

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA**

Departamento de Salud Mental

**SINTOMAS DEPRESIVOS EN MUJERES ADULTAS PAREJAS DE EMIGRANTES Y NO EMIGRANTES DE LA COMUNIDAD MONTE DE LOS JUAREZ GTO, ESTUDIO COMPARATIVO.**

Presenta:

Dr. Manuel Rodríguez Castillo  
Residente de Cuarto Año  
en la Especialidad de Psiquiatría

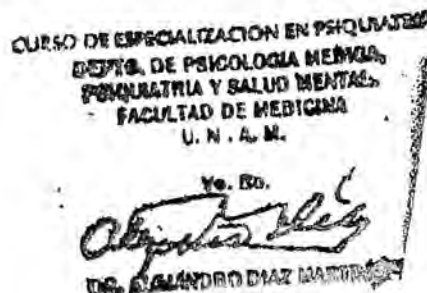
  
Tutor Teórico:  
Dr. Héctor Ortega Soto

  
Tutor Metodológico:  
Dra. Diana Molina Valdespino

**Tesis para obtener el Título de Especialización en Psiquiatría**

Dr. Alejandro Díaz Martínez

México D.F.



2003



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## INDICE

1. Introducción	2
1.1 Definición del Problema	4
2. Marco Teórico	5
2.1 Historia de la Depresión	
2.2 La Depresión como Emoción Normal	
3. Epidemiología	7
3.1 Prevalencia	7
3.1.2 Incidencia	
3.1.3 Sexo	
3.1.4 Edad	
3.1.5 Clase Social	
3.1.6 Raza	
3.1.7 Historia Familiar	
3.1.8 Experiencias Infantiles	
3.1.9 Estado Civil	
3.1.10 Expectativa de Vida	
3.2 Sexo	8
3.2.1 Clase Social	
3.2.2 Estado Civil	
3.2.3 Edad	
3.2.4 Raza	
3.2.5 Historia Familiar	
3.2.6 Recurrencia	
3.2.7 Causas	
4. Factores	9
4.1 Factores Psicológicos	
4.2 Otros Factores Psicológicos	
4.3 Factores Psicosociales	

4.4	Factores de Personalidad y Factores psicodinámicos	
4.5	Factores Psicoanalíticos	
4.6	Factores Premórbidos de la Personalidad	
5.	Justificación	12
6.	Planteamiento del Problema	14
7.	Objetivos	
8.	Método	14
8.1	Variables	
8.1.1	Variable Independiente	
8.1.2	Variable Dependiente	
9.	Hipótesis	14
10.	Sujetos	15
11.	Instrumentos de Medición	15
12.	Tiempo	15
13.	Recursos Materiales y Humanos	15
14.	Criterios de Selección	15
14.1	Grupo Experimental	
14.1.2	Criterios de Inclusión	
14.1.3	Criterios de Exclusión	
14.2	Grupo Control	
14.1.2	Criterios de Inclusión	
14.1.3	Criterios de Exclusión	
15.	Procedimiento	17

16. Análisis de Resultados	18
17. Discusión	21
18. Conclusiones	22
Bibliografía	23

## 1- INTRODUCCION

La pobreza es indudablemente el factor contextual más importante en las áreas rurales de México que contribuye al desarrollo de una cultura propia, y se considera como un estado de necesidad determinado por la carencia de lo indispensable para el sustento de la vida. De acuerdo con datos recientes, más de la mitad de la población mexicana se encuentra en condiciones de pobreza , pobreza extrema y este fenómeno afecta eminentemente a los estados y regiones de México que presentan una mayor concentración de la población en las zonas rurales que se dedican a labores agropecuarias o que son indígenas.

Un gran número de campesinos ahora se ha integrado a la industria incipiente como obreros no calificados, que se desarrolla en comunidades cercanas y que están más urbanizadas. Emigran a las grandes ciudades, o se integran a la emigración laboral a los EUA. Este último, es un proceso que se observa desde hace ya muchas décadas, sobre todo entre los hombres rurales de la zona centro occidental del país, concretamente en los estados de Jalisco, Michoacán, Zacatecas y Guanajuato. (15,18)

La migración de México a los EUA es un fenómeno cuyas raíces históricas datan de 1880, cuando se inició la construcción del sistema ferrocarrilero en aquel país. Posteriormente, en 1942, otra gran ola de emigrantes salió contratada como mano de obra agrícola como parte del Programa Bracero. Desde entonces, la emigración de mexicanos a los EUA se ha mantenido más o menos estable y en gran parte responde a las fluctuaciones económicas y políticas de ambos países.

No se tiene conocimiento del número exacto de emigrantes mexicanos en los EUA pero estos constituyen el grupo nacional más grande de aquel país. Los emigrantes de los años ochenta y noventa son hombres y mujeres jóvenes, de 26 años en promedio y un nivel de escolaridad de 7 años. (17)

Son de origen indistintamente rural o urbano, la mayoría tenía trabajo remunerado en México antes de decidir emigrar al norte: la mitad son solteros y el resto casados pero tienden a viajar sin sus parejas: la mayoría ha emigrado con anterioridad a los EUA, su lugar de origen es el interior de la República Mexicana; la mayoría de los emigrantes mexicanos cruza la frontera y radica sin documentos en el estado de California. (17)

Existen así dos grupos, los que emigran a los EUA y los que no, de este último nos ocuparemos ahora; la familia inmediata de los emigrantes, la esposa y sus hijos. Las mujeres mexicanas que no emigran a los Estados Unidos con su pareja, por obligación o por decisión propia, se quedan con la doble carga de sus responsabilidades y las del esposo que emigra, las cuales giran en torno a mantener la estabilidad, la salud, y la unidad de la familia durante la ausencia de su cónyuge. Esto implica un desgaste importante que repercute en su funcionamiento psicosocial y su estado general de salud mental. (17)

Para muchas mujeres, la idea de que el cónyuge se haya ido es aún inaceptable, esta idea les produce sentimientos de aislamiento, marginación y percepción de falta de apoyo emocional.

En general, las mujeres casadas con emigrantes presentan sentimientos de desesperanza por las condiciones a las que cotidianamente tienen que enfrentarse. También padecen niveles significativamente más altos de malestar psicológico generalizado, sintomatología depresiva, ansiedad y somatización, que los que presentan las mujeres de las mismas comunidades con características similares, pero cuyos esposos no han emigrado. (11)

## 1.1 DEFINICION DEL PROBLEMA

Las múltiples carencias que prevalecen en el México rural, promueven entre sus habitantes el desarrollo de una gran tolerancia al sufrimiento físico y emocional.

En general, las condiciones adversas de la vida se han encontrado estrechamente relacionadas con la presencia de trastornos afectivos, en particular la depresión y la sintomatología depresiva.

Investigaciones con mujeres rurales han reportado altos índices de sintomatología depresiva, así como de malestar emocional conocido popularmente nervios, condición que se manifiesta con síntomas semejantes a los de los trastornos del afecto. (16)

Según un estudio de Salgado y Díaz; la prevalencia de los trastornos afectivos más comunes (depresión, distimia y nervios), fue mayor entre las mujeres que entre sus contrapartes del sexo masculino, y este hallazgo concuerda con la bibliografía sobre el tema. (16)

Respecto a la atención sanitaria; el médico general es la fuente de ayuda utilizada con mayor frecuencia por ambos, sexos, seguido por el sacerdote, cuya ayuda es solicitada con mayor frecuencia por las mujeres.

El especialista en salud mental (psiquiatra o psicólogo) es consultado con más frecuencia por mujeres, excepto en los casos de distimia. Es interesante notar la preferencia por los servicios del curandero, yerbero o sobador para los casos de distimia, sobre todo por parte de las mujeres. Otros servidores de la salud (homeópatas, personas que inyectan, enfermeras) son visitados únicamente por los que dijeron padecer nervios. Finalmente los autocuidados, como el uso de medicamentos y remedios caseros, limpias, baños, tisanas o infusiones, fueron las conductas reportadas con mayor frecuencia para el alivio de los síntomas afectivos. (11)

Finalmente hay que decir que en México todavía se desconoce la magnitud y la naturaleza de las enfermedades mentales que afectan a los pobladores de las áreas rurales y que los servicios formales de salud, son mínimamente utilizados por los pobladores rurales, esto último debido a varios factores, entre ellos la falta de profesionales de la salud en las comunidades rurales, el costo económico de los servicios, os problemas instrumentales asociados con acudir a la cita y seguir el tratamiento (costo de medicamentos y citas subsecuentes), la incompatibilidad entre el paciente y el médico acerca de la



interpretación del trastorno y el desconocimiento de las estrategias de intervención del profesional. (16)

## 2. MARCO TEORICO

### 2.1 Historia de la Depresión

La depresión se conoce desde la antigüedad, y los trastornos que hoy denominamos afectivos pueden hallarse ya en muchos documentos antiguos.

La historia del rey Saúl, en el Antiguo Testamento describe un síndrome depresivo, como también la historia del suicidio de Ajax, en la Iliada, de Homero.

Hacia el 450 A.C., Hipócrates utilizó los términos manía y melancolía para describir las alteraciones mentales. Cornelio Celso describió la melancolía en su obra de Medicina, hacia el año 100 D.C. como una depresión producida por bilis negra, y el término siguió siendo utilizado por otros autores médicos, incluidos Areteo, Galeno y Alejandro de Tralles.

En la Edad Media, la medicina siguió viva en los países islámicos, y durante ella, Rhazes, Avicena y el médico judío Maimónides consideraron la melancolía como una enfermedad diferenciada. El psiquiatra moderno debe saber que fue Emil Kraepelin quien desarrolló en 1896 la categoría de enfermedad maniaco-depresiva, que utilizamos en la actualidad y que se basa en el conocimiento de este trastorno obtenido por los psiquiatras franceses y alemanes que precedieron a Kraepelin.

La descripción de Kraepelin de la enfermedad maniaco depresiva contenía ya la mayoría de los criterios que los psiquiatras utilizan actualmente para establecer su diagnóstico. En las diversas ediciones de su manual, *Psychiatry*, propuso que se considerase todo el grupo de trastornos maniaco depresivos como una enfermedad que no terminaba en la demencia o el deterioro.

Kraepelin describió también un tipo de depresión que empezaba después de la menopausia en las mujeres y durante la edad adulta madura en los hombres que llegó a ser conocida como melancolía involutiva; pero eventualmente ésta llegó a ser considerada un tipo variante del trastorno afectivo.

Desde Kraepelin, muchas generaciones de psiquiatras han realizado numerosos intentos para mejorar la clasificación de los trastornos depresivos. (9)

## 2.2 La Depresión como Emoción Humana Normal.

El término depresión alude a una emoción humana normal y también a un grupo de síndromes o trastornos. Este término tiene diferentes significados en los diversos ámbitos científicos, como la neurofisiología, la farmacología, la psicología y la psiquiatría. Para el neurofisiólogo, la depresión hace referencia a cualquier disminución de la actividad electrofisiológica, por ejemplo, una depresión cortical. Para el farmacólogo, la depresión se refiere al efecto de los fármacos que disminuyen la actividad del órgano a que se dirigen. Así, los depresores del Sistema Nervioso Central incluyen fármacos tales como barbitúricos y los anestésicos que disminuyen la respuesta a los estímulos, produciendo sueño o coma. Para el psicólogo, la depresión se refiere a cualquier decremento del rendimiento cognitivo, perceptivo o motor normal. Sin embargo para el psiquiatra clínico la depresión cubre una amplia gama de cambios de los estados emocionales, que en términos de gravedad van desde las fluctuaciones normales del humor en la vida cotidiana hasta los episodios psicóticos graves.

El uso del término depresión en diversos campos científicos ha tendido a prestar apoyo a la idea o quizá con más precisión, al deseo de que mecanismos comunes subyazcan en los fenómenos neurofisiológicos, farmacológicos, psicológicos y clínicos. En consecuencia, muchos clínicos e investigadores han postulado que los síntomas depresivos clínicos son el resultado de una reducción de alguna función generalizada o específica del sistema nervioso central y, por lo tanto, se tratan efectivamente con un fármaco que tenga un contra efecto, es decir, un fármaco estimulante. Sin embargo, la experiencia clínica demuestra que los métodos psicoterapéuticos son muchas veces efectivos en el tratamiento de algunos estados depresivos, lo que presta apoyo a la validez de las teorías psicoanalíticas y psicológicas de la depresión. (9)

### 3. EPIDEMIOLOGIA

#### 3.1 Incidencia y Prevalencia

Los trastornos afectivos, sobre todo la depresión, figuran entre los trastornos psiquiátricos prevalentes o frecuentes entre los adultos. Sin embargo, el significado de estas afirmaciones puede variar, las estadísticas y los registros de la frecuencia derivan de diversas medidas. (8)

3.1.2 Prevalencia: Hombres 2-3%  
Mujeres 5-9%

3.1.3 Incidencia: Hombres 82-201 nuevos casos/100 000 por año  
Mujeres 247-598 nuevos casos/100 000 por año

3.1.3 Sexo: Mujeres: 2  
Hombres: 1

3.1.4 Edad: Incidencia máxima en las mujeres entre 35-45 años  
Hombres, a partir de los 55 años, aumentando con la edad.

3.1.5 Clase social: sin pauta

3.1.6 Raza: no hay datos concluyentes relativos a la distribución blancos/negros

3.1.7 Historia familiar: mayor riesgo con historia familiar de depresión o alcoholismo

3.1.8 Experiencias infantiles: mayor riesgo con pérdida paterna antes de los 11 años

3.1.9 Estado Civil: mayor riesgo en los que no tienen relaciones íntimas con otra persona

3.1.10 Expectativa de vida: Hombres 10%.  
Mujeres 20%.

La incidencia se refiere al número de casos nuevos y la prevalencia al número total de casos al año hallados en un determinado momento o lapso de tiempo. Un factor de riesgo es cualquier factor que aumenta la probabilidad de que una persona desarrolle un trastorno determinado.

La expectativa de vida para desarrollar un trastorno afectivo de cualquier tipo es alrededor del 20% para mujeres y el 10% para los hombres. En las naciones occidentales, si limitamos la atención al trastorno bipolar, la expectativa en vida es alrededor del 1% para ambos sexos. Sin embargo si se incluyen depresiones de todo tipo ampliamente definidas, las tasas aumentan notablemente, alcanzando hasta un 30% en algunas estimaciones.

Una considerable proporción de personas con depresión nunca ven a un médico. En todas las categorías de depresión, sólo de 20 a 25% de las personas deprimidas reciben tratamiento. Sin embargo, las cifras registradas de prevalencia e incidencia, sobre todo las basadas en ingresos de hospital, deben ser consideradas estimaciones mínimas. (12)

### 3.2. Sexo

Una tendencia casi universal, independientemente del país, es la mayor prevalencia de la depresión entre las mujeres que entre los hombres. La incidencia de depresiones es dos veces mayor en las mujeres que en los hombres por razones que no están del todo claras. Algunas explicaciones ofrecidas incluyen estrés post parto, la desesperanza aprendida y las variaciones hormonales. Sin embargo, en los trastornos bipolares los índices son iguales en ambos sexos. (6)

#### 3.2.1 Clase Social

La depresión mayor no tiene correlación con la clase social.

#### 3.2.2 Estado Civil

Los índices de ingresos hospitalarios por trastornos afectivos son ligeramente superiores a lo normal entre quienes carecen de relaciones íntimas con otra persona o que están solteros o divorciados. (6)

### 3.2.3 Edad

El trastorno bipolar tiene una temprana edad de inicio, al final de la adolescencia o antes de los 30 años. En las depresiones unipolares las mujeres alcanzan en incidencia máxima entre los 35 y 45 años, y los hombres, después de los 55.

### 3.2.4 Raza

No existen pruebas concluyentes de que haya diferencias entre blancos y negros. Sin embargo, es mayor el número de negros hospitalizados por trastornos afectivos que el de blancos.

### 3.2.5 Historia Familiar

Los familiares en primer grado de las personas depresivas muestran un riesgo en vida del 20% para los trastornos afectivos. (6)

### 3.2.6 Recurrencia

Entre 50% y 60% de los pacientes en remisión de una depresión unipolar o bipolar tienen otro ataque. Los episodios suelen reproducirse cada 3-9 años.

### 3.2.7 Causas

Cualquier discusión de las causas de los trastornos afectivos mayores debe tener en cuenta tanto los factores biológicos como los factores sociales implicados en el proceso de la enfermedad.

## 4.FACTORES

### 4.1 Factores Biológicos

Se llegan a mencionar factores de tipo genético, respecto a esto se han descrito dos subgrupos de pacientes con depresión mayor: las mujeres de inicio temprano (antes de los 40 años) y los varones de inicio tardío (después de los 40 años). Ambos subgrupos muestran familiares con enfermedades muy diversas. En las familias de los

sujetos varones de prueba con inicio tardío, se encuentran depresiones con la misma frecuencia en los hombres que en las mujeres, y en los familiares varones se encuentran pocos casos de alcoholismo o sociopatía. Por otra parte en las familias de las pacientes de prueba con inicio temprano, se hallan más depresiones en las familiares del sexo femenino que en los del sexo masculino, y más casos de alcoholismo y sociopatía en los familiares varones que en los demás. Estos hallazgos se han generalizado en la forma de dos subgrupos prototípicos: Enfermedades del Espectro de la Depresión (mujeres con inicio temprano) y enfermedades depresivas puras (varones con inicio tardío). (1)

#### 4.2 Otros Factores Biológicos

Además de los factores genéticos de la transmisión, otros factores biológicos pueden ser significativos en la etiología y patogenia de los trastornos afectivos. Estos factores incluyen las alteraciones electrolíticas, especialmente de sodio y potasio; las alteraciones neurofisiológicas basadas en los hallazgos de los estudios electrofisiológicos que utilizan métodos electroencefalográficos y de potenciales evocados, anomalías neuroendocrinas, incluidos los cambios hipotalámicos, hipofisarios, de la corteza suprarrenal, del tiroides y los cambios gonadales; y alteraciones neuroquímicas en los neurotransmisores, sobre todo en las aminos biogénicas, que sirven como neurotransmisores en el sistema nervioso central y periférico. (19)

#### 4.3 Factores Psicosociales

La mayoría de los clínicos e investigadores han compartido la convicción de que exista una relación entre los sucesos estresantes de la vida y la depresión clínica. Las discusiones de casos clínicos, con frecuencia incluyen afirmaciones que relacionan el estrés, sobre todo el producido por las situaciones cotidianas, con el comienzo de los episodios depresivos. En estas discusiones, se considera que los sucesos de la vida desempeñan un papel importante en la etiología de la depresión al menos en su origen, como se evidencia en afirmaciones como “la depresión surgió en relación con...” y “la depresión estuvo precipitada por...”. Algunos clínicos creen, que los sucesos vitales tiene el principal papel en las depresiones; otros más

conservadores, limitan el papel de los sucesos de la vida al de factores contribuyentes al comienzo y pauta temporal del episodio agudo. (9)

#### 4.4 Factores de Personalidad y Factores Psicodinámicos

Por lo general se cree que las personas proclives a la depresión se caracterizan por un bajo amor propio, un superyó fuerte, relaciones interpersonales dependientes y una limitada capacidad para las relaciones objetales maduras y duraderas. Aunque estos rasgos son comunes entre los sujetos depresivos, no se ha establecido ningún rasgo de constelación o tipo de personalidad como singularmente predisuesto a la depresión. Todos los seres humanos, cualquiera que sea su tipo de personalidad, puede deprimirse aunque ciertos tipos de personalidad (oral-dependiente, obsesiva-compulsiva e histérica) pueden estar en mayor riesgo de depresión que el tipo antisocial, el paranoide y otros varios tipos de personalidad que utilizan la proyección y otros modos de defensa exteriorizante.

Las formulaciones psicodinámicas se interesan no sólo por los conflictos dinámicos existentes (que se manifiestan en la culpa, las reacciones a la pérdida y la hostilidad contra sí mismo) que pueden estar implicados en el episodio depresivo, sino también con los rasgos que preceden al episodio depresivo agudo y que, por consiguiente, pueden ser considerados causales.

Algunos de estos rasgos están arraigados en la personalidad, puesto que una de las principales hipótesis psicodinámicas se centra en la predisposición de ciertos tipos de personalidad a la depresión.

En la actualidad, las hipótesis psicodinámicas tienen principalmente un valor heurístico, contribuyendo a la formulación del caso el asesoramiento de la práctica psicoterapéutica y el diseño de la investigación futura. (2)

#### 4.5 Factores Psicoanalíticos

Karl Abraham pensó que los episodios de enfermedad manifiesta son precipitados por la pérdida del objeto libidinal, propiciando un proceso regresivo en el que el yo se retrae de su estado de funcionamiento maduro a un estado en el que domina el trauma infantil de la etapa sádico-oral de desarrollo libidinal, a causa de un proceso de fijación en la primera infancia.

En la teoría estructural de Freud, la introyección del objeto perdido en el yo determina los típicos síntomas depresivos diagnósticos de pérdida de energía del yo. El superyó, incapaz de vengarse exteriormente contra el objeto, recurre a la representación psíquica del objeto perdido, ahora interiorizado en el yo como un introyecto. Cuando el yo supera al superyó o se fusiona con él, existe una descarga de energía previamente acumulada en los síntomas depresivos, y sobreviene la manía con los típicos síntomas de exceso. (9)

#### 4.6 Factores Premórbidos de la Personalidad

En algunos pacientes depresivos hay una organización premórbida de la personalidad. Los pacientes deprimidos suelen desequilibrarse en situaciones de estrés, no se relacionan fácilmente en sociedad, requieren un excesivo apoyo ambiental y tienden a ser sujetos obsesivos. También son introvertidos, dependientes, narcisistas e inseguros y además se sienten culpables.

Algunos estudios indican que pueden enseñarse a los pacientes a aprender formas más idóneas para hacer frente al estrés y a las pautas desadaptadas de conducta.

Aarón Bick, quien ideó la terapéutica cognitiva, confía en la capacidad del paciente para aprender nuevos mecanismos defensivos. Los pacientes aprenden también su imagen negativa de sí mismos y de su experiencia pasada y desaprenden sus expectativas de futuro negativas. (9)

### 5. JUSTIFICACION

El problema a investigar es definir si la migración es un factor generador en la Sintomatología Depresiva en las esposas de maridos migrantes de una comunidad rural con un alto índice de migración. Es por ello que resulta importante realizar un estudio a esta población a través de la aplicación de instrumentos que permitan medir la presencia y grado de depresión y las características sociodemográficas de la población.

Se trata de una comunidad rural enclavada en el Estado de Guanajuato con mayor índice de migración internacional, en el



Municipio de Yuriria llamado Monte de los Juárez, con una superficie de 3,130. 000 mts. Y una altitud de 1736 mts s.n.m.

La Agricultura es la principal actividad, donde se produce principalmente: trigo, sorgo y maíz.

Las vías de comunicación son: carreteras, transporte público, teléfono, radio y televisión.

La base de su economía descansa básicamente en :

- Actividades agrícolas
- Dinero aportado por miembros de la familia emigrados
- Crianza de animales domésticos

Se cuenta en la comunidad con 3 autoridades:

- Primer delegado
- Segundo delegado
- Comisariado Ejidal.

En cuanto a educación la comunidad cuenta con: un jardín de niños, una escuela primaria y telesecundaria.

En cuanto a Servicios de Salud la comunidad cuenta con un Centro de Salud tipo rural disperso, cuyo personal consta de un pasante de Medicina y una enfermera.

Finalmente para las actividades de tipo sociorecreativas que son exclusivas para la población masculina existen canchas de fútbol, básquetbol, un billar, así como varias cantinas.

Las actividades de la población femenina se desarrollan en la Iglesia de la comunidad, en donde participan de manera activa en la cooperativa, en el grupo de catequistas, y en el coro de la iglesia.

Según el último censo de población, se tienen registrados 1137 habitantes, 580 masculinos y 557 femeninos, los grupos de edad más numerosos son aquellos comprendidos entre los 15-44 años.

El total de población femenina comprendido en el grupo de edad de entre 15-44 años es de 294, con respecto a el grupo de 45 años en adelante se maneja un total de 77. (14)

## 6. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Influye la migración de esposos en el Trastorno Depresivo de sus cónyuges?

## 7. OBJETIVOS

1. Detectar la presencia de sintomatología depresiva en mujeres residentes en una comunidad rural.
2. Determinar la frecuencia con que se presenta la sintomatología depresiva en mujeres con maridos emigrantes a Estados Unidos de Norteamérica.
3. Comparar si existen diferencias entre los niveles de depresión de mujeres con parejas emigrantes y no emigrantes.

## 8. METODO

### 8.1 VARIABLES

#### 8.1.1 Variable Independiente:

Pareja de emigrante: Hombres que han constituido una unión de pareja por la vía religiosa, legal o en unión libre con sus mujeres y que hayan salido del país con fines laborales para radicar en los Estados Unidos Mexicanos, con el compromiso hacia sus parejas de regresar o enviar por ellas y sin haber disuelto el nexo de pareja y el compromiso emocional, Manteniendo comunicación telefónica o escrita y enviando apoyo económico a su mujer e hijos.

#### 8.1.2 Variable Dependiente

Trastorno depresivo: De acuerdo con el puntaje de la Escala de Beck se considerará como deprimidas a aquellas ,mujeres con mas de 16 p

## 9. HIPOTESIS

Existe pretendía determinar si existía diferencia significativa en la sintomatología depresiva entre mujeres con parejas de emigrantes y no emigrantes.

## 10. SUJETOS

Se evaluó a una población mediante rastreo en una comunidad rural, Monte de los Juárez del Municipio de Yuriria Gto. consistiendo esta de 90 mujeres que supieran leer y escribir cuyos cónyuges emigraban a EUA y otros no.

## 11. INSTRUMENTOS DE MEDICION

Se utilizaron tres instrumentos de medición:

- El Inventario para Depresión de Beck que es un cuestionario autoaplicable y consta de 21 reactivos que evalúa la intensidad del cuadro depresivo. (1)
- Escala de Montgomery Asberg (Madr) compuesta por diez items, basada en los síntomas reportados por el sujeto haciendo énfasis en la sintomatología psíquica.(1)
- Cuestionario de Datos Sociodemográficos, consta de 39 preguntas abiertas y cerradas referentes a condiciones de vida en general, tales como datos personales, económicos, familiares etc. (ver anexo1)

## 12. TIEMPO

Periodo comprendido entre febrero del 2002 a enero del 2003.

## 13. RECURSOS MATERIALES Y HUMANOS

- 270 Cuestionarios
- Lápices, plumas
- Equipo de Computo
- Médico Residente de cuarto año en la Especialidad de Psiquiatría.

## 14. CRITERIOS DE SELECCIÓN.

### 14.1 GRUPO EXPERIMENTAL

#### 14.1.2 Criterios de inclusión

Mujeres mayores de 18 años, pertenecientes a una comunidad rural, casadas o en unión libre, con hombres que al momento del estudio se encuentren trabajando como emigrantes en los EUA, desde hace mas de 6 meses y que continúen manteniendo comunicación por cualquier vía con su pareja y envíen dinero a su pareja para la manutención del hogar, que sepan leer y escribir y que acepten participar voluntariamente al estudio.

#### 14.1.3 Criterios de exclusión:

Que al momento del estudio las mujeres padezcan alguna enfermedad médica aguda o crónica que pudiera acompañarse de sintomatología depresiva, antecedentes de trastornos psiquiátricos conocidos, o que en los 6 meses previos hayan cursado con algún proceso de duelo por pérdidas, significativas. Mujeres cuyos maridos hayan abandonado la población con fines de emigrar, pero que hayan suspendido el contacto con su pareja y hayan cesado su responsabilidad de proveedores por mas de 6 meses.

### 14.2 GRUPO CONTROL.

#### 14.2.1 Criterios de inclusión

Mujeres mayores de 18 años, pertenecientes a una comunidad rural, casadas o en unión libre, con hombres que al momento del estudio cohabiten en el mismo domicilio que ellas, que sepan leer y escribir y que acepten participar voluntariamente al estudio.

#### 14.2.2 Criterios de exclusión:

Que al momento del estudio las mujeres padezcan alguna enfermedad médica aguda o crónica que pudiera acompañarse de sintomatología depresiva, antecedentes de trastornos psiquiátricos conocidos, o que en los 6 meses previos hayan cursado con algún proceso de duelo por pérdidas, significativas.

## 15. PROCEDIMIENTO

Se realizó un escrutinio de tipo clínico comparativo, prospectivo y transversal. Se seleccionó a todas aquellas mujeres de la comunidad Monte de los Juárez que supieran leer y escribir, con pareja emigrada o residente en la comunidad obteniendo una muestra representativa de 90 mujeres a las cuales se les aplicaron los tres instrumentos.

1. Se determinó utilizar las Escalas para medir Nivel de Depresión de Beck y Montgomery Asberg por su validez y confiabilidad para la población mexicana.
2. En base a la revisión del Manual Diagnóstico de Salud de la comunidad, se elaboró un cuestionario de Datos Sociodemográficos para determinar cómo influyen los diferentes factores de la vida cotidiana en la generación de sintomatología depresiva.
3. Mediante barrido se recopiló la participación de 90 mujeres con parejas de emigrantes y no emigrantes que supieran leer y escribir.
4. Para la recopilación de los datos se aplicaron los cuestionarios a la muestra participante en un periodo comprendido de febrero del 2002 a enero del 2003.
5. La información recabada fue vaciada en hojas diseñadas ex profeso para el posterior análisis de resultados.

## 16. ANALISIS DE RESULTADOS

Para el análisis estadístico, se utilizó el programa SPSS. Se obtuvieron porcentajes para variables nominales, medidas de tendencia central y dispersión, para variables ordinales.

Se utilizó Chi 2 para la comparación de variables nominales y prueba T de Student para comparación de medias en variables ordinales.

En total se muestrearon 90 mujeres adultas, con una media de edad de  $39.19 \pm 14.27$ . Del total de las encuestadas 47 (53%) refirieron ser parejas de hombres que habían emigrado a los Estados Unidos de Norteamérica, mientras que 43 (47%), eran parejas de hombres que residían en la comunidad rural en las que se realizó la encuesta.

En cuanto al estado civil, de las parejas de emigrantes 35 (74.5%), se habían casado tanto por vía civil como religiosa, 8 (17%) refirieron estar casadas por vía civil, 2 (4.3%) refirieron estar casadas por vía religiosa y 2 (4.3%) por unión libre.

De las parejas de no emigrantes 34 (79.1%) refirieron estar casadas por vía civil y religiosa, 6 (14%) unión libre, 2 (4.7%) por vía civil y 1 (2.3) por vía religiosa. (ver anexo 2)

La escolaridad más frecuente en el grupo de esposas de emigrantes fue 32 (68.1%) primaria, 13 (27.7%) secundaria, y 2 (4.3%) bachillerato. Respecto al grupo de no emigrantes 34 (79.1%) cursaron primaria. 4 (9.3%) secundaria, 4 (9.3%) bachillerato y 1 (2.3%) licenciatura. (ver anexo 2)

Respecto a la religión en el grupo de emigrantes, se encontraron 46 (97.9) con religión católica y 1 (2.1%) sin religión

En el grupo de no emigrantes 38 (88.4%) fueron católicos, 3 (7%) testigos de Jehová, 1 (2.3%) evangélicos y 1 (2.3%) ninguna. (ver anexo 2)

En cuanto a la abstinencia sexual del total de la población, se encontró una media de 1,8 años con una desviación estándar de  $\pm 4.7$ , la media

para las mujeres de los no emigrantes fue de 1.3 años y para las de emigrantes 2.2 años.

Se encontraron un total de 47 (53%) parejas masculinas emigrantes y 43 (47%) no emigrantes, la media de tiempo de separación fue de 2.64 años, con una desviación estándar de  $\pm 6.48$

La frecuencia del apoyo económico en los emigrantes fue de 15 (15.5%) no enviaban apoyo alguno, 10 (10.3%) era enviado quincenalmente 26 (26.8%) lo enviaban mensualmente y 6 (6.2%) era enviado mayor a un mes. El grupo de no emigrantes se caracterizó por 33 (34%) de manera semanal .

La ocupación laboral en el grupo de emigrantes fue de 21 (21.6%) dedicados al campo, 13 (13.4%) dedicados a la albañilería 6 (6.2%) empleados como obreros y 7 (7.2%) con oficios varios. El grupo de no emigrantes se caracterizó por 43 (44.3%) dedicados al campo.

Dentro del grupo de emigrantes 27 (27.8%) vivían con familiares 12 (12.4%) con amigos 5 (5.2%) con compañeros de trabajo y 3 (3.1%) solos.

La frecuencia en la comunicación en los emigrantes fue 32 (33%) se comunicaban semanalmente, 6 (6.2%) quincenalmente, 6 (6.2%) mensualmente y 2 (2.1%) nunca.

Las visitas en el grupo de emigrantes se caracterizó por 33 (34%) que si lo hacían, 14 (14.4%) no las realizaba.

Emigrantes con planes de llevarse a la familia fueron 19 (40%) deseaban hacerlo y 24 (47%) no lo tenían contemplado.

De aquellos con intenciones de emigrar con la familia 15 (78%) planean regresar y 4 (21%) no lo contempla.

Los resultados con respecto a la edad y la presencia de depresión mostraron para las parejas de emigrantes una  $r=44$  años  $\pm$  14.89 y para las parejas de no emigrantes de  $r=34$  años  $\pm$  11.61, con una  $p=.036$  con lo que se encontró que si hubo relación significancia.

En cuanto a la relación apoyo económico y depresión, se obtuvo en las parejas que reciben ayuda económica una  $r= 14.02 \pm 10.37$  y de  $r=21.87 \pm 11.52$  para las que no lo reciben, con una  $p=.009$  existiendo la presencia de significancia en la relación.

La relación deudas económica y depresión mostró en los resultados una  $r=12.36 \pm 9.74$  para aquellas parejas endeudadas y  $r=17.65 \pm 11.31$  para las que no lo estaban con una  $p=.023$  que revela significancia entre ambas variables.

#### ESTADISTICO DE TABLA

Escalas	Emigrantes	No Emigrantes	Significancia
<b>Beck</b>	15.25 $\pm$ 10.21	15.60 $\pm$ 11.80	P= 0.881
<b>Montgomery</b>	14.06 $\pm$ 11.12	13,.48 $\pm$ 10.48	P= 0.80

En esta tabla se muestra una diferencia mínima en la presencia de depresión dentro de las poblaciones de emigrantes y no emigrantes con una  $p$  no significativa de la esta relación, tercer punto planteado en los objetivos de esta investigación.



## 18. CONCLUSIONES

Las mujeres cuyas parejas se encuentran ausentes por ser emigrantes no presentaron una mayor frecuencia de depresión que aquellas cuyas parejas residían en ese momento en su comunidad.

La mayor frecuencia de sintomatología depresiva se presentó ante la ausencia de apoyo económico, la presencia de deudas económicas así como una mayor edad de las parejas femeninas.

De manera que ser pareja de emigrante o no emigrante no es determinante para generar depresión contraponiéndose esto a lo mencionado por Salgado Díaz y Salgado Maldonado en sus artículos "Los nervios de las mujeres mexicanas de origen rural como motivo para buscar ayuda" y "Respuestas de enfrentamiento e indicadores de salud mental en esposas de emigrantes a los Estados Unidos" respectivamente (15,16).

Por último cabe mencionar que la limitación en el tamaño de la muestra imposibilita la generalización de resultados.

## BIBLIOGRAFIA

1. Apiquian R., Fresán A., Nicolini H. Evaluación de la Psicopatología. Escalas en español. 1ª ed., Ed. JGH Editores, México D.F., 2000.
2. Cameron Norman., Desarrollo y Psicopatología de la Personalidad. 2ª ed., Ed. Trillas 1990 México pp 411-437
3. Casco M. Natera G. Percepción de un grupo profesionistas hacia la imagen que la comunidad tiene de la enfermedad mental: comparación entre ambas poblaciones. 1986.V.9 N.2:70-77.
4. CIE 10 Manual de Clasificación, Trastornos Mentales y del Comportamiento OMS 1992, Ed. Meditor pp 152-166
5. Chávez León., E. Programa de Actualización Continua en Psiquiatría 1 tomo B4 1ª ed. Ed. A.P.M. 1998 México pp 7-65
6. DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 1ª ed., Ed. Masson, Barcelona, España 1995. Pp 323-400
7. First M.B. Francer, A. DSM IV Manual de Diagnóstico Diferencial 1ª ed. Ed. Masson, 1996 México pp 156-164
8. Goldman H. Psiquiatría General 5ª ed. Ed. Manual Moderno, 2001, México pp 323-346
9. Kaplan H.I., Sadock B.J. Compendio de Psiquiatría 7ª Edición, Ed. Salvat, México D.F., 2001 pp 246-272
10. Kaplan H.I., Sadock B.J. Manual de Psiquiatría de urgencias 1ª ed. Ed. Interamericana 1996 México pp 198-202
11. Mas C. Padilla P. Frecuencia de trastornos mentales en pacientes que asisten a la consulta general de un centro de salud. 1984.v.7 N.3:72-77
12. Páez F. Rodríguez R. Pérez V. Prevalencia comunitaria de los trastornos de la personalidad. Salud Mental, 1997, V.20:19-23.

13. Patiño J.L. Psiquiatría Clínica 1ª Edición, Ed. Salvat 1980 México pp 143-192
14. Ramírez A. Manual Diagnóstico de Salud en la Comunidad de Monte de los Juárez ed U.N.A.M 2001 México
15. Salgado N. Respuestas de enfrentamiento e indicadores de Salud Mental en esposas de emigrantes a los Estados Unidos. Salud Mental, 1992, V. 15 No.4:28-35.
16. Salgado N. Los nervios de las mujeres mexicanas de origen rural como motivo para buscar ayuda. Salud Mental. 1995, V.18 N.1:50-55.
17. Salgado N. Problemas psicosociales de la migración internacional. Salud Mental, 1996, v.19:53-59.
18. Salgado N. Los trastornos afectivos en la población rural. Salud Mental, 1999 pp 68-73.
19. Salim P. R. Bases Bioquímicas y Farmacológicas de la Neuropsiquiatría 1ª Edición, Ed. Interamericana 1997 México pp 95-130
20. Sosa C. Pablos J. Santos D. Guía para elaborar el protocolo de investigación. Parte 1. Acta Ped. Mex. 1994; 15:9-14.
21. Uriarte B. Psicofarmacología 4ª Edición, Ed. Trillas México 1997 pp 279-341