez y Brenes, 1986, p.4).

En el segundo estudio, sobre el diagnóstico de la consulta de pacientes geriátricos en este Hospital, Solórzano encontró que "una mayoría de estos pacientes", el 66%, procedieron de Desamparados, Aserrí, Acosta, Santa Ana, Escazú y Puriscal (Solórzano, 1987, p. 3).

Ciertamente estas observaciones concuerdan con los resultados de la presente investigación en el sentido de que la magnitud de los problemas psiquiátricos y de epilepsia en esa comunidad es muy alta. Lo anterior sugiere, de manera clara, la urgente necesidad de diseñar y poner en marcha programas comunitarios, particularmente a nivel de prevención primaria.

(*) Este dato se obtuvo revisando el archivo correspondiente al movimiento diario de pacientes de la Unidad de Registros Médicos y Estadística del Hospital Nacional Psiquiátrico.

En general la prevalencia de los diferentes síndromes considerados tiende a ser bastante alta, si bien, y hasta cierto grado, dentro de los límites esperados con base en resultados en otros estudios en Costa Rica y en otros países. Así y en relación con el síndrome de ansiedad es interesante comparar la magnitud del índice obtenido en la presente investigación, 26.7%, con el observado en esos estudios. En uno de ellos, con una muestra nacional, se encontró un índice de prevalencia de ansiedad de 16.64 (Adis, Hernández, Víquez y Alvarenga, 1979, p.100)^(*). Por otra parte, en otro estudio que utilizó una muestra de población universitaria, la magnitud del índice de prevalencia de sintomatología ansiosa, a nivel moderado, fue 24.8% (Adis, Thomas y Hernández, 1969, p.41). Como se puede observar el índice obtenido en la presente investigación es mucho más alto que el encontrado con base a la muestra nacional y ligeramente mayor al encontrado con la muestra de población universitaria. Esta comparación sugiere que la experiencia de estrés es mayor en este momento que hace 20 años, lo que se refleja en una prevalencia de ansiedad mucho más alta que en ese entonces.

La ansiedad y la depresión a menudo van juntas y se acompañan la una a la otra. Las personas que fueron identificadas como depresivas, en su mayoría también resultaron ser ansiosas. En otras pala

(*) Este estudio se realizó en 1967. Es importante observar que tanto este estudio como el realizado posteriormente con una muestra de población universitaria, utilizaron el método de entrevista directa, realizada por médicos residentes de psiquiatría de III año.

bras, una alta proporción de las personas deprimidas eran en realidad depresivo-ansiosas. La prevalencia de depresión fue del 6.8% (incluyendo personas sin ideación suicida, 5.6%, y con ideación suicida 1.2%). Al comparar este índice de prevalencia con los obtenidos en los estudios anteriores ya citados, se observa que en el estudio nacional, el índice de prevalencia de sintomatología depresiva fue 6.95% (Adis, Hernández, Víquez y Alvarenga, 1970, p.100), y el correspondiente, a nivel moderado, en el estudio con población universitaria fue 5.4% (Adis, Thomas y Hernández, 1968, p.4). Tal parece ser que a pesar del tiempo transcurrido entre la realización de esos estudios y el presente, la prevalencia de depresión ha tendido a mantenerse bastante parecida, señalando la magnitud de estos índices que la frecuencia de sintomatología depresiva en la población es bastante alta.

Por otra parte el índice obtenido también es congruente con lo observado por otros autores. Así Agué y otros han señalado que "la depresión, que ocurre en una multitud de formas y estados clínicos, puede presentarse en casi el 20% de la población supuestamente sana; ..." (Agué, 1986, p.340). Y estos mismos autores afirman que "su frecuencia es muy alta (probablemente más del 4% de la población mundial padece algún tipo de depresión que requiere tratamiento)..." (Agué, 1986, p. 341).

En relación a la prevalencia de alcoholismo, el índice obtenido fue 10.1%. La magnitud de este índice sugiere, tal como se menciona más adelante, que posiblemente este representa la prevalencia de en-

fermos alcohólicos y de bebedores excesivos tomados conjuntamente. Esto se observó en el estudio nacional al que nos hemos estado refiriendo, y en el que se obtuvo un índice, para hombres únicamente, de 14.9% (Adis, Hernández, Viquez y Alvarenga, 1970, p.103).

En el estudio en población universitaria, la prevalencia de alcoholismo resultó ser diferente según el método utilizado para detectar la presencia de problemas alcohólicos. Con el método de entrevista directa el índice obtenidos (únicamente en hombres) fue 9.9%. Por otra parte, con el método de cuestionario, la prevalencia obtenida para el total de la muestra (hombres y mujeres), fue 3.7% (enfermo alcohólico 0.9% y bebedor excesivo 2.8%), (Adis, Thomas y Hernández, 1969, p.47-48). El índice obtenido en la presente investigación es ligeramente más alto que el obtenido por entrevista directa en ese otro estudio (10.1% vs. 9.9%) y mucho más alto que el obtenido mediante cuestionario (10.1% vs. 3.7%). Esto podría ser esperable ya que la muestra de ese otro estudio estaba constituido por estudiantes universitarios, entre quienes la frecuencia de problemas por ingesta de alcohol sería menor que en la población general.

Es interesante comparar estos resultados con los obtenidos por el I.A.F.A. más recientemente en un estudio en escala nacional con una muestra de 5244 individuos. Los índices que se encontraron fueron, para enfermos alcohólicos 5%, y para bebedor excesivo 10% (Miguez, 1982, p.10-12). Si se combinan los dos índices (alcohólicos y bebedores excesivos) en uno solo, la prevalencia sería del 15%. Los índices obtenidos en el presente estudio (10.1%) y el encontrado

en el estudio nacional al que hemos hecho referencia (14.9%) parecieran, por su magnitud, estar reflejando, tal como se mencionó, la prevalencia global de enfermos alcohólicos y de bebedores excesivos tomados conjuntamente, a juzgar por los resultados obtenidos por el I.A.F.A.

La seriedad del problema del alcohol es ciertamente importante, y esto ha sido señalado repetidamente. Esto es así en Costa Rica y en el resto de la América Latina. Bertelote, por ejemplo, ha hecho el comentario de que existe un acuerdo entre diferentes investigadores en el sentido de que la prevalencia del alcoholismo en la población general de ambos sexos, mayores de 15 años es muy alta, variando entre el 6.4% y el 23%; este autor concluye que "Esto confirma que se trata de un problema relevante y prioritario, no sólo a nivel individual, sino también a nivel de salud pública" (Bertelote, 1986, p.374).

En el presente estudio se encontró una prevalencia de psicosis de 1%. La magnitud de este índice tiende a encontrarse dentro de los límites esperados de acuerdo con los resultados encontrados en otros estudios, tanto en Costa Rica como en otros países. En el estudio nacional se encontró un índice global de sintomatología psicótica para el país de 2.9% (Adis, Hernández, Víquez y Alvarenga, 1970, p.108). Este índice agrupa sintomatología esquizofrénica, afectiva y orgánica. Si se considera esta sintomatología separadamente los índices que se obtendrían, de acuerdo a esos resultados sería: esquizofrenia 0.4%, psicosis afectiva 1.4% y psicosis orgánica 1.1%

(p.99). Combinando la sintomatología esquizofrénica y afectiva se obtendría un índice de 1.8%. El índice obtenido en la presente investigación tiende a ser más conservador que el obtenido en ese estudio nacional. Por otra parte, la prevalencia de sintomatología psicótica encontrada en esta muestra del Cantón de Desamparados tam poco difiere mucho del resultado en el estudio en población universitaria en 1969. En ese estudio se encontró un índice de prevalencia de 0.9% (una persona en 109 entrevistados), esto es, un 1% (Adis, Thomas, Hernández, 1969, p.37).

Este resultado también concuerda con lo esperado de acuerdo con la literatura en este campo. Leighton, et.al., hace ya veinte años, habían afirmado que la prevalencia de psicosis en la población general fluctuaba entre el 1% y el 3%. Esta observación aparentemente, sigue siendo válida en el presente. Así, por ejemplo, León ha señalado que la prevalencia de esquizofrenia en la población general, "...a lo largo de la vida, se estima en un 1%..." (León, 1986, p.299). Por su parte Martin, refiriéndose a la prevalencia de la esquizofrenia en población general en los Estados Unidos de Norte América, tam bién señala que la magnitud del índice observado es de un 1% (Martin, 1985, p.317).

En lo que se refiere a la epilepsia, la prevalencia observada fue de 4.1%. Ciertamente la magnitud de este índice resultó ser mucho más alta que lo esperado. En el estudio nacional en 1967, se obtuvo un índice global de prevalencia de epilepsia de 2.2% (Adis, Hernández, Viquez y Alvaranga, 1970, p.108). Por otra parte en el

estudio con población universitaria no se identificó ninguna persona con epilepsia, probablemente debido a que la muestra no fue lo suficientemente grande para permitir detectar algún caso. Esto sugirió que la prevalencia de epilepsia en esa muestra era tan pequeña que no fue posible evaluarla (Adis, Thomas y Hernández, 1969, p.49). A juzgar por estos resultados es evidente que el índice obtenido en el presente estudio es muy alto y posiblemente no muy confiable.

Es importante considerar la posibilidad que el índice encontrado esté reflejando una sobreestimación de la prevalencia de esta condición. En primer lugar, la evaluación de la presencia de epilepsia con el instrumento utilizado se basa en una sola pregunta, a saber: "Ha tenido convulsiones o ataques o caídas al suelo con movimientos de brazos y piernas; con mordeduras de la lengua o pérdida del conocimiento?". El que esta evaluación se base en una sola pregunta pone en entredicho la estabilidad de este resultado. Por otra parte, toda vez que la mayoría de los encuestadores fueron personas voluntarias, sin entrenamiento formal en este campo, no tenían información necesaria para hacer un diagnóstico diferencial entre esta condición y cuadros histéricos (convulsivos y/o disociativos), o bien entre esta condición y alteraciones provocadas por lesiones del lóbulo temporal (Urzúa, 1986, p.599).

Los resultados obtenidos en el presente estudio sugieren que la prevalencia de los diferentes síndromes tiende a reflejar características socio-demográficas parecidas, con algunas excepciones. En primer lugar se hace aparente que la mayoría de las personas que presentaron los diferentes síndromes vienen de un estrato socio-económico

bajo. Esto también es cierto para el total de la muestra. Es sabido que el nivel socio-económico se refleja en la interacción de las variables de escolaridad y de ocupación. La mayoría de las personas, independientemente del síndrome que presentaron, tenían un nivel de escolaridad bajo (primaria incompleta o completa), o bien carecían de estudios, como en el caso de algunas personas que presentaron psicosis. Y en cuanto al nivel ocupacional este también fue bajo en el caso de la mayoría de estas personas. En general los hombres dejaron dedicarse a labores que corresponden a "personal no calificado", y las mujeres a oficios domésticos ("amas de casa").

En cuanto a la edad, la mayoría de las personas que presentaron estos síndromes fueron gente joven (de 15 a 44 años). En el caso de los que presentaron depresión, psicosis y epilepsia también se observaron algunas personas de 55 y más años. La mayoría sin embargo se encontraba en el período de edad más productivo. Y en lo que se refiere al estado civil, los alcohólicos tendieron a ser hombres solteros en su mayoría. No así en el caso de las personas que presentaron los otros síndromes, cuyo estado civil fue soltero o casado. La otra excepción fueron las cuatro personas con psicosis que dejaron ser talas ellas casadas. Por otra parte la frecuencia de estos síndromes tendió a ser mayor en áreas geográficas semi-urbanas y rural dispersa, con excepción de la prevalencia de depresión, y de alcoholismo que fue mayor en las áreas semi-urbana y urbana.

Tal parece ser que la prevalencia de estos síndromes es mayor entre personas que en general tienden a ser jóvenes, en el período de edad productivo, de bajo nivel socio-económico, con pocos recursos educativos y ocupacionales, y que viven en barrios periféricos del área urbana, o bien en áreas alejadas o distantes. Es de suponer que estas personas son más vulnerables a factores de estrés, asociados a las exigencias cotidianas; exigencias provocadas, en mayor o menor grado, por el interjuego de factores económicos con necesidades de orden afectivo e interpersonal. Las condiciones de vida en barrios periféricos, donde la densidad de población es muy alta, las condiciones económicas difíciles, además de las dificultades provocadas por problemas laborales y problemas de vivienda, sumado a los problemas emocionales e interpersonales que estas y otras condiciones de vida provocan, ciertamente favorecen que aparezca sintomatología y trastornos psiquiátricos, en particular ansiosos, depresivos y alcohólicos.

Contrario a lo esperado, la prevalencia de los síndromes estudiados, a juzgar por los resultados obtenidos, no fue necesariamente afectada por el número de personas en la vivienda. Por otra parte, se pudo observar una cierta asociación entre la presencia de estos síndromes y el lugar que ocupaba el entrevistado en relación al Jefe de familia. Esta asociación, que si bien podría considerarse bastante débil, es interesante de todas maneras. La frecuencia relativa de la sintomatología ansiosa y depresiva fue mayor entre aquellos

entrevistados que se definieron como "otros familiares" del Jefe de familia. En cambio el alcoholismo, la psicosis y la epilepsia tendieron a ser más frecuentes entre los que se definieron como jefes de familia, y en segundo lugar, como hijos de estos. Los resultados sugieren la hipótesis de que la tendencia a una mayor prevalencia de ansiedad y de depresión entre "otros familiares" sea una respuesta o una reacción provocada, entre otros factores, y en mayor o menor grado, por los problemas que podrían presentar los jefes de familia, y que tendieron a estar relacionados, como se mencionó, con una mayor frecuencia de alcoholismo, psicosis o epilepsia.

Tal como se señaló anteriormente la mayor parte de la población estudiada provenía de un estrato socio-económico bajo. Este hecho hace suponer que la mayoría de estas personas se encontrarían presionadas, en algún grado al menos, por la experiencia de incertidumbre en cuanto a sus recursos económicos, y por las tensiones interpersonales que esta situación puede provocar. Más aún el bajo nivel de recursos económicos puede ser un factor que limite la movilidad horizontal y/o vertical de las personas. Esta limitación ciertamente favorece la experiencia de estrés y la existencia de una alta frecuencia de problemas de salud mental. De aquí el interés en evaluar la posible relación entre la condición laboral y la frecuencia con que las personas entrevistadas presentaron alguno de los síndromes estudiados.

Como se recordará una proporción muy alta de la población estudiada no se encontraba trabajando al momento de la entrevista (un 55% en área urbana y un 49% en área rural). De igual manera y congruente con este, una alta proporción de estas personas dijeron no estar satisfechos con su condición laboral, ni haber tenido cambios ocupacionales o económicos importantes en el último año. De acuerdo con esto, era de esperarse entonces que la mayoría de las personas que presentaran uno de estos síndromes no estuvieran trabajando al momento de la entrevista, y también que no se encontraran satisfechos con su condición laboral, ni hubieran experimentado cambios ocupacionales y/o económicos importantes durante el último año. En efecto, esto resultó ser así. La mayor parte de las personas que presentaran problemas psiquiátricos o epilépticos no estaban trabajando, no se encontraban satisfechos con su condición laboral y no habían experimentado cambios importantes en esta área. La única excepción fue la de aquellas personas que presentaron alcoholismo. En este caso el 69% de las 42 personas que presentaron alcoholismo se encontraban trabajando, y estas en su mayoría se encontraban también satisfechos con su condición laboral, si bien no habían experimentado cambios importantes, fueran estos económicos o laborales. Es probable que esto resultara así, entre otras cosas, debido a que el problema de alcoholismo encontrado fue especialmente en hombres, y de hecho más hombres que mujeres se encontraban trabajando al momento de la entrevista. Por otra parte, es también probable que estos hombres con problemas de

de alcoholismo fueron en su mayoría bebedores excesivos, y no enfermos alcohólicos severos. Esto explicaría el hecho de que pese a ser alcohólicos, ellos eran capaces de mantener su trabajo.

Otro aspecto investigado importante fue la pertenencia a grupos de apoyo, tanto formales como informales. Es sabido que la pertenencia a grupos de apoyo es un factor importante que favorece y estimula la salud mental del individuo. La presencia de grupos de apoyo, tanto informales como formales le dan al individuo un sentimiento de pertenencia, así como el sentimiento de ser aceptado y respetado, fortaleciendo sus vínculos sociales e interpersonales. De nuevo y en lo que se refiere a la presencia de grupos de apoyo, tanto informales como formales, no se observó mayor diferencia entre los resultados obtenidos para la muestra total y los obtenidos por el grupo de personas que presentaron alguno de los síndromes considerados. Así la mayoría de las personas, independientemente de si presentaban o no problemas psiquiátricos o epilépticos, contaban con la ayuda o apoyo de amigos y familiares. Por otra parte, la participación en grupos formales (recreativos, deportivos y otros) fue muy baja, y esto es aún más entre los que presentaron problemas psiquiátricos y epilépticos. La única excepción fue la tendencia a participar en grupos religiosos tanto para el total de la muestra como para el grupo que presentó algún tipo de sintomatología. Y entre este último grupo, la participación en grupos religiosos fue especialmente importante para aquellas personas que presentaron depresión. Es probable que esto sea un reflejo del esfuerzo que hacen estas personas por encontrar alivio y apoyo de tipo espiritual.

La relativa presencia de conflictos interpersonales, tanto en la familia como en otras situaciones interpersonales, a saber, la escuela, el trabajo, y el vecindario, puede considerarse como un indicador de la presencia de problemas de salud mental. De hecho los resultados obtenidos parecieran ir en esta dirección. Solamente una proporción pequeña de la muestra total (68 personas) aceptó tener conflictos interpersonales en las áreas mencionadas. Es de interés observar que de estas 68 personas, 66 fueron personas que presentaron sintomatología psiquiátrica o epilepsia. En general estos conflictos interpersonales tendieron a ocurrir en la familia o bien en el vecindario. La excepción fue la de aquellos que presentaron alcoholismo; en este caso las áreas en que ocurrieron estos conflictos resultaron ser la familia y el trabajo.

Por otra parte, e independientemente del tipo de sintomatología que presentaron estas personas, la tendencia fue en el sentido de que estos conflictos habían provocado distanciamiento entre hermanos. Las personas que presentaron sintomatología ansiosa y epiléptica señalaron además que estos conflictos habían maltratado la relación entre padres e hijos. A su vez, aquellas que presentaron alcoholismo al igual que los que presentaron epilepsia, también sintieron que estos conflictos habían lastimado la relación de la pareja. Y en cuanto a la percepción de posibles causas de estos conflictos, la tendencia general fue a señalar factores como problemas económicos, la desocupación y las deudas, y en menor grado los problemas con figuras de autoridad.

Los sentimientos de soledad son un factor importante en la salud mental del individuo. De hecho se considera que los sentimientos de soledad son una condición de malestar emocional, asociada frecuentemente a tristeza y depresión, ansiedad, cólera, minusvalía, aburrimiento, sentimientos de estar marginado (Rook, 1984, p. 1390). Esta misma autora señala que los sentimientos de soledad no implican que la persona literalmente se encuentre sola; estos sentimientos pueden ocurrir tanto en la ausencia de relaciones sociales, como en la presencia de las mismas, donde no se comparten intereses, expectativas, preferencias, etc. (Rook, 1984, p.1391). En el presente estudio se observó una frecuencia de sentimientos de soledad del 27.4%; este porcentaje, por otra parte, tiende a concordar con los resultados obtenidos en otras investigaciones. Así, por ejemplo, L.A.Peplau y otros (1979) han reportado que en estudios de encuesta se ha observado "una frecuencia de sentimientos de soledad que va desde el 11% al 26%" (Rook, 1984, p.1389). El resultado obtenido en el presente estudio se aproxima al límite superior encontrado por esos autores.

La mayoría de las personas que aceptaron tener sentimientos de soledad fueron personas que presentaron algún tipo de problema psiquiátrico o epilepsia (108 de 113 personas). En general, y comparados con la muestra total, las personas que aceptaron tener sentimientos de soledad consideraron como las causas más importante de estos sentimientos la timidez, la carencia de amigos y familiares que den apoyo, y el relacionarse con personas con las que no se comparten ni intereses, ni aficiones, y que tienen otras preferencias y actividades recreativas. Y

esto tendió a ser así, aunque de forma más acentuada en el caso de aquellos que presentaron problemas psiquiátricos o epilepsia, y muy especialmente entre aquellos que presentaron depresión. Por su parte, y en relación al nivel de intensidad de estos sentimientos, este tendió a ser moderado, contrario a lo esperado, la presencia de "defectos físicos", sea en el entrevistado o en un familia, no parecieron ser percibidos como causa de estos sentimientos.

Siempre es de interés observar el grado en que las personas perciben la presencia de problemas o preocupaciones en ellos mismos. Ciertamente era de esperarse que personas que presentaron algún tipo de sintomatología tendieran, en mayor proporción que las personas de la muestra total, a percibir la presencia de problemas o preocupaciones en ellos mismos, y a sentir que estos ocurrían con gran frecuencia. Esto no resultó ser así. De hecho, tanto la muestra total, como las personas que presentaron algún tipo de sintomatología, con excepción de las personas que presentaron depresión, tendieron a percibir o a quejarse de problemas o preocupaciones en un grado similar con una intensidad de mínima o moderada. Tal como se mencionó esta percepción fue más alta en el caso de los deprimidos y tal vez en menor grado entre aquellos que presentaron epilepsia. Tal parece ser que las personas deprimidas tienden a quejarse más de problemas o preocupaciones, probablemente en un esfuerzo de recibir más apoyo y de demandar reparación a sus sentimientos de pérdida.

En relación al grado en que la prevalencia de estos síndromes pueda estar asociada a las variables psico-sociales y económicas consideradas, los resultados obtenidos señalan dos aspectos de interés. El primero de éstos es que factores tales como la "condición económica", la "pertenencia a grupos de apoyo", y la "percepción de la presencia de problemas y preocupaciones" no son factores que permitan distinguir entre las personas que presentaron algún tipo de sintomatología psiquiátrica o epilepsia y la población general representada por la muestra estudiada. El segundo es que factores tales como la aceptación de tener "conflictos interpersonales" y de experimentar "sentimientos de soledad", parecieran ser factores que si permiten, en mayor o menor grado, distinguir entre aquellos que presentaron algún tipo de sintomatología y la población general representada por la muestra total.

En lo que se refiere al primer grupo de factores ("condición económica", "pertenencia a grupos de apoyo" y "percepción de la presencia de problemas y preocupaciones") es probable que su influencia sea más bien indirecta, a través del efecto de estas variables sobre las condiciones y estilo de vida de estas personas, y las expectativas de las situaciones en las que participan otras personas. Tal como se recordará, en general la mayoría de estas personas no tenía trabajo, no estaba satisfecho con su condición laboral y no habían experimentado cambios importantes. De igual manera la mayoría de estas personas, independientemente de si presentaron o no problemas psiquiátricos o epilepsia, contaban con el apoyo de grupos informales (amigos y familiares), y no participaba en grupos formales, con excepción de grupos

religiosos. Y de nuevo una proporción similar en estos grupos, la muestra total y los que presentaron sintomatología, se quejaron de tener problemas o preocupaciones. En este último caso la excepción podría ser aquellos que presentaron depresión y quienes en mayor proporción se quejaron en este sentido.

Por otra parte, el grupo de personas que presentaron algún tipo de sintomatología, tendieron, en mayor o menor proporción, a distinguirse de la población general representada por esta muestra en lo que se refiere a la aceptación de tener "conflictos interpersonales" y de experimentar "sentimientos de soledad". En general la tendencia fue a percibir que estos conflictos interpersonales eran más frecuentes en la familia y en el vecindario; a sentir que lastimaban en particular la relación entre hermanos; a considerar que eran provocados por problemas económicos, desocupación y deudas en especial. A su vez, se observó que estas personas con problemas psiquiátricos o epilepsia experimentaban en mayor proporción sentimientos de soledad. Estas personas se quejaron de ser tímidos, de carecer de apoyo afectivo, o bien, de tener que relacionarse con personas con quienes no compartían ni intereses ni aficiones. En especial aquellos que presentaron depresión fueron los que más se quejaron de experimentar sentimientos de soledad.

Los resultados del presente estudio, a pesar de las limitaciones metodológicas, señaladas, son una seria llamada de atención a la importancia de los problemas de salud mental, tanto en la comunidad estudiada, como en el país en general. La magnitud de los índices de preva-

lencia observados señalan de manera clara la urgente necesidad de diseñar y poner en marcha programas de acción preventiva en el campo de la salud mental, con especial énfasis en lo que se refiere al nivel de prevención primaria. Ciertamente un objetivo fundamental de estos es ayudar a la comunidad a manejar sus propios problemas de salud mental. Por otra parte, esto significa también el diseño de investigaciones que permitan identificar factores o condiciones que deberían convertirse en objetivos de acción comunitaria (Adis, 1983). En el presente estudio, por ejemplo, los resultados obtenidos sugieren la importancia de programar actividades que ayuden a los individuos a desarrollar sus recursos y destrezas adaptativas, que les permitan alcanzar condiciones de vida más satisfactorias. Ciertamente las condiciones provocan incertidumbre en relación con la posibilidad de satisfacer necesidades básicas. Así también, y como se señaló anteriormente condiciones económicas y laborales difíciles son factores importantes que limitan la movilidad horizontal y/o vertical del individuo. Esta limitación, a su vez, constituye un factor de estrés que contribuye a la presencia de problemas de ajuste emocional y de conflictos interpersonales.

También sugieren estos resultados la necesidad de programar acciones comunitarias, orientadas al sistema familiar, para mejorar la comunicación interpersonal entre los miembros de la familia, y favorecer así relaciones interpersonales más satisfactorias. Otros programas deberían orientarse a estimular la participación en grupos, formales e informales, que favorezcan los sentimientos de pertenencia y que permitan evitar la experiencia de sentimientos de soledad.

Es evidente que todos estos programas buscarían, directa o indirectamente favorecer y estimular una mayor autoestima y una mayor capacidad del individuo para tolerar y manejar adaptativamente situaciones de estrés. Igualmente relevante es el hecho de que así el individuo aprendería también a cuidar y proteger su salud física. En este sentido es importante que los equipos a cargo del diseño y puesta en marcha de estos programas sean interdisciplinarios. De esta manera sería posible una acción integral, atendiendo simultáneamente a los diferentes aspectos de interés y desde diferentes perspectivas.

Finalmente conviene atender al comentario de Bruno Lima en el sentido de que la salud mental no ocupa, ciertamente, un lugar preferencial en los programas de salud pública y que la investigación epidemiológica en este campo puede contribuir de manera importante a mejorar esta situación, al señalar la alta prevalencia de los problemas de salud mental en la comunidad (Lima, 1987, p.53).

B I B L I O G R A F I A

1. Adis Castro, G.; Thomas Claudet, P.; y Hernández Ureña R., (1969), Salud Mental en el Estudiante Universitario, Centro de Investigaciones Psicológicas. Ciudad Universitaria Rodrigo Facio B., San José.
2. Adis Castro, G.; Hernández Ureña, R.; Víquez Carvajal, G., y Alvarenga Bianco, F., (1970), "Prevalencia de Problemas de Salud Mental en Costa Rica", p.89-114, en Javier Mariátegui y Gonzalo Adis Castro, Epidemiología Psiquiátrica en América Latina, ACTA, Fondo para la Salud Mental, Buenos Aires.
3. Adis Castro, G. y Thomas Claudet, P., (1973), Consulta Externa de Psiquiatría en la C.C.S.S. Prevalencia de Grupos Diagnósticos. Instituto de Investigaciones Psicológicas. Universidad de Costa Rica, Ciudad Universitaria Rodrigo Facio. San José
4. Adis Castro, G., (1983), "Algunas consideraciones sobre la investigación futura en el campo de la salud mental", Revista Costarricense de Ciencias Médicas, 4, p. 13-16.
5. Agué, C. y otros (1986), "Trastornos Afectivos", en Vidal Guillermo y Alarcón, Renato; Psiquiatría, Cap. 12, p.340-366, Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires.
6. Asis Beirute, L.; Prendas Lépez, R.; Alvarado P., (1984 a), Análisis sobre la prestación de algunos servicios hospitalarios por morbilidad por trastornos mentales. Secretaría Ejecutiva de Planificación Sectorial de Salud, C.C.S.S. San José.
7. Asis, Beirute, L., (1984 b), Análisis de la situación Nacional de los programas de la Salud Mental. Secretaría Ejecutiva Planificación Sectorial de Salud, C.C.S.S. San José.
8. Bertelote, J.M., (1986), "Abuso y dependencia de sustancias psicoactivas: B. Alcoholismo", en Vidal Guillermo y Alarcón Renato; Psiquiatría, cap. 13, p.370-386. Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires.

- Climent, Carlos E., y María Victoria de Araujo, (1983), Manual de Psiquiatría para trabajadores de Atención primaria, Organización Panamericana de la Salud, Oficina Sanitaria Panamericana, Washington.
- Dirección Técnica Servicios de Salud y Unidad de Planificación Médica C.C.S.S. (1983), Encuesta Nacional de Diagnóstico de Consulta Externa. C.C.S.S. San José
- Gorn Sikora, I., y Ramírez H., Ronald, (1981), Incidencia y Prevalencia de Trastornos Mentales en los Servicios de Psiquiatría, Psicología y Psicopatología del país: Variables sociodemográficas y familiares asociados a la prevalencia. Tratamientos utilizados. Tesis de grado, Escuela de Psicología, Universidad de Costa Rica. San José
- Gutiérrez V., Rodolfo José, y Brenes A., Oliva (1986), Pacientes que pertenecen al área de atracción de Clínicas Periféricas que son atendidos en la Consulta Externa del Hospital Nacional Psiquiátrico, p. 1-13. (Aceptado para publicación en Rev. Cúpula).
- Hoffmaister Willy, (1981), Child Mental Health and Psychosocial Development in Costa Rica, Hospital Nacional de Niños, C.C.S.S. San José
- Leighton, A.H.; Leighton, D.C.; Danley, R.A. (1966), "Validity in Mental Health Surveys", Canad. Psychiat. Ass. J., 11, p. 167-178.
- León, Carlos A., (1986), "Psicosis: C. Esquizofrenia", en Vidal Guillermo y Alarcón, Renato, Psiquiatría, Cap. 9, pa. 297-304, Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires.
- Lima, Bruno, (1987), "Epidemiología Psiquiátrica", Acta Psiquiátrica. Amer. Lat., 33, p. 43-54.
- López Core, R., (1983), Factores Sociales y Enfermedad Mental: Un análisis del Primer Ingreso en el Hospital Nacional Psiquiátrico. Hospital Nacional Psiquiátrico, C.C.S.S. Pavas, San José. (Tesis Doctoral)

- Martin, Barclay, (1985), Psicología Anormal, Interamericana, México, D.F.
10. Puchen, R.C. y Caraveo A.J., (1986) "Epidemiología de los trastornos mentales", en Vidal, Guillermo y Alarcón, Renato D. (ed.), Psiquiatría, Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires
- Registros Médicos y Estadística de Salud, (1984), Anuario Estadístico 1984, Hospital Nacional Psiquiátrico, C.C.S.S. Pavas, San José.
- Rook, Karen S., (1984), "Estrategias for Helping the Lonely and Socially Isolated", American Psychologist, 39, p.1389-1407.
- Solérzano S., Lilia, (1987), Análisis Diagnóstico de la Consulta Geriátrica en el Hospital Nacional Psiquiátrico durante el mes de Abril de 1987, p.1-14. (Aceptado para publicación en Revista Cúpula).
11. Unidad de Planificación Médica, C.C.S.S., (1984), Análisis del Servicio de Consulta Externa, Hospital Nacional Psiquiátrico, C.C.S.S. San José
- Urzúa, Ramón F., (1986), "Prevención y Tratamientos Psiquiátricos y Neurológicos", Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, 101, p. 593-607.

A N E X O I I

DESEÑO DE LA MUESTRA *

* Esta información fue suministrada por la Srta. Sandra Hernández, de la Sección de Muestreo del Departamento de Diseño y Análisis Estadístico, de la Dirección General de Estadística y Censos.

A N E X O I

a. Criterios utilizados para la selección de una muestra de 600 personas:

$p.q. = (0.5)^2$; es la variabilidad del índice de prevalencia.

$t = 1.96$; es el valor en la distribución t-student que representa una confianza del 95% de que el error de muestreo (d), teóricamente, no supere el valor asidado.

$d = 0.04$; es la magnitud del error de muestreo permitido (en porcentajes), o sea, la diferencia entre el valor estimado y el valor verdadero de la población.

Entonces: $n_p = p.q.t^2/d^2 = 600$

$n = n_p/(1+n_p/N) = 595 < 600$

Por la naturaleza de la investigación, de tipo exploratorio y de generación de hipótesis, un error de muestreo de 4% es suficientemente bajo.

Debido a que las áreas geográficas están presentes en el cantón de Estudio de forma muy desproporcionada, la muestra no se distribuyó en forma proporcional al tamaño de la población; sino de la siguiente forma:

DISTRIBUCION DE LA MUESTRA DE PERSONAS

| | | |
|-------------------|--|-----|
| TOTAL | | 600 |
| Area Geográfica 1 | | 300 |
| Area Geográfica 2 | | 135 |
| Area Geográfica 3 | | 40 |
| Area Geográfica 4 | | 120 |

b. Fracciones de muestreo para cada área geográfica:

FRACCIONES DE MUESTREO PARA CADA AREA

| Area Geográfica | b | Nº de Seg.a seleccionar | F |
|-----------------|----|-------------------------|----|
| 1 | 15 | 20 | 61 |
| 2 | 15 | 9 | 21 |
| 3 | 20 | 2 | 12 |
| 4 | 20 | 6 | 22 |

"F" es el inverso de la fracción de muestreo e indica el intervalo de selección, o sea se seleccionó en la primer área 1 de cada 61 grupos de 15 viviendas, en la segunda área 1 de cada 21 grupos de 15 viviendas; en la tercer área 1 de cada 12 grupos de 20 viviendas y por último 1 de cada 22 grupos de 20 viviendas.

Ejemplo:

MAPA GEOGRÁFICO 3

| Distrito | Segmento | Viviendas | $N_i = N_i / 20$ | N_i acumulado |
|----------|----------|-----------|------------------|-----------------|
| Arellano | 001 | 60 | 3 | 3 |
| Patateña | 002 | 39 | 2 | 6 |
| | 003 | 45 | 2 | 8 |
| | 004 | 57 | 3 | 11 |
| | 005 | 27 | 1 | 14 |
| | 006 | 60 | 3 | 17 |
| | . | . | . | . |
| . | . | . | . | |
| . | . | . | . | |

Luego de seleccionados los 37 segmentos, fueron llevados al campo para revisar que el número de viviendas utilizado fuera el correcto; ya que al haber un crecimiento imprevisto se debía considerar dentro del segmento. Una vez actualizado el mapa del segmento, se formaron bloques de 15 o 20 viviendas (según correspondía) y se seleccionó uno de ellos al azar.

El bloque seleccionado fue el que se enumeró tal como se indicó en el documento "Instrucciones sobre el muestreo del hogar y la hoja de ruta".

Sin contemplar el frasco y gráfica, de los bloques a enumerar, se seleccionó uno de cada tres individuos lo que dio un promedio de una persona seleccionada por vivienda; lo que no evitó que pudiera haber más de una persona seleccionada por vivienda, o bien, que no se seleccionara ninguna persona en determinada vivienda.

c. Representatividad de la muestra y probabilidades: A continuación se esquematiza la distribución de la muestra respecto a la población, lo cual es base de su representatividad:

| Distrito * | Á R E A G E O G R A F I C A | | | |
|-------------------|-----------------------------|---------|---------|---------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 |
| San Rafael Abajo | // 3 // | --- | --- | --- |
| Desamperados | // 11 // | --- | --- | --- |
| San Antonio | // 2 // | --- | --- | . |
| Damas | // 2 // | --- | --- | // 1 // |
| San Rafael Arriba | // 1 // | --- | --- | . |
| San Juan de Dios | // 1 // | // 2 // | --- | // 1 // |
| San Miguel | --- | // 7 // | --- | // 1 // |
| Patarrá | --- | --- | // 2 // | . |
| Rosario | --- | --- | --- | // 1 // |
| Frailas | --- | --- | . | // 1 // |
| San Cristóbal | --- | --- | --- | // 1 // |

// // : Hay segmentos seleccionados

--- : No hay segmentos con esa clasificación en ese distrito

. : En orden de serpentina; esto es, por proximidad geográfica de norte a sur y de izquierda a derecha.

Las probabilidades de selección de las unidades primarias de muestreo (UPM), o sea segmentos fueron:

$$\text{Área 1: } f = M_i/915 \cdot 15/M_i = 1/61$$

$$\text{Área 2: } f = M_i/315 \cdot 15/M_i = 1/21$$

$$\text{Área 3: } f = M_i/240 \cdot 20/M_i = 1/12$$

$$\text{Área 4: } f = M_i/440 \cdot 20/M_i = 1/22$$

En términos generales la fracción de muestreo de los individuos, en Decarreados, fue de $f=1/113$, o sea que se seleccionó uno de cada 113 habitantes pertenecientes a la población de estudio.

d. Fórmulas de estimación:

Las estimaciones se realizaron primeramente para cada área geográfica por separado y luego para todo el cantón. Las fórmulas que se usaron fueron las siguientes:

Para cada área geográfica (i):

La media (proporción):

$$\hat{p}_i = n_i^* / n_i; \text{ donde } n_i^* \text{ son los casos con cierta patología en el área } i \text{ y } n_i \text{ el total de casos de Área } i.$$

La variancia de la media:

$$\text{var}(\hat{p}_i) = n_i \cdot q_i / n_i^2; \text{ donde } q_i = 1 - p_i$$

El total:

$$\hat{y}_i = N_i \cdot p_i; \text{ donde } N_i \text{ es la población total en el Área } i.$$

La variancia del total:

$$\text{var}(\hat{y}_i) = \text{var}(\hat{p}_i) \cdot N_i^2$$

Para todo el Cantón:

La media:

$$P = \sum_{i=1}^4 P_i \cdot w_i; \text{ donde } w_i = N_i / N$$

El total:

$$Y = N \cdot P$$

Variancia de la media:

$$\text{Var} (P) = \sum_{i=1}^4 \text{Var} (p_i) \cdot w_i^2$$

Variancia del total:

$$\text{Var} (Y) = N^2 \cdot \text{Var} (P)$$

Los datos son los siguientes:

| i | N_i | w_i | n_i |
|---|--------|-------|-------|
| 1 | 52.683 | 0.747 | 300 |
| 2 | 8.466 | 0.120 | 135 |
| 3 | 1.275 | 0.018 | 40 |
| 4 | 8.101 | 0.115 | 120 |
| | 70.525 | 1.000 | 600 |

A N E X O II

Cuestionario utilizado (*)

(*) Las siguientes preguntas no fueron incluidas en este análisis: #8, # 13, # 32, # 36, y # 68.

5. Ocupación actual:

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| - Profesional | <input type="checkbox"/> | 1 |
| - Técnica | <input type="checkbox"/> | 2 |
| - Comercio y afines | <input type="checkbox"/> | 3 |
| - Personal calificado | <input type="checkbox"/> | 4 |
| - Personal no calificado | <input type="checkbox"/> | 5 |
| - Pensionado | <input type="checkbox"/> | 6 |
| - Ama de casa | <input type="checkbox"/> | 7 |
| - Estudiante | <input type="checkbox"/> | 8 |
| - Desocupado | <input type="checkbox"/> | 9 |
| - Especificar ocupación: | <hr/> | |

6. Escolaridad:

- | | | |
|----------------------------|--------------------------|---|
| - Sin estudios | <input type="checkbox"/> | 1 |
| - Primaria incompleta | <input type="checkbox"/> | 2 |
| - Primaria completa | <input type="checkbox"/> | 3 |
| - Secundaria incompleta | <input type="checkbox"/> | 4 |
| - Secundaria completa | <input type="checkbox"/> | 5 |
| - Universitaria incompleta | <input type="checkbox"/> | 6 |
| - Universitaria completa | <input type="checkbox"/> | 7 |
| - Otra | <input type="checkbox"/> | 8 |

CUESTIONARIO

7. Número de personas que habitan esta vivienda

8. Cuántas de esas personas son familia suya?
(incluir familia política)

9. Qué lugar ocupa usted en relación al jefe de familia?

- Jefe de familia
- Padre 1
- Madre 2
- Hijo (a) 3
- Nieto (a) 4
- Nuera 5
- Yerno 6
- Otro familiar
(incluye cónyuge) 7
- Otro no familiar 8
- Empleada doméstica 9

10. Está usted trabajando actualmente?

Si 1 No 2

Si la respuesta es "Si", pase a la pregunta N2 11. Si la respuesta es "No", explique como lo afecta.

11. Está usted satisfecho con su situación laboral?

Si 1 No 2

12. En el último año ha tenido usted cambios ocupacionales y/o económicos importantes?

Si 1

No 2

13. Si la respuesta es afirmativa, explique brevemente a qué se debieron.

14. Tiene usted parientes que viven cerca?

Si 1

No 2

15. Tiene usted parientes con quienes se desahoga?

Si 1

No 2

16. Tiene usted amigos con quienes se desahoga?

Si 1

No 2

Si la respuesta es "Si":

- Le dan apoyo

Si 1

No 2

- Otras ayudas

Si 1

No 2

17. Participa activamente en algún grupo deportivo?

Si 1

No 2

18. Participa activamente en algún grupo religioso?

Si 1

No 2

19. Participa activamente en algún grupo recreativo?

Si 1

No 2

20. Participa activamente en algún grupo de estudios?

Si 1

No 2

21. Participa activamente en algún grupo de voluntarios?

Si 1 No 2

22. Participa activamente en algún club social?

Si 1 No 2

23. Tiene usted problemas serios con otras personas?

- En la familia Si 1 No 2
- En la escuela Si 1 No 2
- En el trabajo Si 1 No 2
- En su vecindario Si 1 No 2

24. Hay problemas serios en su familia?

Si 1 No 2

25. Los conflictos en la familia han provocado?

- La separación de la pareja Si 1 No 2
- Distanciamiento de los hijos con respecto a los padres Si 1 No 2
- Distanciamiento entre los hermanos Si 1 No 2

26. Los problemas serios en familia son provocados por:

- Alcohol Si 1 No 2
- Drogas Si 1 No 2
- Maltrato físico Si 1 No 2
- Problemas con la autoridad civil Si 1 No 2
- Problemas con la autoridad familiar Si 1 No 2
- Problemas con la autoridad en otras situaciones Si 1 No 2

- Problemas económicos Si 1 No 2
 - Por desocupación Si 1 No 2
 - Por deudas Si 1 No 2
 - Por fallecimiento u abandono de un ser querido Si 1 No 2
 - Otros: _____
-

27. La timidez es uno de sus problemas?

Si 1 No 2

28. En general, tiende a tener un sentimiento de soledad?

Si 1 No 2

29. Sus sentimientos de soledad se deben a carencia de amigos y de familiares que le den apoyo?

Si 1 No 2

30. Sus sentimientos de soledad se deben a que las personas con quienes se relaciona no tienen sus mismos intereses, ni aficiones, tienen otras preferencias y distintas actividades recreativas?

Si 1 No 2

31. Qué preocupaciones o problemas tiene usted?

- Ninguno 1

- Mínimo 2

- Moderado 3

- Intenso 4

32. Las personas con enfermedad mental le producen:

- Miedo 1

- Lástima 2

- Rechazo 3

- Indiferencia 4
- Otro 5

Especifique: _____

33. En el último año usted ha estado físicamente enfermo y/o lo han operado?

- Si 1 No 2

34. Recibe usted tratamiento psiquiátrico en la actualidad?

- Si 1 No 2

35. Ha recibido usted tratamiento psiquiátrico en el pasado?

- Si 1 No 2

36. Tiene usted algún miembro de su casa que está recibiendo o ha recibido tratamiento psiquiátrico?

- Si 1 No 2

37. Existen defectos físicos?

- En usted

- Si 1 No 2

- En otro miembro de la familia que vive en la casa.

- Si 1 No 2

38. Tiene frecuentes dolores de cabeza? Si 1 No 2

39. Tiene mal apetito? Si 1 No 2

40. Duerme mal? Si 1 No 2

41. Se asusta con facilidad? Si 1 No 2

42. Sufre de temblor de manos? Si 1 No 2

43. Se siente nervioso, tenso o aburrido? Si 1 No 2

44. Sufre de mala digestión? Si 1 No 2

45. No puede pensar con claridad? Si 1 No 2

46. Se siente triste? Si 1 No 2

- | | | |
|---|-------------------------------|-------------------------------|
| 47. Llora usted con mucha frecuencia? | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> 2 |
| 48. Tiene dificultad en disfrutar de sus actividades diarias? | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> 2 |
| 49. Tiene dificultad para tomar decisiones? | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> 2 |
| 50. Tiene dificultad en hacer su trabajo? (sufre usted con su trabajo) | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> 2 |
| 51. Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida? | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> 2 |
| 52. Ha perdido interés en las cosas? | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> 2 |
| 53. Siente que usted es una persona inútil? | Si <input type="checkbox"/> 1 | No <input type="checkbox"/> 2 |
| 54. Ha tenido la idea de acabar con su vida? | Si <input type="checkbox"/> 1 | No <input type="checkbox"/> 2 |
| 55. Se siente cansado todo el tiempo? | Si <input type="checkbox"/> 1 | No <input type="checkbox"/> 2 |
| 56. Tiene sensaciones desagradables en su estómago? | Si <input type="checkbox"/> 1 | No <input type="checkbox"/> 2 |
| 57. Se cansa con facilidad? | Si <input type="checkbox"/> 1 | No <input type="checkbox"/> 2 |
| 58. Siente usted que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma? | Si <input type="checkbox"/> 1 | No <input type="checkbox"/> 2 |
| 59. Es usted una persona mucho más importante que lo que piensan los demás? | Si <input type="checkbox"/> 1 | No <input type="checkbox"/> 2 |
| 60. Ha notado interferencias o algo raro en su pensamiento? | Si <input type="checkbox"/> 1 | No <input type="checkbox"/> 2 |
| 61. Oye voces sin saber de dónde vienen o qué otras personas no pueden oír? | Si <input type="checkbox"/> 1 | No <input type="checkbox"/> 2 |
| 62. Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo, con movimientos de brazos y piernas; con mordeduras de la lengua o pérdida del conocimiento? | Si <input type="checkbox"/> 1 | No <input type="checkbox"/> 2 |

63. Alguna vez le ha parecido a su familia, sus amigos, su médico o a su sacerdote que usted estaba bebiendo demasiado licor? Si 1 No 2
64. Alguna vez ha querido dejar de beber pero no ha podido? Si 1 No 2
65. Ha tenido alguna vez dificultades en el trabajo (o estudio) a causa de la bebida, como beber en el trabajo o ausentarse o faltar a ellos? Si 1 No 2
66. Ha estado en cárcel o lo han detenido estando borracho? Si 1 No 2
67. Le ha parecido alguna vez que usted bebía demasiado? Si 1 No 2

68. En la vida de toda persona pasan cosas o se presentan situaciones que, para bien o para mal, hacen que su vida cambie y ya no sea la misma. Ahora quiero que piense en lo que sucedió en el último año (poner fecha, año y mes). Cuénteme que cosas pasaron o cuáles situaciones se presentaron que le cambiaron bastante su vida. Las cosas que me diga pueden ser cosas buenas que mejoraron su vida o cosas que lo complicaron o empeoraron.

69. Si el entrevistado no respondió el cuestionario, dar la razón por la cual no lo hizo (aunque solamente una).

- a. El entrevistado no quiso cooperar Si 1 No 2
- b. El entrevistado no entiende las preguntas Si 1 No 2
- c. El entrevistado no puede hablar claramente Si 1 No 2
- d. Otra razón (especifíquela).

A N E X O III

CATEGORIAS DE OCUPACION

ANEXO III

Categorías de Ocupación

Profesional:

Se consideró a aquellas personas que poseen un título profesional universitario o de nivel superior, en una carrera de cuatro años o más, y que trabajen ejerciendo su profesión, pública o privadamente. Ejemplos: Altos ejecutivos, médicos, profesores, secretarias ejecutivas, etc.

Técnicas:

Ocupaciones cuyo nivel académico implica haber terminado por lo menos el tercer año de educación secundaria y haber tomado cursos técnicos específicos de uno o dos años. Ejemplo: Técnicos de colegios profesionales, técnicos de laboratorio, etc.

Comercio y afines

Ocupaciones que por lo menos en teoría, requerirían el bachillerato académico y en ciertos casos cursillo de capacitación de duración de un año o menos y que se relacionan con el comercio, la industria, etc. Ejemplo: oficinistas, pequeños industriales, comerciantes, contabilistas, etc.

Personal calificado:

Ocupaciones en las que la persona debería tener por lo menos su educación primaria y un cierto entrenamiento adicional formal, como los que se reciben en institutos de aprendizaje o recibidos de manera informal. Ejemplo: maestros de obras, policía, carpintero, fontanero, mecánico, operador de maquinaria, etc.

Personal no calificado:

Ocupaciones que en teoría no requieren ninguna escolaridad formal y muy poco o ningún entrenamiento propio, como por ejemplo: mensajeros, guardas, etc.

Pensionado-Rentista:

Personas que reciben una pensión de cualquier monto, dado por alguna institución pública o privada. Algunas de estas personas en esta categoría se define por recibir intereses y dividendos de muebles o inmuebles y viven de ese único ingreso.

Oficios Domésticos:

Toda mujer que cumpla las funciones de ama de casa y que no dé aporte económico alguno al mantenimiento del hogar. En esta categoría se incluyen las mujeres que cumplieron la definición anterior, independientemente de la Profesión u oficio que podría ejercer, dado su entrenamiento y nivel educativo.

Estudiante:

Persona que se dedica únicamente a estudiar, sin dar aporte económico al hogar.

Desocupado:

Persona que en el momento de la entrevista no tenía trabajo.

A N E X O IV

Frecuencia de respuestas afirmativas
a los diferentes indicadores de
síndromes psiquiátricos y de epilepsia

Frecuencia de respuestas afirmativas
a los diferentes indicadores de
síndromes psiquiátricos y de Epilepsia

| <u>Número de preguntas</u> | <u>N</u> | <u>Frecuencia respuesta afirmativa</u> | <u>Frecuencia relativa %</u> |
|---|----------|--|--------------------------------------|
| <u>1. Indicadores de ansiedad</u> | | | |
| 38. Tiene frecuentes dolores de cabeza? | 412 | 142 | 34.5 |
| 40. Duerme mal? | 412 | 104 | 25.2 |
| 41. Se asusta con facilidad? | 412 | 115 | 27.9 |
| 42. Sufre de temblor de manos? | 412 | 56 | 13.6 |
| 43. Se siente nervioso, tenso o aburrido? | 412 | 159 | 38.6 |
| 44. Sufre de mala digestión? | 412 | 90 | 21.8 |
| 45. No puede pensar con claridad? | 412 | 91 | 22.1 |
| 56. Tiene sensaciones desagradables en su estómago? | 412 | 82 | 19.9 |
| 57. Se cansa con facilidad? | 412 | 107 | 26.0 |
| <u>2. Indicadores de Depresión</u> | | | |
| 39. Tiene mal apetito? | 412 | 82 | 19.9 |
| 40. Duerme mal? | 412 | 104 | 25.2 |
| 46. Se siente triste? | 412 | 97 | 23.5 |
| 47. ¿Lora usted con mucha frecuencia? | 412 | 60 | 14.6 |
| 48. Tiene dificultades en disfrutar en sus actividades diarias? | 412 | 56 | 13.6 |

| Número de Pregunta | N | Frecuencia respuesta afirmativa | Frecuencia relativa % |
|---|-----|---------------------------------------|-----------------------------|
| 49. Tiene dificultades para tomar decisiones? | 412 | 95 | 23.1 |
| 50. Tiene dificultades en hacer su trabajo? (Sufre usted con su trabajo?) | 412 | 35 | 8.5 |
| 51. Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida? | 412 | 43 | 10.4 |
| 52. Ha perdido interés en las cosas? | 412 | 43 | 10.4 |
| 53. Siente que usted es una persona inútil? | 412 | 51 | 12.4 |
| 54. Ha tenido la idea de acabar con su vida? | 412 | 19 | 4.6 |
| 55. Se siente cansado todo el tiempo? | 412 | 70 | 17.0 |
| 57. Se cansa con facilidad? | 412 | 07 | 26.0 |
| <u>3. Indicaciones de Psicosis:</u> | | | |
| 58. Siente usted que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma? | 412 | 110 | 26.7 |
| 59. Es usted una persona mucho más impotente que lo que piensan los demás? | 412 | 90 | 21.8 |
| 60. Ha notado interferencias o algo raro en sus pensamientos? | 412 | 35 | 8.5 |
| 61. Oye voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no pueden oír? | 412 | 37 | 9.0 |

| Número de pregunta | N | Frecuencia respuesta afirmativa | Frecuencia relativa % |
|---|-----|---------------------------------------|-----------------------------|
| <u>4. Indicadoras de alcoholismo</u> | | | |
| 63. Alguna vez le ha parecido a su familia, sus amigos, su médico o a su sacerdote que usted estaba bebiendo demasiado licor? | 412 | 30 | 7.3 |
| 64. Alguna vez ha querido dejar de beber pero no ha podido? | 412 | 24 | 5.8 |
| 65. Ha tenido alguna vez dificultades en el trabajo (o estudio) a causa de la bebida, como beber en el trabajo o en el colegio, o faltar a ellos? | 412 | 13 | 3.2 |
| 66. Ha estado en riñas o lo han detenido estando borracho? | 412 | 9 | 2.2 |
| 67. Le ha parecido alguna vez que usted bebía demasiado? | 412 | 21 | 5.1 |
| <u>5. Indicadores de Epilepsia</u> | | | |
| 62. Ha tenido convulsiones o ataques o caídas al suelo con movimientos de brazos y piernas: con mordeduras de la lengua o pérdida del conocimiento? | 412 | 17 | 4.1 |