

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

**"Depresión en los mexico-americanos radicados
en Estados Unidos: análisis estadístico descriptivo
a partir del censo del sistema de salud de dicho
país"**

TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE

LICENCIADA EN SOCIOLOGÍA

PRESENTA:

KATIA JIMÉNEZ AMAYA

ASESOR: DR. ALEJANDRO MÉNDEZ RODRÍGUEZ



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.

AGRADECIMIENTOS

- Al Dr. Alejandro Méndez Rodríguez por su invaluable asesoría, así como por su incansable y constante dirección académica.
- A:
Caballero, Hilda, Lic.
Contreras Suárez, Enrique, Dr.
Hernández Rosete, Daniel, Dr.
Sánchez Sánchez, Víctor Manuel, Mtro.
por sus valiosas observaciones.
- A Amador Jiménez Alarcón por su importante lectura preliminar, por su amor y apoyo incondicional.
- A Rubén Montes de Oca Fiol por su motivación, por facilitarme importantes herramientas para la presente investigación, y por compartir su conocimiento programático en torno al SAS.
- A Amílcar, Alejandra, Margarita, Norma, Víctor, a la familia Sotelo Amaya, a Bety y todos mis seres queridos que contribuyeron a la perseverante realización de este trabajo.
- A mis maestros Pepe, Chela, Meche, Toya, Tere, Toña, Maru, Ramón, Armando, Paco, Clara, Jaime, Juvencio, Juan María, José, Margarita, Josefina, Leonardo, Lety, Paty, Enrico, Mariano, Wanda.
- A toda la familia y amigos por su paciencia y comprensión.
- A mis guías espirituales y a todo el Universo, gracias.

Nombre de archivo: A1
Directorio: \\IMPRESIONES\Documentos c\4F\TODAS LAS
TESIS\SEPTIEMBRE\TESIS DEL 7 AL 12 DE SEPTIEMBRE\katia\PDF
LISTO
Plantilla: C:\Documents and Settings\Administrador\Datos de
programa\Microsoft\Plantillas\Normal.dotm
Título:
Asunto:
Autor: Katia
Palabras clave:
Comentarios:
Fecha de creación: 14/09/2009 05:25:00 p.m.
Cambio número: 2
Guardado el: 14/09/2009 05:25:00 p.m.
Guardado por: Ba-k.com
Tiempo de edición: 2 minutos
Impreso el: 14/09/2009 08:11:00 p.m.
Última impresión completa
Número de páginas: 2
Número de palabras: 223 (aprox.)
Número de caracteres: 1,232 (aprox.)

ÍNDICE

Agradecimientos	2
Introducción	6
Capítulo 1. Planteamiento Teórico Conceptual	10
1.1 Relación entre sociología y salud	10
1.2 Acerca de la formación y desarrollo de la sociología de las enfermedades mentales	22
1.2.1 Positivismo y estructuralismo francés	23
1.2.2 Aportaciones del materialismo dialéctico	28
1.2.3 Freudismo. Aportaciones del psicoanálisis	32
1.2.4 Estructural Funcionalismo norteamericano	34
1.2.5 Contribuciones del psicoanálisis humanista	36
1.2.6 Aspectos metodológicos	39
1.3 Acerca de la depresión	46
1.3.1 Concepción clínica	46
1.3.2 Significado sociológico	56
1.4 Temas contemporáneos para una visión sociológica holística de las enfermedades mentales	60
1.5 Migración de las comunidades mexico-americanas de EEUU ante el fenómeno de la depresión	62
Capítulo 2. El Sustrato en Gestación	
2.1 El NHANES como base de datos	71

a) Origen del NHANES en los CDC	71
b) Papel del CNES en la creación del NHANES	73
c) Entrevista del NHANES para el estudio de desórdenes mentales	75
d) Elección de la muestra	77
e) Disposición de la entrevista y modo de aplicación	77
f) Procesamiento de los datos y edición	78
g) Notas analíticas	79
h) Registro de Ubicación	83
i) Entrevista sobre depresión	84
j) Entrevista sobre ansiedad	103
k) Entrevista sobre pánico	112
l) Variables demográficas	129
2.2 La herramienta de análisis estadístico SAS	137
Capítulo 3. Afrontan las Cifras al Mal del Siglo	142
3.1 Conteo general	142
3.2 Porcentajes de trastornos	150
3.3 Clasificación de los trastornos mentales	158
3.3.1 Clasificación de la depresión y géneros	162
3.3.2 Clasificación de la ansiedad y géneros	168
3.3.3 Clasificación del pánico y géneros	173
3.4 Edad y género para trastornos mentales	177
3.4.1 Depresión por edad y género	179
3.4.2 Ansiedad por edad y género	184

3.4.3 Pánico por edad y género	187
3.5 Escolaridad y género	190
3.5.1 Depresión por escolaridad y género	191
3.5.2 Ansiedad por escolaridad y género	195
3.5.3 Pánico por escolaridad y género	197
3.6 Ingresos	200
3.6.1 Depresión e ingresos	202
3.6.2 Ansiedad e ingresos	217
3.6.3 Pánico e ingresos	220
3.7 Estado Civil	224
3.8 País de nacimiento y depresión	238
3.9 Ciudadanía, seguro social y fuerzas armadas	242
3.10 Conclusiones	244
Bibliografía	259
Software	269
Filmografía	270
Anexos	271
Anexo 1. Recursos para la atención a enfermedades mentales como la depresión	271
Anexo 2. Lineamientos del NHANES para análisis y reportes	283
Anexo 3. Datos primarios. Ejemplo	288
Relación de ilustraciones	289
Relación de tablas y gráficas	291
Relación de cuadros y relatos	296

Nombre de archivo: A2
Directorio: \\IMPRESIONES\Documentos c\4F\TODAS LAS
TESIS\SEPTIEMBRE\TESIS DEL 7 AL 12 DE SEPTIEMBRE\katia\PDF
LISTO
Plantilla: C:\Documents and Settings\Administrador\Datos de
programa\Microsoft\Plantillas\Normal.dotm
Título:
Asunto:
Autor: Katia
Palabras clave:
Comentarios:
Fecha de creación: 14/09/2009 05:33:00 p.m.
Cambio número: 2
Guardado el: 14/09/2009 05:33:00 p.m.
Guardado por: Ba-k.com
Tiempo de edición: 8 minutos
Impreso el: 14/09/2009 08:14:00 p.m.
Última impresión completa
Número de páginas: 3
Número de palabras: 390 (aprox.)
Número de caracteres:2,149 (aprox.)

INTRODUCCIÓN

Acerca de la problemática de la salud de los migrantes mexicanos en Estados Unidos de Norteamérica, se han efectuado aportaciones importantes en los campos de la investigación económica, política, jurídica, cultural... Incluso en los ámbitos de la sociología médica y la epidemiología, existen trabajos muy importantes avocados al tema [Clark, 1959; Rodríguez, 1987; Cooper, 2003; Secretaría de Salud-Universidad de California-Fundación The California Endowment, 2007; NHANES, 2007; Lewis-Fernández, 2009; Ramírez, 2009; Valadez, 2009; Zarza-Arizmendi, 2009; Zlotnick, 2009].

En aras de contribuir a mejorar las condiciones de vida de la población mexicano-americana radicada en EEUU, buscando un beneficio social más que médico, la presente investigación parte del supuesto de que la depresión en las comunidades mexicano-americanas de dicho país, puede medirse socialmente a partir de los resultados del Diagnóstico de Salud y Nutrición Nacional (NHANES, National Health and Nutrition Examination Survey).

Este trabajo se enfoca primordialmente al problema de la depresión, aunque de manera colateral se abordan los temas de ansiedad y pánico para fines de análisis estadístico comparativo, pues siendo estos tres trastornos los más difundidos y graves problemas de salud mental [NIMH, 2007] en el vecino país¹, es la

¹ Tal como se puede observar en el análisis de datos del Apartado 3.3 Clasificación de los Trastornos Mentales.

depresión la que ocasiona mayores daños tanto a las personas en lo individual, como a las familias, a los centros de trabajo y demás núcleos sociales.

Dicho trastorno de depresión es analizado aquí, desde el punto de vista sociológico más que psicopatológico, con una metodología que complementa el análisis estadístico con técnicas cualitativas empleadas comúnmente en etnopsiquiatría, tal como se explica en el *Apartado 1.2.6 Aspectos metodológicos*.

Particularmente se pretende explorar la identificación de la depresión *en las comunidades mexico-americanas de Estados Unidos*, y conocer la influencia que

dicho trastorno tiene en la expresión y evolución de tales comunidades (Ver Ilustración 1), que permanentemente definen el fenómeno sociológico migratorio.

La construcción sociológica del concepto de depresión es compleja, por lo cual también el capítulo 1 incluye un apartado para la identificación de los elementos



Ilustración 1. Mural que destaca en el Barrio Latino de Baltimore, Maryland, constituyendo un importante elemento identitario de la comunidad.

básicos que permiten comprender

sus rasgos en las comunidades en cuestión.

Asimismo, a partir del registro de este significativo trastorno de los tiempos modernos, se apunta a caracterizar los niveles de los rasgos que definen de manera diferenciada a las comunidades mexico-americanas en relación con otras comunidades también radicadas en EEUU.

Los recursos metodológicos de la presente investigación, que se describen en el Capítulo 2, están conformados por dos herramientas: en primer lugar se ha efectuado una exploración minuciosa al Diagnóstico de Salud y Nutrición Nacional (NHANES) Elaborado por el Departamento de Salud y Servicios Humanos del Gobierno de EEUU. Se trata, como se explica a detalle en el *Capítulo Dos, Apartado 2.1 El NHANES como base de datos*, de una base producto de investigaciones de campo interdisciplinarias, con un vasto muestreo aleatorio a nivel nacional y trabajo estadístico realizado con rigurosidad científica, cuyos datos suelen ser utilizados en investigaciones posteriores de universidades, institutos y departamentos gubernamentales de dicho país, ya que resulta para éstos una fuente confiable en términos técnico-metodológicos. De dicha base de datos finalmente se ha recolectado información de contundente significancia tanto por la amplitud de cobertura de las muestras que son representativas del total de la población nacional; como por la vigencia que genera la actualización anual de dicho diagnóstico.

La exploración al Diagnóstico de Salud y Nutrición Nacional (NHANES) puede aportar una visión analítica complementaria a futuras investigaciones relacionadas

con temas de salud y alimentación.

En segundo lugar y de manera sincrónica, a partir de estos datos se realiza un análisis estadístico comparativo, mediante el empleo del SAS (Statistical Analysis System), herramienta que brinda a los estudiosos de las ciencias sociales, un amplio y sumamente flexible espectro de posibilidades para el análisis estadístico, véase *Capítulo Dos, Apartado 2.2 La herramienta de análisis estadístico SAS*.

Particularmente la utilidad del SAS consiste en que trabaja con estimadores puntuales que no cambian con las correlaciones, brindando resultados muy veraces.

En el capítulo tercero se presenta el resultado del trabajo de análisis estadístico comparativo efectuado con el SAS y el NHANES, en él se pueden observar cifras indicativas de la depresión de los mexico-americanos en relación con otros grupos como otros hispanos, blancos no hispanos, negros no hispanos y otros; comparativamente con otros trastornos mentales de relevancia como la ansiedad y el pánico; a partir de sus ingresos económicos per cápita y familiares, su condición de género, edad, escolaridad, y estado civil.

Finalmente, a modo de conclusiones se plantea un conjunto de reflexiones dirigidas a contribuir a la toma de decisiones y acciones tendientes a mejorar las condiciones de vida de la población que nos ocupa.

Nombre de archivo: A3
Directorio: \\IMPRESIONES\Documentos c\4F\TODAS LAS
TESIS\SEPTIEMBRE\TESIS DEL 7 AL 12 DE SEPTIEMBRE\katia\PDF
LISTO
Plantilla: C:\Documents and Settings\Administrador\Datos de
programa\Microsoft\Plantillas\Normal.dotm
Título:
Asunto:
Autor: Katia
Palabras clave:
Comentarios:
Fecha de creación: 14/09/2009 05:39:00 p.m.
Cambio número: 2
Guardado el: 14/09/2009 05:39:00 p.m.
Guardado por: Ba-k.com
Tiempo de edición: 9 minutos
Impreso el: 14/09/2009 08:14:00 p.m.
Última impresión completa
Número de páginas: 4
Número de palabras: 801 (aprox.)
Número de caracteres:4,407 (aprox.)

CAPÍTULO 1

PLANTEAMIENTO TEÓRICO CONCEPTUAL

1.1 Relación entre sociología y salud

Desde sus orígenes, la sociología ha sido depositaria de una importante responsabilidad entre las ciencias, cuando se aborda el supremo asunto del bienestar de la humanidad.

En tal sentido, Augusto Comte se refirió en ese entonces a la relación entre Medicina, psicología, y sociología:

“El médico que no ve en el hombre sino el cuerpo, no es más que un veterinario, pero el que quiera ver en él a la vez el cuerpo y el alma, no tiene más remedio que referirse a la sociología” [Bastide, 1979: 21-22]

El equilibrio y prosperidad de las sociedades por una parte, y el de los individuos por otra es indisoluble; y si bien ha sido importante la investigación y desarrollo científico especializado en las diversas disciplinas avocadas a tal bienestar, resultando valioso el trabajo y aportaciones de la jurisprudencia, las ciencias de la comunicación, las ciencias políticas, las ciencias médicas, etc; el hecho es que también desde sus orígenes² la sociología realiza un recuento -con las

² El sociólogo Carlos Marx siempre hizo énfasis en la necesidad de una visión dialéctica para la comprensión de la sociedad como un todo.

características metodológicas y circunstancias peculiares de cada época - hasta llegar a nuestros tiempos, distinguidos por la globalización de todos los procesos humanos, y sus efectos, entre los que destaca en importancia circunstancialmente el calentamiento global y en correspondencia, la necesidad de una visión holística desde las ciencias humanas.

A continuación se exponen los rasgos más destacados de dicha síntesis, que delimitan el tema de la sociología de la salud.

Por su parte ya Foucault [: 277] asignaba un lugar fundamental a la medicina “en la arquitectura de conjunto de las ciencias humanas: más que otra, está ella cerca de la estructura antropológica que sostiene a todas. De ahí también su prestigio en las formas concretas de la existencia: la salud sustituye a la salvación, decía Guardia” [Idem.].

Ante este panorama han sido muchas disciplinas –no sólo científicas- las que han empujado a adoptar con seriedad una visión holística ya no sólo para el bienestar, sino para la supervivencia de la humanidad.

Desde la sociología, la importancia de abordar asuntos de salud mental en el campo de esta ciencia no es una novedad, ni es un tema menor:

Cuadro 1.1.1

Reseña contemporánea de la sociología aplicada a la salud

“Aunque con esfuerzos un tanto aislados, la sociología comienza a aplicarse formalmente en el área de la salud entre los años treinta y cuarenta del siglo XX. Illsley [1975:1]³ menciona que posteriormente, entre los años cincuenta y sesenta, los sociólogos fueron invitados por los epidemiólogos a incorporarse al área de la salud para contribuir con el estudio de la *etiología* de las enfermedades. En esta época se consideraban suficientes las definiciones médicas de los problemas y no se caracterizaba a la salud bajo un enfoque sociológico. No es sino hasta los años setenta en que la sociología médica adquiere independencia y comienza de lleno el desarrollo de la teoría y la metodología de la sociología aplicada a la salud, iniciándose así la institucionalización de la disciplina”.

Claudia Infante Castañeda⁴

Hablar de salud-enfermedad como un proceso social, ha implicado el desarrollo de un modelo cognitivo trascendente de los reduccionismos que pretenden explicar la producción colectiva de dicho proceso desde disciplinas aisladas; y ha llevado a articularlo con procesos económicos, sociales y políticos [Laurell, A. Cristina, 1990: 120-121].

Es en este sentido que se definen las constelaciones de factores de riesgo, determinantes de la morbilidad tanto de los grupos como de las sociedades [Laurell, A. Cristina, 1990: 125], y para el caso de la depresión, aplíquese la misma lógica basada en los conceptos en torno a la *reproducción social*⁵, tal como se señala en el apartado *1.3 Acerca de la depresión*.

³ Citado por Infante Castañeda, Claudia, 1994 p. 211.

⁴ Infante Castañeda, Claudia. 1994, p 211.

⁵ Según lo explica Karl Marx en **El Capital**, Libro Primero, México, Siglo XXI, 1975.

Referir el vínculo del proceso salud-enfermedad con el momento histórico implica la consideración de la transición por la que atraviesa el desgastado modelo económico de globalización del libre mercado, el modo en que viven los migrantes en el país receptor, en el marco de las relaciones México-Estados Unidos en materia migratoria, el papel que juegan en la constante reconversión del aparato productivo de la región de América del Norte.

En una Reunión tripartita de la OIT efectuada en Ginebra en el año 2002, se mencionó el aumento que han adquirido el estrés, violencia, y ansiedad en los centros de trabajo; así como sus causas y repercusiones en la salud y en la seguridad⁶. De la minuta de esa reunión se pueden extraer significativas observaciones en torno al tema, así como *tareas* que surgieron para sociólogos y otros profesionistas. A saber:

Cuadro 1.1.2

La salud mental comprometida por ciertas situaciones laborales.

- “El estrés y la violencia en el trabajo parecen haber aumentado en los últimos años (...) En efecto, la investigación realizada por el Instituto de Medicina Medioambiental de Estocolmo entre unos 3.000 trabajadores de los servicios de correos suecos mostró que la ansiedad provocada por la reorganización en el lugar de trabajo y la intimidación eran dos de las causas principales de enfermedad del personal.
- En el Reino Unido, problemas en relación con alegatos de acoso de la dirección, estrés, objetivos no alcanzables y el recurso a personal de agencias en los centros de atención telefónica dio lugar a una huelga nacional de un día en 1999, organizada por el Sindicato de Trabajadores de la Comunicación contra British Telecom. Sin embargo, el conflicto se resolvió rápidamente y de manera satisfactoria, con la firma de un acuerdo para concebir un modelo de mejores prácticas para el sector de los centros de atención telefónica, revisar los criterios de rendimiento del personal y adoptar un programa para controlar el estrés.

⁶ OIT: **Informe para el debate de la Reunión tripartita sobre empleo, empleabilidad e igualdad de oportunidades en los servicios de correos y telecomunicaciones**, 2002. TMPTS/2002.

- Las mujeres pueden atribuir más importancia a las relaciones interpersonales en el trabajo, y por consiguiente, pueden experimentar más estrés por la posible pérdida de colegas debido a la reestructuración y motivos similares⁷.
- El estrés laboral puede constituir un grave problema en los lugares de trabajo de orientación fundamentalmente tecnológica.
- Los centros de atención telefónica también se asocian con altos niveles de estrés y malas condiciones de trabajo, pero el alcance de estos problemas se ha reducido en aquellos centros donde puede tener lugar un diálogo social efectivo (...) La evolución de las técnicas manuales a las mecanizadas ha creado nuevos tipos de peligros y problemas para la salud como son el estrés, la lesión por esfuerzo repetitivo o la radiación de microondas.
- [A partir de] octubre de 2001, surgió una gran preocupación por la seguridad de los trabajadores de los servicios de correos como resultado de la contaminación por ántrax (*bacillus anthracis*) en los Estados Unidos y otros países. Entre otros problemas cabe destacar el envío por correo de artefactos explosivos y los asaltos al personal de ventanilla en las oficinas de correos y a los carteros. [Esta] preocupación por la seguridad y la salud de los trabajadores ha dado lugar a un fuerte aumento de las medidas de seguridad en la industria de correos en muchos países y ha aumentado el estrés⁸.
- Argentina, Chile, Lituania, Pakistán, Perú y la Federación de Rusia también han confirmado casos de correo infectado con ántrax. Entre tanto, se han registrado falsas alarmas en todo el mundo respecto de cartas que contenían en realidad un polvo inofensivo, por ejemplo, en Alemania, Australia, Brasil, España, Francia, Japón, Kenya, Sudáfrica y Tailandia. Aproximadamente 16.000 empleados de US Postal Service (USPS) fueron tratados con antibióticos en prevención de una posible exposición al ántrax. USPS adquirió máquinas de alta tecnología que emiten un haz electrónico para desinfectar los envíos, 4,8 millones de máscaras faciales y 90 millones de pares de guantes para contribuir a proteger a los trabajadores. Como resultado de cientos de amenazas y otros incidentes sospechosos, se evacuaron instalaciones postales de los Estados Unidos durante diversos períodos de tiempo, y cinco de ellas se cerraron temporalmente debido a la detección de esporas de ántrax. Otros países han puesto también a sus servicios postales en situación de alerta máxima, han registrado perturbaciones en los servicios de correos, han proporcionado asesoramiento a la gente con respecto a la manipulación de los envíos y los paquetes, han entregado ropa y equipo de protección al personal de los servicios postales y han introducido también otras medidas⁹.

Toda esta parafernalia implementada por la seguridad y salud de los empleados y los destinatarios o usuarios, contribuyó también a incrementar el ya elevado nivel de depresión, ansiedad y pánico.

⁷ Collins G. y Wickham J: *Experiencing mergers: A woman's eye view*, documento presentado en el 18.th Annual International Labour Process Conference, 25 a 27 de abril de 2000, Universidad de Strathclyde. Citado en **Informe para el debate de la Reunión tripartita sobre empleo, empleabilidad e igualdad de oportunidades... Op. cit.**

⁸ Recuérdese los casos de dos trabajadores del servicio postal de los Estados Unidos (que murieron tras haber sido infectados con dicha bacteria y otros siete que se infectaron por inhalación o padecen la forma cutánea del ántrax. **Informe para el debate de la Reunión tripartita... Op cit.**

⁹ OIT, 2002: **Informe... op.cit..**

Es así como queda ejemplificada la importancia que tiene para la sociedad, el tratamiento de los trastornos mentales desde un enfoque sociológico¹⁰, trascendiendo la visión organizacional, en aras de encontrar, aplicar y lograr soluciones integrales, de fondo a dichos trastornos.

Ahora bien, para entender el concepto de depresión en un sentido amplio, es preciso analizarlo primero desde una óptica clínica. Posteriormente se desglosan el contexto y las implicaciones sociales de la depresión, completando así el enfoque sociológico.

“La clínica es probablemente el primer intento, desde el Renacimiento, de formar una ciencia únicamente sobre el campo perceptivo y una práctica sólo sobre el ejercicio de la mirada” [Foucault, : 130].

En este orden de ideas, el análisis clínico consiste como lo esboza Foucault [: 4] en la espacialización y verbalización de los elementos que constituyen el fenómeno patológico, siendo los síntomas “la suma de un cierto número de grados de certeza aislables y susceptibles de un cálculo riguroso” [Idem: 141]; comprendiendo así a la enfermedad “con sus causas y sus efectos en un espacio de tres dimensiones” [Idem: 14].

¹⁰ Acerca de la redundancia de este énfasis en enfocar lo social desde la sociología, Naomar De Almeida-Filho refiriéndose al trabajo de la epistemología, considera en **La ciencia tímida**, p. 155, que se trata de una redundancia exitosa, ya que perfila el devenir de una epistemología crítica.

“Para que la experiencia clínica fuera posible como forma de conocimiento, ha sido menester toda una reorganización del campo hospitalario, una definición nueva del estatuto del enfermo en la sociedad y la instauración de una cierta relación entre la asistencia y la experiencia, el auxilio y el saber; se ha debido envolver al enfermo en un espacio colectivo y homogéneo. Ha sido también menester abrir el lenguaje a todo un dominio nuevo: el de una correlación perpetua y objetivamente fundada de lo visible y de lo enunciable”.
[Foucault, : 275]

Es así como a partir de un meticuloso análisis de síntomas se conoce el estado de salud mental, particularmente la presencia de un cuadro depresivo, se define incluso el grado y tipo de depresión; estableciendo finalmente una clasificación de los trastornos mentales que apunta una clara pertinencia sociológica por constituir la base de la posterior exploración de las variables demográficas que a su vez conducen a una comprensión sociológica del trastorno depresivo.

El papel de la epidemiología

Cuando una enfermedad tiene causas que atacan a un gran número de personas en un mismo lugar, sin distinción de edad, de sexo, ni de temperamentos y cunde en un tiempo con condiciones particulares; se le denomina epidemia y constituye materia de una ciencia más especializada que la pura medicina:

“El análisis de una epidemia no se impone como tarea reconocer la forma general de la enfermedad, situándola en el espacio abstracto

de la nosología, sino bajo los signos generales, reconocer el proceso singular, variable de acuerdo con las circunstancias, de una epidemia a otra, que de la cusa a la forma mórbida teje una trama común en todos los enfermos, pero singular en este momento del tiempo, en este lugar del espacio” [Foucault, : 45].

La idea también foucaultiana de que “el fondo de la epidemia no es la peste o el catarro, es Marsella en 1721, o Bic^etre en 1780” [Ibidem: 44]; permite un enfoque que incluya tanto el filtro médico, como el sociológico:

“La epidemia tiene una especie de individualidad histórica. De ahí la necesidad de utilizar con ella un método complejo de observación. Fenómeno colectivo, exige una mirada múltiple; proceso único, es preciso describirla en lo que tiene de singular, de accidental, de inesperado” [Ibidem: 46].

Retomando las aportaciones de la epidemiología, la ciencia que es “al mismo tiempo ciencia natural y ciencia humana” [De Almeida-Filho, 2000: 15], tras su surgimiento a finales del siglo XIX en pos de las enfermedades infecciosas, buscando soluciones técnicas de tipo biológico [Menéndez, 1988: 38]; se tiene poco más de cien años después, el fruto de un trabajo que va más allá de la mera “teoría de la información en salud” y de una manera holística como lo ameritan los tiempos modernos, nos brinda la epidemiología su propia historia y contexto que reflejan y retroalimentan el desafío de “superar la crisis paradigmática por la que atraviesa el campo de la salud pública hoy” [De Almeida-Filho, 2000: 16].

Se observa en el quehacer epidemiológico un enfoque de lo individual a lo colectivo, pero también a la inversa:

Según Thomas Mckeown, “en las naciones avanzadas la salud depende en primer lugar de la modificación de hábitos personales tales como el fumar y la vida sedentaria (...) Nuestros hábitos comienzan normalmente como placeres que no necesitamos y terminan como necesidades en las que no encontramos placer alguno” [Mckeown, 1982: 119].

Sin embargo, “colocar en el estilo de vida del sujeto [o del grupo social] la responsabilidad de su enfermedad constituye una variante de la ‘culpabilización de la víctima’”¹¹. Vale más considerar el concepto *estilo de vida* con fines analíticos, buscando siempre favorecer la comprensión del comportamiento de quienes padecen depresión, en función de su pertenencia a un determinado sector sociocultural, que determina la habilidad de cada subgrupo de edad, género, etnicidad, etc. para elegir y acceder o no y en qué grado, a un particular¹² enfoque respecto de “cultura de la salud, relación con el cuerpo y la mente, noción de vejez, concepto de juventud, posibilidad consciente de prolongar la esperanza de vida, posibilidades materiales e ideológicas de poder generar estas modificaciones”¹³.

¹¹ Ryan, W. **Blaming the victim**, Nueva York, Vintage Books, 2a ed. 1976, citado por Menéndez, Eduardo L. **op. Cit.** P. 56.

¹² Particular no por ser un proceso individual, sino por diferenciarse del estilo de vida de otros sectores socioculturales.

¹³ Menéndez, Eduardo L, (1998: 54) efectúa un análisis epistemológico del concepto estilo de vida, especificando su uso en las distintas escuelas sociológicas avocadas a asuntos de salud.

El vínculo entre la salud personal y las condiciones estructurales, muestra el papel causal de éstas tanto en su relación con la responsabilidad del sujeto, como respecto de la producción empresarial de enfermedades [Menéndez, 1998: 56].

Esta simbiosis refleja el sustrato que Naomar De Almeida-Filho propone para la praxis de lo que él llama la etnoepidemiología, o epidemiología del modo de vida:

“una práctica a partir del presupuesto fundamental de que los fenómenos de la salud-enfermedad son procesos sociales y, como tal, deben ser concebidos como concretamente son: históricos, complejos, fragmentados, conflictivos, dependientes, ambiguos e inciertos” [De Almeida, 2000: 176].

Se propone con esta investigación arribar al encuentro de un punto de equilibrio no sólo entre lo individual y lo estructural, sino también entre el trabajo de análisis estadístico y la epidemiología histórico/estructural, desarrollada en algunos centros de varios países latinoamericanos, especialmente de Brasil, Ecuador y México [Breilh, 1979; Laurell y Noriega, 1987 y 1989], así como con la epidemiología de la investigación/acción [Kroeger *et. al.* 1989 y 1991]¹⁴.

En pocas palabras, entender el fenómeno de la depresión en los mexicoamericanos radicados en Estados Unidos implica “una dialéctica grupo/sujeto, para no caer en interpretaciones y/o soluciones exclusivamente psicologistas/individualistas o estructuralistas que limitan o directamente impiden

¹⁴ Citados por Menéndez, Eduardo L, 1988 p. 39.

soluciones de tipo salubrista en términos colectivos” [Menéndez, 1988: 54].

Naomar De Almeida-Filho, quien en su libro **La ciencia tímida** tiene muy presente la evolución que ha experimentado la epidemiología en los años recientes, propone a partir de la vertiente crítica de la epidemiología latinoamericana, un acercamiento al abordaje de la vida cotidiana mediante el análisis de la génesis histórica de las iniquidades de género, etnia y clase social, contemplar en todo momento dos dominios fundacionales de la vida social: el simbólico y la cotidianeidad; retomar los problemas de método ya esbozados, como puntos nodales para desciframiento futuro y cambiar el concepto de “riesgo” por el de “modelos de fragilización”:

“más sensible a las especificidades simbólicas y al carácter interactivo de la relación entre los sujetos humanos y su medio (ambiente, cultural y sociohistórico). De este modo, podemos construir la noción de que cualquier evento o proceso social, para representar una fuente potencial de riesgo para la salud, necesita estar en resonancia con la estructura epidemiológica de los colectivos humanos. No se trata exclusivamente de la acción externa de un elemento ambiental agresivo, conforme indicado en la metáfora de factores-produciendo-riesgos, ni de la reacción internalizada de un huésped susceptible, sino del sistema (totalizado, interactivo, procesual) de efectos patológicos” [De Almeida, 2000: 174].

Para analizar los datos derivados de los procedimientos estadísticos, la epidemiología (Ver Ilustración 2) sugiere observar la transición y polarización de las condiciones que determinan la salud, en este caso la depresión, adoptando

una visión histórico-social¹⁵. Este procedimiento se ve reflejado en las observaciones de cada información obtenida con el análisis estadístico.

Como colofón a este panorama visible entre sociología y salud, cabe considerar interesantes reflexiones de Jesús Vicens, sociólogo español de finales del siglo XX: es en el marco de la entropía social, donde

figura el concepto de entropía negativa, a partir del cual se deriva un concepto alternativo de salud, así

como de la relación entre trastornos mentales como la depresión, ansiedad y pánico; y las variedades en la forma de vida y enfoque de la muerte que implican los conceptos de entropía y entropía negativa [Vicens, 1995: 5-7].

Se entiende por entropía, el proceso expuesto por la física cuántica en el cual la materia como la energía a más de no crearse ni destruirse, sino sólo transformarse; pasan de un estado utilizable a un estado no utilizable.

La entropía social implica desgaste, violencia, hacinamiento, miseria, terrorismo,



Ilustración 1. Escuela de Salud Pública de la Universidad Johns Hopkins - Blumberg, donde según estadísticas nacionales de 6 años consecutivos, se forman los mejores epidemiólogos del país. Baltimore, MD.

¹⁵ Frenk, J. *et.al.* *Health Transition in Middle-income Countries: New Challenges for Health Care*, en **Health Policy & Planning**, 1989; 4 (1): 29-39. Citado por: Infante Castañeda, Claudia. 1994 p. 224.

masificación..., pero al tratarse tanto las sociedades como los individuos, de sistemas abiertos, a diferencia de los sistemas físicos que son cerrados, dado que no interactúan con el entorno, la entropía puede revertirse en entropía negativa:

“Los sistemas abiertos pueden generar lo que se ha denominado entropía negativa o salud, es decir, orden, regeneración, vitalidad, concienciación, etc, como leyes que actúan en sentido inverso” [Vicens, 1995: 4].

Con esta dicotomía entre entropía y entropía negativa, se entiende la diferencia entre las formas de vida degradadas y las superiores, así como un enfoque de la muerte angustiante y otro trascendente.

1.2 Acerca de la formación y el desarrollo de la sociología de las enfermedades mentales

“A veces se imagina que la sociología de las enfermedades mentales es una ciencia reciente: de hecho es tan vieja como la sociología, puesto que ha sido Comte el que ha fundado la una y la otra” [Bastide, 1979: 21].

Roger Bastide, prominente sociólogo francés, realiza en la década de 1970, un minucioso recorrido por los diversos postulados sociológicos que acerca de las enfermedades mentales han enarbolado los principales movimientos sociológicos, cuyos máximos exponentes son Augusto Comte, pasando por Audiffred, Durkheim, Morel, Lévy-Bruhl, Blondel para el estructuralismo francés; observando colateralmente enfoques desde la psiquiatría (Jackson) y la psicología patológica (Ribot).

Por parte del estructuralismo norteamericano observa con claridad las aportaciones de Piere Janet, Tomas, Mme. Rocheblave-Spenlé, A.H. Leighton, Sullivan, Talcott Parsons; colocándolas en importancia a la par de las contribuciones del marxismo; del cual observa dos tendencias: la basada en la *lucha de clases* y la *alienación*, encabezada por el Dr. Le Guillant; y otra, la de la psiquiatría soviética ortodoxa, fundada por Pavlov. A más de un planteamiento más refinado a partir de las ideas de Gabel, quien retoma a Binswanger, Lukacs y Mikowski para hablar de la dialéctica entre el yo y el mundo a partir de la relación entre ideología y falsa conciencia.

En su recorrido por la historia de las ideas de la sociología de las enfermedades mentales, Bastide enmarca muy bien la importante aportación de Freud y los psicoanalistas, ante “la manía de las estadísticas (...) de los positivistas” [Bastide, 1979: 27], así como el enfoque de Wilhelm Reich.

A continuación un análisis minucioso de dichas aportaciones.

1.2.1 Positivismo y estructuralismo francés

Precursor de la medicina psicosomática, Augusto Comte, aún siendo un adversario de la psicología¹⁶, afirma: “Puesto que el hombre es el más indivisible de los seres vivientes, quienquiera que no estudie en él el cuerpo y el alma

¹⁶ Según Bastide, para Comte la psicología o bien se remite a la biología, o a la sociología. Roger Bastide. **Ibid.Em.** pags 21-22.

simultáneamente, no puede formarse de él sino nociones falsas y superficiales”¹⁷

Comte, además de ofrecer una definición sociológica para los trastornos mentales, hace un estudio del condicionamiento sociológico para la aparición de ellos. Con la finalidad de distinguir los períodos orgánicos y los períodos de crisis, el positivismo apuntó a indagar si la solidaridad entre los individuos está regulada o disuelta. En los periodos de crisis, donde una sociedad u organización se desmorona porque ya no corresponde a las necesidades del hombre, como ha ocurrido en todas las revoluciones; el ser individual se subleva para elevarse a sujeto de derecho, momento en el cual la subjetividad, irrumpe el orden de la vieja sociedad.

“El aumento de casos de locura está así en correlación con el paso de un periodo orgánico a un período de crisis, se desarrolla al mismo tiempo y por las mismas razones que el individualismo’”¹⁸

Por su parte, discípulo de Comte, el Dr. Audiffred propone una imagen coherente de los trastornos del espíritu a través del positivismo. Observa en los casos con presencia de trastornos mentales, una doble “subjetividad”, lógica y social:

“Desde el punto de vista del conocimiento, la locura es -igual que el sueño o las ensoñaciones- un pensamiento sin objeto, mientras que la ciencia (que define el estado positivo) es la sumisión al objeto. Desde el punto de vista social -también aquí como en el sueño o la ensoñación- es el pensamiento desprendido del control de la colectividad, entregado a él mismo, a la inmoralidad de la vida interior y a la pulsión de los deseos:

¹⁷ Textos citados en nota (p. 83) por J. Lacroix, **La sociologie d'Auguste Comte**, P.U.F., París, 1956.

¹⁸ **Cours de philosophie positive** (a partir del tomo IV), **Discours sur l'esprit positif, 1844, Catéchisme positiviste, 1849**. Citado por Roger Bastide, 1979, pp. 22-23.

brevemente, para emplear el lenguaje de Comte, la locura es el pensamiento “egoísta”, la rebelión del individuo contra la Humanidad. Estos dos movimientos de rebelión, contra la realidad objetiva y contra el altruismo, no son, por lo demás, diferentes en el fondo: constituyen un mismo movimiento, el del ser que se abandona a la “subjetividad” [Bastide, 1979: 22].

Durkheim afina el diagnóstico positivista mediante el concepto de solidaridad orgánica, que en oposición a la solidaridad mecánica, parte del reconocimiento de los derechos individuales y es más vulnerable. Mas la responsabilidad de la locura, no está en el individualista, pues el individualismo, al contrario, genera solidaridad. La locura se deriva pues de la ausencia de reglamentación de esta nueva solidaridad. En conclusión, Durkheim ubica los orígenes sociológicos de la locura en lo referente a la anomia social.

Posteriormente Morel se sitúa ante Comte y Audiffred planteando un origen inverso de las enfermedades psíquicas, en tanto que los primeros identificaron la determinación de lo social sobre las enfermedades mentales, fundando así la sociogénesis; Morel por su parte enfatizó las consecuencias de las enfermedades, mentales o no, sobre la sociedad. Para justificar la biogénesis de la patología social, en su **Tratado de las degeneraciones de la especie humana** Morel sugiere que el aumento de la criminalidad está en función del aumento de las enfermedades mentales, atribuyendo a la patología social, su origen en las patologías nerviosas.

“El hombre tiene un sistema nervioso y este sistema constituye la parte más débil de su organismo, es fácilmente intoxicado por el paludismo, el saturnismo, y el alcohol, y de ahí la locura” [Bastide, 1979: 24].

Tales postulados acerca de la degeneración, tuvieron una modificación ante la presencia del evolucionismo darwiniano; el concepto de regresión suplió al de degeneración, en un orden un tanto peculiar: “La disolución de las funciones mentales se hace en el orden inverso al de su evolución, es decir, que las modalidades más evolucionadas son las primeras en verse afectadas y las más automáticas las últimas (Jackson en psiquiatría y Ribot en psicología patológica)” [Bastide, 1979: 25].

Al erigirse con Durkheim en ciencia, dejando de ser una doctrina más o menos filosófica; la sociología estableció que la diferencia entre lo normal y lo patológico, no es de grado sino de naturaleza:

“La conciencia mórbida no es una conciencia normal deformada, sino algo muy distinto; la conciencia normal es la conciencia conceptualizada, y por tanto socializada; la conciencia patológica es una conciencia incapaz de organizarse según los cuadros de nuestra lógica, de verter los trastornos cenestésicos en los moldes del lenguaje, en suma una conciencia desocializada” [Bastide, 1979: 25 y 26].

Para Durkheim, tal dicotomía sumamente radical no podía incluirse entre los postulados de una ciencia. En su estructura mental funcionalista tuvo mejor ajuste el asignarle funciones “útiles” a los hechos anormales como el crimen, que aún siendo patológicos, fueron integrados a las estructuras fundamentales de la sociología.

Con todo, Durkheim no coincide con la sociogénesis de los trastornos mentales, a los cuales reconoce únicamente origen fisiológico o psicológico, y se da a la tarea de demostrar estadísticamente con datos de los más diversos países, que no hay relación entre la tasa de suicidios -dependiente de factores sociales- y la de las enfermedades psíquicas.

Fueron los norteamericanos quienes retomaron el concepto de anomia para colocarlo al centro de la sociogénesis de los trastornos mentales.

La certeza de la existencia de una dimensión social de la enfermedad mental, es compartida durante la transición del Siglo XIX al XX, por los dos movimientos que estudian el tema: el que desde la sociología abarca a la psiquiatría y el que procede a la inversa.

Para Pierre Janet, el aumento de las neurosis y las psicastenias, se debe a un desgaste excesivo de energía psíquica, ya que -apunta- la creciente complejidad de la sociedad contemporánea así lo exige: las acciones del individuo se ven sometidas a elevar cada vez más la tensión, para poderse adaptar a situaciones inesperadas, cambios rápidos...

“Nuestra civilización es agotadora (...) Mientras la sociedad no plantea problemas difíciles, no exige acciones demasiado costosas, los individuos predispuestos a padecer trastornos psíquicos pueden llegar a adaptarse y a llevar una existencia normal; es el caso de las comunidades homogéneas y tradicionales, como las comunidades rurales; pero con la concurrencia, la lucha por el mejoramiento de

su nivel de vida económico o de su *status* social, la gran ciudad, heterogénea y progresista, nos fuerza a malgastar rápidamente nuestros últimos recursos” [Bastide, 1979: 30].

1.2.2 Aportaciones del materialismo dialéctico

Por lo que respecta al marxismo, aporta dos visiones distintas para la formación de la sociología de las enfermedades mentales. Una, identifica para las condiciones económicas de vida, un papel patógeno a partir de la alienación y la lucha de clases; la otra, la psiquiatría soviética ortodoxa, se explica desde Pavlov, a partir de los reflejos condicionados.

Antes de que Durkheim en 1897 relacionara al suicidio con factores sociales, ya desde 1844 Marx había expuesto las consecuencias que sobre la salud del proletariado, tiene la explotación laboral mediante el trabajo asalariado. Cuando en el marxismo se habla de división capitalista del trabajo, relación ser humano-trabajo, tecnologización, automatización, acumulación, especialización, enajenación; directa o indirectamente se habla de la salud:

“La economía de los medios sociales de producción, madurada como en una estufa en el sistema de fábrica, se convierte en manos del capital en un robo sistemático practicado sobre las condiciones vitales del obrero durante su trabajo, sobre el espacio, el aire, la luz y los medios de protección personal contra las condiciones peligrosas o insalubres en que trabaja, por no mencionar los arreglos que se refieren a la comodidad del obrero. ¿Se equivoca Fourier cuando al hablar de las fábricas les llama cárceles modernas? (...) La subdivisión del trabajo es el asesinato de un pueblo”¹⁹.

¹⁹ Marx, Karl. **El Capital**, I, parte IV, caps. II, III, V y XII. *El carácter capitalista de la manufactura*, Ed. Costes, París, 1927. Citado por Gorz, André, 1973, pp. 25 – 43.

Representante de la primera tendencia, el Dr. Le Guillant ubica la causalidad de las psicosis reactivas, en determinaciones generales: las contradicciones de la sociedad capitalista y la conciencia que adquieren de ellas los individuos; más allá de acontecimientos aislados, cuya consideración derivaría en una explicación simplista:

“No son los acontecimientos fortuitos, por muy especiales que sean, guerra, revolución o huelga, los que son explicativos, sino las transformaciones técnicas, materiales o morales las que plantean al hombre problemas difíciles o insolubles. No hay que considerar únicamente los conflictos entre las fuerzas productivas y las relaciones de producción, por más que sean fundamentales, sino todo el conjunto de las contradicciones accesorias, ideológicas, políticas y culturales” [Bastide, 1979: 30-31].

Ante la prevalencia de las neurosis en la sociedad comunista soviética, Bastide apunta que “Llegamos así a una nueva dimensión en el estudio de las enfermedades mentales, la dimensión cultural y ya no puramente sociológica” [Bastide, 1979: 32].

La tendencia pavloviana por su parte, si bien ha sido criticada por algunos marxista como Gabel²⁰, presenta un análisis en el cual concluye que las enfermedades mentales pueden originarse por una deficiencia congénita, o bien por los rigores de un entorno que pone en peligro al individuo agotando sus recursos nerviosos: impide el control del sistema nervioso central y libera los

²⁰ “La conciencia normal del hombre está determinada por su ser social, la conciencia mórbida es, por el contrario, extrasocial y está bajo la dependencia de la acción de factores esencialmente biológicos” Joseph Gabel, **Le Reification**, Ed. De Minuit, Paris, 1962. p. 235. Citado por Roger Bastide, 1979 p. 32.

sistemas subcorticales o neurovegetativos [Gabel, 1962: 73]²¹. ¿Cómo lo explica sociológicamente? Haciendo un parangón de los reflejos alimenticios y de defensa, con lo racional y lo social. Sobre la base de que dos reflejos pueden bajo cierto condicionamiento entrar en conflicto, dando como resultado la inhibición de ambos, el condicionamiento de la sociedad sobre el individuo es evidente, a más de complejo por la existencia del lenguaje, la cultura y la moral.

Con mayor agudeza para incluir la dialéctica en el entendimiento sociológico de las enfermedades mentales, Gabel observa en su predecesor Le Guillant una limitación mecanicista, y en Pavlov un retorno al organicismo.

Más cercano al marxismo, aún con su terminología idealista, considera a Binswanger, quien presenta muchos ejemplos concretos de *pensamiento delirante determinado por el ser*:

“Cuando Binswanger habla de la unidad dialéctica del Yo y del mundo, cuando evoca *la estrecha correlación funcional de la Gnosis y de la Praxis* o subraya de una forma general la importancia de la Praxis, es difícil ver qué es lo que le separaría de una forma abierta del marxismo” [Gabel, 1962]²².

Gabel desarrolla una fórmula para entender la alienación psiquiátrica a partir de la alienación social, y se enfoca particularmente en el caso de la esquizofrenia;

²¹ Citado por Roger Bastide, 1979 p. 34.

²² Citado por Roger Bastide, 1979 p. 34.

para ello se apoya en Lukacs, partiendo de sus conceptos de ideología y falsa conciencia, plantea la reificación como una captación dialéctica decadente de lo real.

Es así como Gabel establece la relación de la decadencia de la dialéctica y la reificación, con el racionalismo mórbido propio de la esquizofrenia. Entonces, retomando a Minkowski y otros psiquiatras, define al pensamiento esquizofrénico por la especialización de la duración, el estallido de las totalidades en pedazos y una lógica de la identidad pura [Gabel, 1962].

Con todo, Gabel les concede cierto lugar a las patogenias orgánicas: “siendo el pensamiento dialéctico una técnica intelectual costosa, es posible admitir que un Yo debilitado por una causa orgánica pueda apelar en su captación psicológica de lo real al *confort* del pensamiento no dialéctico [Gabel, 1962]

Como se puede apreciar, a partir de Gabel el marxismo como teoría de la falsa conciencia se constituye en teoría crítica de una forma de pensamiento delirante.

Esto hace que “aporte por añadidura una terminología pulida por una crítica semisecular de crítica ideológica”²³. En efecto, con Gabel la sociología marxista trasciende el ámbito de la sociogénesis, para abarcar con la teoría sociológica la

²³ Idem.

comprensión de las estructuras mórbidas tanto en lo social como en lo individual, resultando -afirma Roger Bastide- “una mutación de la sociología marxista de la sociogénesis al estructuralismo” [Bastide, 1979: 34-35].

1.2.3 Freudismo. Aportaciones del psicoanálisis

Al evolucionar el psicoanálisis, los postulados de su fundador, Sigmund Freud, han sido sociologizados, pues aunque él anteponía a las causas socioeconómicas y a la lucha de clases los aspectos biológicos, ligando a ellos una gran importancia de factores sexuales, con el tiempo, pensadores como Erick Fromm y toda la escuela de sexualidad humanista que le sucedió, han introducido el elemento cultural a las explicaciones psicoanalíticas [Masters y Johnson 1987].

Ya en 1939, Karen Horney observaba la predominancia de la orientación sociológica sobre la anatomofisiológica, valorando más los mecanismos de defensa que la libido [Bastide, 1979: 36-37].

“La utilización que hace la sociología de las técnicas, sugerencias teóricas y vocabulario del psicoanálisis, “ha sido un buen antídoto contra la manía de las estadísticas; nos ha recordado la necesidad de las historias de casos, es decir, la necesidad de completar una sociología de tipo positivista con una sociología comprensiva. Aun para el estadístico ha servido para un refinamiento útil del método, le ha forzado a reintroducir en sus cálculos variables a menudo descuidadas por él, las variables familiares” [Bastide, 1979: 37].

A más de las variables familiares, el rescate de las historias de caso y la sociología comprensiva, a partir del psicoanálisis desde la escuela de Frankfurt se

ha valorado la importancia de “vincular el funcionamiento orgánico con el funcionamiento *simbólico* de la personalidad, funcionamiento simbólico acerca del cual el freudismo nos ha abierto tantos nuevos caminos” [Bastide, 1979: 37].

Existen varias construcciones gnoseológicas vinculadas entre el psicoanálisis y la sociología, como la importancia de los mecanismos de socialización en la primera infancia según las clases sociales, rural o urbana, obrera o clase media; la *subcultura* propia de cada clase, “y así como las experiencias infantiles nos remiten a la sociedad global, así las experiencias familiares nos remiten a la sociología de los grupos” [Bastide, 1979: 39].

Bastide observó en los 50's, una tendencia generalizada a pasar de las grandes teorías sistemáticas a una simple acumulación de investigaciones empíricas restringidas. Especificando tipos según lugares y tiempos, “En suma, hay que estudiar siempre concretamente esta anomia o esta alienación en los diversos contextos en que se presentan, de aculturación, de cambio social o de crisis económica²⁴”. “un cuidado creciente de modelar las ciencias del hombre según las ciencias de la naturaleza y de considerar ante todo la precisión y la exactitud” [Bastide, 1979: 41].

1.2.4 Estructural Funcionalismo norteamericano

“La desintegración social del emigrante en su nuevo medio tiene efectos sobre la delincuencia y sobre el porcentaje, mayor en

²⁴ Marwin K Opler, **Culture, psychiatry and human values**, Springfield, I11, 1956. Citado por Roger Bastide, 1979 pp. 41.

relación con su país de origen, de las enfermedades mentales”²⁵

Mme. Rocheblave-Spenlé, a más de presentar una visión integradora de investigaciones múltiples y diferentes²⁶, presenta un concepto interesante acerca de los roles en torno a las enfermedades mentales:

“la noción de papel nos remite a otros dos conceptos, el de norma social, siendo el papel de una persona la configuración de los comportamientos esperados por las otras personas de acuerdo con las reglas de la vida social, y el de comunicación, siendo entonces el papel el código empleado para descifrar la masa de los mensajes y de las distorsiones que se producen cada vez que el sistema de interpretación del receptor no está acordado al sistema del código del emisor” [Bastide, 1979: 43 y 44].

A la gran variedad de investigaciones en torno a las enfermedades mentales, Bastide atribuye un importante esfuerzo por indagar los aspectos culturales y sociales, dentro de una metodología uniforme. Considerando las normas sociales y los valores colectivos ligados a ellas, ubica en la teoría de Mme Rocheblave-Spenlé un sistema de referencia de cuatro términos para el estudio de las enfermedades mentales: papel, norma, valor y comunicación²⁷; a partir de los cuales distingue al hombre sano del loco, así lo plantea, y agrega:

“Hay que fundarse sobre un criterio exterior, el consenso que encuentra el hombre sano, en términos de conducta compartida con los otros miembros del grupo”²⁸.

En tanto, A.H. Leighton encuentra que hay más desórdenes mentales en las

²⁵ Thomas, citado por Roger Bastide, 1979 p.44.

²⁶ **La notion de rôle en psychologie sociale**, P.U.F., París, 1962. Citado por Roger Bastide, 1979 pp. 43.

²⁷ Mme. Rocheblave-Spenlé. **op. cit**, p 335. Citada por Roger Bastide, 1979 pp. 45.

²⁸ Mme. Rocheblave-Spenlé. **op. cit**, p 335. Citada por Roger Bastide, 1979 pp. 45.

partes desintegradas de la sociedad, adoptando la vieja teoría de Comte, a la cual agrega un doble índice de hechos para definir la desintegración social y distinguiendo tres sistemas de desintegración: a nivel de las técnicas el cambio rápido, al nivel del sistema social, los hechos de movilidad, y al nivel de las ideologías o sistemas de valores, los conflictos de estos sistemas.

“sin constitución mórbida, la desintegración social no arrastra consigo necesariamente la desintegración individual, pero la desintegración social contribuye a la enfermedad mental a través de los daños físicos que inflige al individuo (mayor frecuencia de los traumatismos, de las infecciones, de la dieta insuficiente o inadecuada, etc.) o a través de la herencia (el medio sociocultural puede afectar a los genes a través de las relaciones sexuales)”²⁹

Sullivan, al identificar dos objetivos en el individuo, el de obtener satisfacciones (necesidad biológica) y el de obtener seguridad (necesidad cultural); condicionados el uno por el otro; distingue que “las neurosis proceden sobre todo de los trastornos de la seguridad y como la seguridad depende de la aceptación o del rechazo del medio social, se las puede definir como trastornos de las relaciones humanas”³⁰.

Talcott Parsons demuestra un gran interés en los problemas de la medicina y de la psiquiatría, presentando en este tenor su teoría de la desviación, concepto que abarca todas las conductas diferentes a aquellas prescritas por la sociedad y que se oponen, en consecuencia, a las conductas de conformidad, las que hacen

²⁹ Alexander H. Leighton, **My Name is Legion**, Nueva York, 1959. Citado por Roger Bastide, 1979. pp. 46.

³⁰ Harry Stack Sullivan, *Psychiatry: Introduction to the Study of interpersonal relations*, en **Psychiatry**, I, 1938, pp. 121-134. Citado por Roger Bastide, 1979 pp. 46-47.

posible la vida social. En este marco inscribe la teoría de la enfermedad mental.

“Si el psiquiatra estudia la desviación en un individuo, en definitiva el conflicto al que llega es un conflicto interiorizado, es decir, que viene de fuera, y el psiquiatra se ve así remitido al sociólogo: el sistema de la personalidad no es más que la traducción en el interior de un ser del sistema social”³¹.

1.2.5 Contribuciones del psicoanálisis humanista

Desde el punto de vista de Wilhelm Reich, el *homo normalis* difiere del esquizofrénico solamente por su habilidad de aparentar orden durante el día. Su *conciencia de la sociedad* le confiere el rango de un ser *adaptado*.

“El esquizofrénico, en general, es mucho más honesto que el *homo normalis*, si aceptamos la derechura de expresión como indicio de honestidad. Todo buen psiquiatra sabe que el esquizofrénico es honesto hasta el punto de la molestia. También es lo que comúnmente se llama “profundo”, es decir, está en contacto con los acontecimientos. La persona esquizoide ve a través de la hipocresía, y no la oculta. Posee una excelente aprehensión de las realidades emocionales, en marcado contraste con el *homo normalis*. Encontramos el carácter ondulatorio y el azul de la energía orgónica en las maravillosas pinturas de Van Gogh, y no en ninguno de sus bien adaptados contemporáneos. (...) Y cuando deseamos aprender algo acerca de las emociones humanas y de las experiencias humanas profundas, recurrimos como biopsiquiatras al esquizofrénico, y no al *homo normalis*. Ello se debe a que el primero nos dice con franqueza lo que piensa y lo que siente, mientras el *homo normalis* nada nos dice y nos obliga a excavar años enteros antes de sentirse dispuesto a mostrar su estructura interna [Reich, W, 1957].

“Al parecer se trata de un estado de cosas bien tristes. Debiera ser a la inversa. Si el *homo normalis* es realmente tan normal como lo pretende; si sostiene que la autorrealización y la verdad son las metas más elevadas del bien individual y de

³¹ Parsons, Talcot, *Éléments pour une sociologie de l'action*, Plon, 1955. Citado por Roger Bastide, 1979 pp. 48-49.

la vida social, debiera ser mucho más capaz que el "loco" y más dispuesto a manifestarse a sí mismo y a su médico. Debe haber algo básicamente erróneo en la estructura del homo normalis, si es tan difícil obtener de él la verdad. Declarar, como lo hacen los psicoanalistas bien adaptados, que es como debe ser porque de otra manera le sería imposible resistir el impacto de todas sus emociones, equivaldría a una completa resignación respecto al mejoramiento del destino humano. No podemos basar un mejoramiento de las condiciones en el conocimiento más amplio del alma humana y, al mismo tiempo, defender su resistencia a manifestarse a sí mismo. Una cosa o la otra: o bien continuamos ampliando el alcance de nuestro conocimiento del hombre, y entonces debemos condenar la actitud evasiva general del homo normalis, o bien defendemos esta actitud y debemos renunciar a la tarea de comprender la mentalidad humana. No existe otra posibilidad"³².

Finalmente, para el interaccionismo simbólico, la enfermedad constituye un concepto socialmente construido por los individuos quienes le adscriben significados propios³³.

La sociología de la desviación presenta en la teoría de la rotulación y de la etiquetación social, los conceptos de desviación y patología, como interpretaciones sociales que sustentan un mecanismo de control sobre los

³² **Idem.**

³³ Thomas D. **Naturalism and Social Science: A Post-Empiricist Philosophy of Social Science**, Cambridge University Press. 1979. Y Mead GH. **Mind, self and Society**, Chicago, University of Chicago Press. 1934. Citados por Infante Castañeda, Claudia. 1994, p. 205.

individuos o comunidades así etiquetados^{34 35}.

Será importante considerar esta significación que se le da a la depresión, para evitar caer con los tratamientos y medidas preventivas, en un medio más de control de los grupos afectados. Sobre todo en los casos en que la depresión es clínicamente menor, puede considerársele como el miedo: una señal de alerta ante una situación de peligro, que ha de emplearse para buscar una mejor adaptación entre sujeto (o comunidad) y entorno, y no combatirse como puro síntoma, sin mayor contexto.

En este sentido, tanto la génesis como el tratamiento, están ligados también a cosmovisiones particulares, tanto, que se arriba al enfoque metodológico basado en la física cuántica, donde la existencia o ausencia de enfermedades mentales, derivadas de la visión equivocada de la mente ignorante, depende justamente de la conciencia de la realidad:

“Nuestra percepción de cosas no permanentes, como las cadenas montañosas o las casas, no coincide con su modo real de existencia. Algunas de estas cosas existen desde hace muchos siglos o incluso millares de años. Y nuestra mente las percibe solamente así, como duraderas y permanentes, insensibles a los cambios temporales. Sin embargo, si examinamos estos objetos a nivel atómico, comprobamos que se desintegran a cada instante y sufren cambios constantes” [Dalai Lama, 2001: 29-36].

Este enfoque acerca de la realidad, abarca los conceptos de enfermedades

³⁴ Véase Goffman E. **Internados**. Buenos Aires, Amorrortu, 1973.

³⁵ Véase también Scheff T. **El rol del enfermo mental**. Buenos Aires, Amorrortu, 1973.

mentales, así como de tratamientos para solucionar problemas como la depresión, de modo que se amplía en los siguientes apartados.

1.2.6 Aspectos metodológicos

Roger Bastide atribuye a la psiquiatría social el estudio de casos y a la etnopsiquiatría el método comparativo (cross-cultural method); en tanto que para la sociología de las enfermedades mentales; reserva más bien un sustento estadístico, en el que priva el estudio de conjuntos por encima del estudio de casos, bajo el siguiente argumento:

“La observación macroscópica puede hacer abstracción de los elementos, porque descubre legalidades que son de otra escala y no derivan de la simple adición de elementos” [Bastide, 1979: p.55]

Ahora bien, la importancia del recurso estadístico para la sociología, la atribuye Bastide al hecho de que es, la estadística, “el único medio de salir de las extrapolaciones indefinidas de los resultados de la psiquiatría social a la sociología” [Bastide, 1979: 55], ya que es el nivel estadístico el “susceptible de hacer aparecer leyes sociológicas que no aparecen a un nivel inferior [Bastide, 1979: 55].

Cabe considerar el riesgo que implica manejar variables, consistente en que esto supone homogeneizar poblaciones diferentes para hacerlas comparables. Al respecto, desde la víspera de la década de los sesentas (Hollingshead, 1958) se practican variadas técnicas de corrección, encaminadas a disminuir el número de

errores en los resultados de las comparaciones.

A partir de Dilthey y Weber la sociología explicativa de Durkheim, las correlaciones estadísticas entre enfermedades mentales y variables sociales, se ven enriquecidas con el uso de estudios de caso, que en esta tesis buscan incorporar la parte cualitativa que de manera tan importante la antropología médica ha aportado a la epidemiología³⁶, pues posibilita obtener datos más estratégicos y proponer interpretaciones más acordes a las perspectivas y oralidades de quienes padecen la enfermedad.

La parte cualitativa de la investigación es presentada a través de relatos vivenciales o testimonios, para cuya obtención se mantuvo una estancia de 6 meses en la ciudad de Baltimore, Maryland, y 2 meses en Washington DC, donde se observó de manera directa el modo de vida de ciertas comunidades mexicano-americanas.

En particular del Barrio Latino conformado por migrantes de ingresos bajos a medios, empleados en su gran mayoría en el sector servicios (restaurantes, construcción y limpieza principalmente). Y del ámbito académico, profesionistas al servicio de instituciones educativas y de investigación. Tales observaciones se presentan intercaladas en el texto a modo de relatos.

Cabe aclarar que esta complementareidad deriva en una comprensión bastante

³⁶ Eduardo L. Menéndez retoma una importante veta de complementareidad entre el trabajo cuantitativo y cualitativo. Véase: Menéndez, Eduardo L. 1998, pp. 37-67.

relativa, ya lo dijo Bastide con Jaspers:

“Comprendemos la experiencia original, la significación de su perturbación moral y el contenido del estado reactivo, en cambio la transposición espacial en lo patológico nos es psicológicamente incomprensible. No comprendemos sino los sentimientos que podemos experimentar en nosotros mismos y sería preciso primero ser loco para comprender la locura. Ésta nos sitúa en un mundo distinto del nuestro y es difícil encontrar la puerta por la que nos sería posible introducirnos allí; en lugar de comprenderla, la reconstruimos de acuerdo con los modelos de la psicología normal” [Bastide, 1979: 69].

De tal modo, el método comparativo (cross cultural method) refuerza y en algunos puntos, ilustra hipótesis sociológicas, ya que facilita la “comprobación de la diversidad de las sintomatologías a través de las diferencias culturales” [Bastide, 1979: 73]. En este sentido los relatos o testimonios, contribuyen a identificar y diferenciar los rasgos que contribuyen a comprender las modalidades que adopta la depresión a través del filtro de las distintas variables demográficas.

“Los emigrantes transportan con ellos y conservan por mucho tiempo sus hábitos de sentir o de pensar, sus *personalidades de base* tal como han sido troqueladas antes de partir por los años infantiles de aprendizaje y por todas las sutiles influencias que parten del medio cultural sobre la personalidad; se aferran a su mundo de valores. Esto hace que el sociólogo que quiere estudiarlos se encuentre obligado a referirse ante todo a este mundo de culturas interiorizadas, si quiere comprender los mecanismos particulares de reacción de estos emigrantes a su nuevo entorno.” [Bastide, 1979: 74].

El bagaje cultural de los migrantes, es distinto al de los mexico-americanos nacidos en EEUU y al de otros grupos norteamericanos. También lo es el entorno cultural, aún viviendo todos en una misma ciudad norteamericana.

Relato

Diferencias culturales para la recreación

El ambiente del que se rodean los mexico-americanos y en el que están inmersos, suele ser en la mayoría de los casos, muy diferente al ambiente de los ciudadanos norteamericanos que no tienen ascendencia latina (Ver Ilustración 3. Conjunto fotográfico).

Como en su mayoría no dominan el idioma inglés, sus ratos de descanso están muy acostumbrados en buena parte –cuando no salen a pasear a algún centro comercial, o a comer unos tacos o pupusas en puestos callejeros o locales en el barrio latino de propietarios también latinos- a ver un canal de televisión latino, Univisión...

Los barrios latinos tienen comercios en los cuales los migrantes pueden resolver prácticamente todas sus necesidades de consumo. Por ende, tampoco en este ámbito tienen una experiencia similar a quienes frecuentan otro tipo de comercios como los grandes supermercados o los centros comerciales allá llamados *malls*.



Los lugares de recreación preferidos por los migrantes, son también distintos.

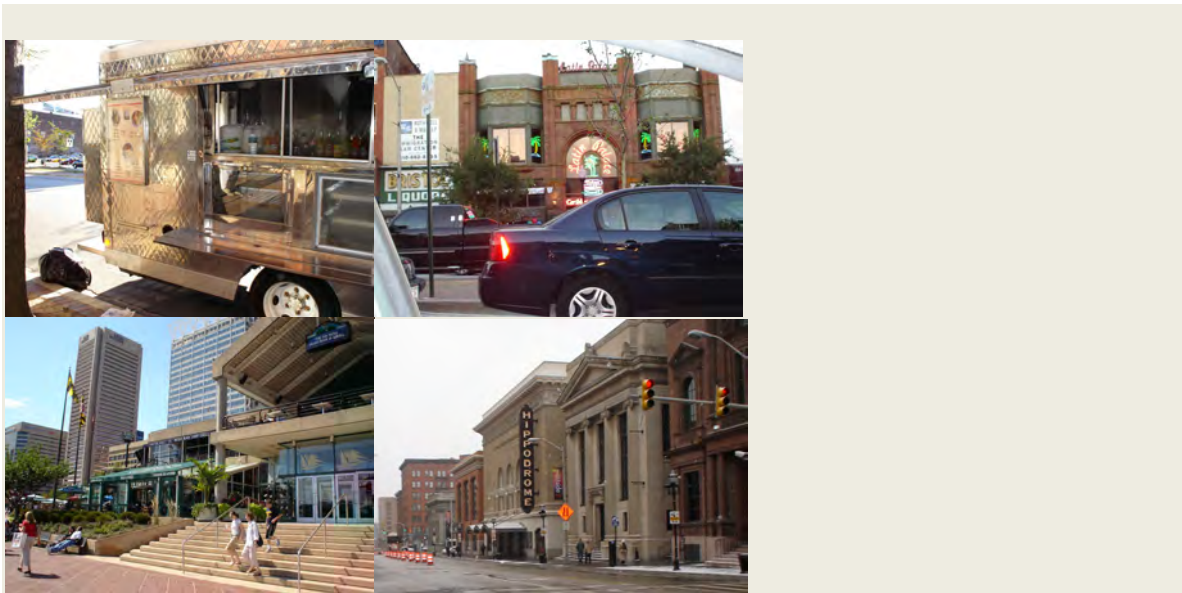


Ilustración 2. En gustos se rompen géneros. Cantina, tienda de discos, carrito de tacos, salón de baile, centro comercial y teatro. Baltimore, MD.

Por motivos económicos, pero también por razones de identidad cultural, es raro ver mezclados a los grupos étnicos, a excepción de ciertas clases medio-altas universitarias o intelectuales, que son más flexibles y se aventuran a explorar otros espacios.

En síntesis, la práctica del método comparativo (cross cultural studies), facilita librarse del etnocentrismo, así como mantener una visión amplia, lejos de basar criterios y juicios exclusivamente en las categorías de análisis predominantes en una sola cultura o escuela.

Cabe considerar para futuras investigaciones derivadas de los resultados que aquí se presentan, que las variables estadísticas o factores sociales analizados, por más vastos que son, difícilmente dan cuenta por sí mismos de su relación con la dimensión social, condición que determina el avance científico de la sociomedicina en general, y pone sobre advertencia el cuidado debido para no obtener conclusiones artificiales y sí en cambio procurar un análisis con un significado coherente con la complejidad de la realidad social [Infante, 1994: 206-208]. De ahí

la importancia de mantener constantemente una visión de análisis paralelo entre la exploración estadística y el método comparativo (cross cultural studies).

La antropología médica propone igualmente un modelo construccionista, como proceso social e histórico, los padecimientos necesitan ser reconstruídos para poder comprender los significados actuales que tienen no sólo para la población, sino también para el equipo de salud [Menéndez, 1998: 42].

Mucho énfasis se hace en no limitar los resultados de este trabajo a las cifras, pues la reducción de la estructura sociocultural a factores aislados y no siempre estratégicos, implica el riesgo de caer en simplificaciones que no hacen más que nutrir ideologías de un equivocado desarrollo [Young, 1976: 5-24 y Young, 1980: 133-146]³⁷.

Retomar lo que se ha dado en llamar *Red causal*, compromete a considerar los procesos biológicos, culturales, económicos y políticos dentro de las dimensiones sincrónica y diacrónica; para determinar una problemática particular de salud [Terris, 1988: 3-17, 87-100, 155-171 y 881-899]³⁸.

En otro orden de ideas, como parte del marco metodológico, el uso de apoyos fotográficos que respaldan el contenido o texto elemental responde a una relación histórica entre este medio de expresión y la sociedad misma, analizada

³⁷Citado por Menéndez, L. 1998 p. 43.

³⁸ Citado por Menéndez, L. 1998 p.44.

puntualmente por Gisèle Freud [2001], sostenida desde los orígenes de la fotografía e incrementada en las últimas décadas. En esta relación el momento histórico, las muy particulares condiciones de vida que caracterizan la estructura social en cada etapa de su evolución pueden transparentarse o hacerse literalmente visibles con ayuda de formas definidas de expresión testimonial, mismas que varían de una sociedad a otra, pero que en general responden a las exigencias y tradiciones de la misma sociedad, reflejándolas a su vez [Freud G, 2001: 7]. El uso de esta expresión fotográfica testimonial, da cuenta en un sentido histórico, de la variación en la estructura social en general y en un fenómeno o problemática en particular.

La fotografía, más allá de la idéntica aceptación de que goza en todas las capas sociales y la consecuente importancia política que tiene; para la sociedad contemporánea, establecida sobre la civilización tecnológica, constituye un instrumento de primer orden: “Su poder de reproducir exactamente la realidad externa –poder inherente a su técnica- le presta un carácter documental y la presenta como el procedimiento de reproducir más fiel y más imparcial de la vida social. (...) La importancia de la fotografía no sólo reside en el hecho de que es una creación, un argumento propositivo por sí mismo; sino sobre todo en el hecho de que es uno de los medios más eficaces de moldear nuestras ideas”, de contribuir a la construcción conceptual. Resulta innegable el modo en que las técnicas de la imagen fotográfica han transformado nuestra visión del mundo. La mutua dependencia aquí expuesta entre la expresión fotográfica y el fenómeno social, permite con todo apego al rigor científico, hacer uso del recurso fotográfico

para contribuir a analizar los rasgos del fenómeno migratorio en conjunto con el entorno específico que contribuye a determinar su salud mental.

1.3 Acerca de la depresión

El significado de depresión se aborda en una primera parte, desde la concepción clínica, en aras de una mejor delimitación temática. En una segunda parte se expresa el significado sociológico.

1.3.1 Concepción Clínica

En términos epidemiológicos, se define como depresión a la enfermedad mental que reúne las tres siguientes características: 1) trastorno del afecto, quien la padece tiende a “sentirse mal” la mayor parte del tiempo; 2) merma el rendimiento en las actividades cotidianas y 3) se manifiesta de manera dominante a lo largo de 2 semanas o más.

Casi siempre ocasiona sufrimiento tanto a la persona que padece depresión, como a quienes cuidan de ella o están muy cercanas.

La depresión es un padecimiento común pero serio, incapacitante, casi todos los afectados necesitan tratamiento para mejorar. Mucha gente con trastornos depresivos no busca ayuda, pero la vasta mayoría, aún aquellos con la depresión

más severa, pueden estar mejor con tratamiento [NIMH³⁹, 2007: 2].

Cuadro 1.2

¿Qué causa la depresión?

No se conoce una causa única de la depresión. En todo caso, probablemente convergen para su surgimiento, factores genéticos, bioquímicos, ambientales y psicológicos. Imágenes de resonancia magnética del cerebro entre otras tecnologías para visualizar imágenes cerebrales, han mostrado que los cerebros de personas con depresión se ven diferentes a los de personas sin depresión. Las partes del cerebro responsables de regular estados de ánimo, pensamiento, sueño, apetito y comportamiento, muestran un funcionamiento anormal. Además, importantes neurotransmisores aparecen con un funcionamiento anormal. Pero estas imágenes no revelan **por qué** se originó la depresión.

Algunos tipos de depresión se desarrollan en familias, haciendo suponer una causa genética. De cualquier manera, ocurre también en personas sin historial familiar depresivo.

... Como detonadores adicionales, los traumas, la pérdida de un ser querido, una relación difícil o cualquier situación estresante pueden desencadenar un episodio depresivo. Episodios adicionales pueden ocurrir sin un detonador evidente.

Depression
National Institute of Mental Health
U.S. Department of Health and Human Services
2007.

Se puede reconocer mediante los síntomas enlistados a continuación, que no son los mismos en todos los que padecen este trastorno. La severidad, frecuencia y duración de los síntomas puede variar dependiendo del individuo y de su padecimiento particular [NIMH⁴⁰, 2007: 4].

³⁹ National Institute of Mental Health.

⁴⁰ National Institute of Mental Health.

- Persistente presencia de tristeza, ansiedad, apatía o sensación de vacío.
- Sentimientos de desesperanza en el futuro y/o pesimismo.
- Sentimientos de culpa, de no valer nada y/o de no tener ayuda.
- Irritabilidad, sensación de no tener descanso.
- Pérdida de interés en actividades o hobbies que anteriormente eran placenteros, incluyendo el sexo.
- Fatiga y energía disminuida.
- Dificultad para concentrarse, recordar detalles y tomar decisiones.
- Insomnio, despertarse demasiado temprano o dormir excesivamente.
- Comer en exceso o pérdida del apetito.
- Pensamientos suicidas, intentos de suicidio.
- Dolores persistentes, retortijones o problemas digestivos que no se quitan fácilmente con tratamiento.
- Ausencia de o dificultad para el logro de metas, contenido enfermizo de los pensamientos.

Frecuentemente coexiste con otros padecimientos, que a veces anteceden a la depresión, la originan, y/o son consecuencia de ella. Es probable que los mecanismos que median en la intersección entre depresión y los siguientes padecimientos, varíen para cada persona y situación [NIMH⁴¹, 2007: 5].

- Trastornos de ansiedad, como estrés post-traumático, desorden obsesivo-

⁴¹ National Institute of Mental Health.

compulsivo, desorden de pánico, fobias y trastorno de ansiedad generalizada (Regier, 1998: 24-28; Devane, 2005: 344-353)⁴².

- Abuso o dependencia de alcohol u otras sustancias.
- Enfermedades graves como padecimientos del corazón, derrame cerebral, cáncer, SIDA, diabetes o mal de Parkinson. La gente que comparte depresión y otra de estas enfermedades, tiende a tener síntomas más severos de ambas, más dificultad para adaptarse a su condición médica y más costos médicos que si las padeciera por separado en distintas épocas (Cassano y Fava, 2002: 849-857)⁴³. En estos casos, recibir tratamiento para sanar de la depresión, contribuye a una mejor recuperación de la enfermedad coexistente (Katon y Ciechanowski, 2002: 859-863)⁴⁴.

Igualmente pueden surgir otros padecimientos a partir de la depresión, como tensión física, fibromialgia, tensión emocional, estrés, ansiedad, pánico, insomnio o trastornos alimentarios⁴⁵.

Por todo el cuadro o conjunto de trastornos que conlleva, se desenvuelve a la par de un desequilibrio endócrino en el cual las glándulas productoras de endorfinas, adrenalina, y otras hormonas que estimulan la actividad celular, endócrina, fisiológica, social, aletargan su producción y se cierra un círculo vicioso de desánimo y desventura.

⁴² Citados en NIMH **Depression**, 2007 p. 22.

⁴³ **Idem.**

⁴⁴ **Idem.**

⁴⁵ Acerca de la relación entre depresión y estos padecimientos, existen varios estudios. Ver: <http://clinicaltrials.gov/ct2/results?recr=Open&Cond=%22Depression%22&pg=8>

Es por ello que desde los institutos de salud mental donde laboran no sólo médicos, sino también psicólogos, epidemiólogos, trabajadores sociales entre otros; se emiten publicaciones de divulgación científica sobre depresión en los cuales con una visión interdisciplinaria, se recomienda en algunos casos un tratamiento con fármacos, con el propósito de restablecer el equilibrio hormonal. Asimismo, hacen énfasis en la importancia de alentar a todos los que pueden estar padeciendo este trastorno, a buscar ayuda profesional ya que es un desorden tratable, y como otros padecimientos, mientras más temprana sea la atención, más efectiva será y mayor probabilidad habrá de prevenir la recurrencia. Se recomienda en primer lugar consultar a un médico. Algunos fármacos y ciertas condiciones de salud como la presencia de algún virus o una disfunción tiroidea, pueden presentar los mismos síntomas que la depresión. Un médico puede descartar estas posibilidades con exploración física, entrevista, y exámenes de laboratorio. Una vez diagnosticada la depresión, el galeno recomienda una evaluación psicológica. Hasta que esté bien diagnosticado el tipo de depresión, se prescribe algún tratamiento. De muchos métodos, el más común son los medicamentos y la psicoterapia. Recomiendan también reforzar la actividad física, las relaciones afectivas y procurar de manera periódica y frecuente, un momento de “vacaciones mentales” para facilitar una mejoría en la actitud con los pensamientos y con el entorno. Asimismo recomiendan no pretender salir solo de tal estado mental, pues ello –a causa de que hay un trastorno fisiológico latente- lejos de realizarse, puede generar más frustración, desánimo y otras complicaciones.

Existen maneras de experimentar/detectar la depresión, con determinantes y expresiones muy particulares que varían de un grupo poblacional a otro [NIMH⁴⁶, 2007: 7 a 9].

- Mujeres. Por cambios hormonales⁴⁷ a raíz de ciclos menstruales, partos, ciclos de vida; por factores psico-socio-económicos como la doble o triple jornada, ideas asociadas a la menopausia, presencia de abuso o violencia, relaciones tensas.
- Hombres. Con menos tristeza, culpa o sentimiento de inutilidad que las mujeres, con mayor tendencia a irritabilidad, intolerancia, abuso, proclividad a adicciones⁴⁸, o imprudencias (Pollack, 1998: 147-166; Cochran y Rabinowitz, 2000)⁴⁹.
- Adultos mayores. Con ideas equivocadas acerca del envejecimiento, síntomas menos obvios, sin tanta tendencia a la tristeza o aflicción, mayor coexistencia de depresión con otras enfermedades y/o fármacos (Gallo y Rabins, 1999: 820-826)⁵⁰.
- Adultos jóvenes. Considerados los trastornos mentales por la OMS como la segunda causa de incapacidad en el mundo⁵¹, y por el Programa Nacional de Salud 2001-2006 como una de las principales causas de pérdida de

⁴⁶ National Institute of Mental Health.

⁴⁷ Rubinow DR, **et. al.** 1998 pp. 893-850. Citado en NIMH **Depression**, 2007 p. 22.

⁴⁸ Incluyendo la conocida como *workoholism*, adicción al trabajo.

⁴⁹ Citados en NIMH **Depression**, 2007 p. 22.

⁵⁰ **Idem.**

⁵¹ Excelsior (versión electrónica), *Riesgo de que las enfermedades mentales sean la segunda causa de incapacidad en el mundo*, Enero 10, 2001. Citado por Hernández Sánchez, Laura Yssel, 2003 p 3.

años de vida saludable (Hernández, 2003:1).

- Adolescentes. Frecuentemente ocurre de modo simultáneo con ansiedad, comportamiento disruptivo, trastornos alimentarios o abuso de drogas (Weissman, 1999: 1701-1713)⁵². Entre mayores de 15 años, con el doble de frecuencia de episodios depresivos entre jovencitas que entre varones (Cyranowski, 2000: 21-27)⁵³.
- Niños. Con una actitud recurrente y enfermiza de no querer ir a la escuela, fingirse enfermos, chiquearse demasiado, miedo de que se muera alguno de sus papás, estar enfurruñado, sentirse incomprendido (Shaffer, 1996: 339-348)⁵⁴.

En tanto, este padecimiento puede tener modalidades como trastorno de depresión mayor, desorden distémico, depresión menor, depresión psicótica, depresión postparto, depresión arteroesclerótica, trastorno afectivo invernal o estacional, trastorno bipolar [NIMH⁵⁵, 2007: 3 y 8]; sin embargo los institutos de salud mental presentan valiosas recomendaciones generales para la asistencia a una persona deprimida:

Cuadro 1.3

Cómo ayudar a un amigo o pariente deprimido.

⁵² Citado en NIMH **Depression**, 2007 p. 22.

⁵³ **Idem.**

⁵⁴ **Idem.**

⁵⁵ National Institute of Mental Health.

El conocer a alguien deprimido, le afecta a uno mismo. Lo primero y más importante por hacer es ayudarlo a conseguir un diagnóstico y tratamiento apropiado. Es probable que sea necesario acompañarlo a consultar a un médico. Es importante alentarle a continuar con el tratamiento, o a buscar un tratamiento distinto si no ocurre una mejoría después de seis a ocho semanas.

Ayuda para un amigo o pariente:

- Ofrecer soporte emocional, comprensión, paciencia y ánimo.
- Involucrarlo(a) en la conversación y escucharle con atención.
- Nunca menospreciar los sentimientos que expresa, pero hacerle notar las realidades y ofrecerle esperanza.
- Nunca ignorar comentarios sobre suicidio, y reportarlos a su terapeuta o doctor.
- Invitarle a salir a caminatas, paseos y otras actividades. Seguir insistiendo si desiste, pero sin presionarle a hacer mucho muy pronto. Si bien el esparcimiento y la compañía son necesarios, demasiada insistencia puede incrementar el sentimiento de fracaso.
- Recordarle que con el tiempo y con el tratamiento, la depresión cederá.

Depression

National Institute of Mental Health
U.S. Department of Health and Human Services
2007.

Cuadro 1.4

Cómo ayudarse a sí mismo estando deprimido

Cuando uno tiene depresión, puede sentirse exhausto(a), sin nadie que le ayude, sin esperanzas. Puede ser extremadamente difícil tomar cualquier acción para ayudarse a uno mismo. Pero es importante hacer conciencia de que estos sentimientos son parte de la depresión y no reflejan con precisión las circunstancias actuales. Conforme uno comienza a reconocer su depresión y comienza uno el tratamiento, el pensamiento negativo se desvanece.

Ayuda para uno mismo:

- Involucrarse en alguna actividad o ejercicio. Ir a ver una película, un partido

deportivo, u otro evento o actividad que alguna vez haya disfrutado. Participar en actividades religiosas, sociales o de otro tipo.

- Ponerse metas realistas.
- Dividir grandes tareas en partes pequeñas, establecer prioridades y hacer lo que pueda, conforme vaya pudiendo.
- Tratar de pasar tiempo con más gente y hablar con una persona de confianza. Tratar de no aislarse, y aceptar ayuda.
- Esperar que el ánimo se componga gradualmente y no de inmediato. No pretender que de repente desaparecerá la depresión. Por lo regular durante el tratamiento para la depresión, el sueño y el apetito comenzarán a regularizarse antes de que se quite el humor depresivo.
- Posponer decisiones importantes, como casarse, divorciarse o cambiar de trabajo, hasta sentirse mejor. Discutir estas decisiones con personas de confianza y que tengan una visión más objetiva de la situación.
- Recordar que el pensamiento positivo reemplazará las ideas negativas conforme la depresión vaya cediendo ante el tratamiento.

Depression

National Institute of Mental Health
U.S. Department of Health and Human Services
2007.

Cuando no se está seguro de a quién acudir, se puede pedir ayuda al médico familiar, o guiarse con las siguientes orientaciones:

- Institutos de salud mental, como el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, Instituto Mexicano de Psiquiatría, o el Instituto Nacional de Psiquiatría Juan Ramón de la Fuente.
- Hospitales psiquiátricos, como el Hospital San Rafael.
- Centros de salud comunitarios.
- Especialistas en salud mental como psiquiatras, psicólogos trabajadores sociales, o consejeros de salud mental.
- Organizaciones de soporte a la salud.

- Centros comunitarios de salud mental.
- Departamentos de psiquiatría y clínicas de orientación al paciente externo en hospitales locales, regionales, estatales...
- Programas o centros de estudios de salud mental en universidades o escuelas de medicina o psicología.
- Colegios o Academias de médicos o psicólogos.
- Servicios familiares, agencias sociales, o dispendios de iglesias.
- Grupos de autoayuda como Neuróticos Anónimos.
- Clínicas privadas y de asistencia.
- Programas patronales, gubernamentales o sindicales de asistencia a trabajadores.
- Sociedades o asociaciones médicas y/o psiquiátricas locales o nacionales.

En todos los casos se pueden presentar crisis [NIMH⁵⁶, 2007: 21]

- Cuando uno mismo está pensando en lastimarse o conoce uno a alguien que está pensando lastimarse, hay que decirle a alguien que pueda ayudar inmediatamente.
- Llamar al doctor o terapeuta.
- Llamar a un número de emergencia o acudir a la sala de urgencias de un hospital para pedir ayuda o pedirle a un amigo o familiar que le ayude a uno a hacer estas diligencias.

⁵⁶ National Institute of Mental Health.

- Asegurarse de que uno mismo o la persona con pensamientos suicidas no se quede sola.

1.3.2 Significado sociológico

En un segundo término, de carácter más sociológico, a la depresión se le cataloga como un problema de origen psico-social y suele relacionarse con un duelo o pérdida mal procesado, o algún desajuste o desubicación en relación con el entorno social (El no tener empleo, el no tener pareja, o hijos u otros roles que la sociedad y la persona misma esperan de ella).

Estamos ante una enfermedad de gran significado, pues la Organización Mundial de la Salud (OMS) la reporta como la que se expande con mayor rapidez en el mundo, más allá de los ritmos que han alcanzado otras enfermedades, como el sida, cáncer o diabetes, al tiempo que considera que cinco de cada diez casos de discapacidad alrededor del mundo, son generados por problemas de salud mental⁵⁷, por lo que se le considera la enfermedad del siglo⁵⁸. En México la depresión constituye la primera causa de consulta de salud mental⁵⁹.

De crucial importancia, ya que permea el desempeño individual en el núcleo

⁵⁷ OMS: Mental health and work: impact, issues and good practices, 2001, citado por Hernández Sánchez, Laura Yssel 2003 p. 7.

⁵⁸ Swami B.A. Paramadvaiti, www.sabiduriavedica.org

⁵⁹ Dra. Mireya Cano.

familiar, laboral, social; al grado de que se le reconoce como una enfermedad contagiosa, por tanto adquiere alcances colectivos, globales.

La depresión tiene consecuencias socio-económicas entre las que destacan la desintegración social y familiar, baja productividad, ausentismo y desempleo.

De difícil atención dado su carácter silencioso, requiere de un esfuerzo colectivo en el cual la participación de familiares, amistades, compañeros de escuela o trabajo, vecinos es fundamental para lograr que quien la padece haga conciencia de su condición, sostenga un tratamiento y trascienda esta problemática.

De ahí que la prevención de esta enfermedad, requiere también medidas particulares, donde no basta la exclusiva atención al individuo, y debe considerarse en el marco de la reproducción social del proceso de salud-enfermedad. En particular habrán de tomarse en cuenta las formas concretas de consumo-reproducción de la fuerza de trabajo que representa la población migrante mexico-americana, en las relaciones laborales transnacionales, con miras a redefinir las características históricas del proceso salud-enfermedad de esta colectividad.

Por todo lo anterior, se trata de una materia álgida, que demanda atención urgente e interdisciplinaria.

Es el sentido de completud, el que con la vivencia plena de las tradiciones, otorga a los individuos, generalmente a través de las comunidades, la posibilidad de realizarse en función de lo que se ama. En tal contexto, la certeza de identidad juega un papel fundamental.

Los síntomas de la depresión, que se agravan con una visión egoísta de sí mismo y del entorno, tienden a disminuir y finalmente a desaparecer con el reforzamiento de esta conciencia y praxis identitaria.

En conclusión, el holismo no hace más que abrir la perspectiva ante una cosmovisión que muchos pueblos históricamente traen consigo de manera ancestral, pero que con los avatares de la modernidad y los impulsos de salir adelante en circunstancias donde se han fragmentado el contexto comunitario y otros más que bridan este sentido de identidad; suelen no sólo olvidarse sino lo que resulta crucial para el desarrollo de la depresión, llegan al punto de sustituirse por valores egoístas.

Cuando el egoísmo se vuelve un valor colectivo, social, como ha ocurrido desde su fundación en las sociedades occidentales, entonces la depresión automáticamente adquiere el carácter de pandemia, ya que se multiplica de manera global, sin estar aislada en un continente en particular, y toma como presa fácil a los grupos más vulnerables, donde destacan los migrantes, que están más expuestos a perder el equilibrio identitario al cambiar de entorno.

Por ende, vale la pena insistir en que la solución a este problema atañe no sólo a los profesionistas que atienden la psique y el organismo individual, sino con igual premura, a los especialistas de las ciencias sociales; en un desempeño tanto interdisciplinario, como holístico.

1.4 Temas contemporáneos para una visión sociológica holística de las enfermedades mentales



Ilustración 3. Espacio para la convivencia por tradición. Barrio latino de Baltimore.

Cuando se tiene como un fenómeno social bastante difundido, que la biopsiquiatría está empleando en sus tratamientos para pacientes depresivos y con otros trastornos mentales, la terapia magnética transcraneal, la logoterapia, la bioenergética, la musicoterapia, la terapia de renacimiento, el yoga⁶⁰; resulta inminente que la

sociología ha de adoptar una visión holística e interdisciplinaria ante las enfermedades mentales⁶¹, pues es necesario el conocimiento desarrollado al respecto en psicología, psiquiatría, sociología, física, entre otras ciencias y más aún de otras disciplinas de la humanidad, concretamente las de carácter espiritual, que no por sus diferencias de método cognitivo, deben excluirse de la reflexión acerca de los males que aquejan a la sociedad⁶².

⁶⁰ Véase en el *Anexo 1 Recursos para la atención a enfermedades mentales como la depresión*, una muestra de la serie de ejemplos de investigaciones, alternativas y centros de atención que diversifican la consideración sociológica del tratamiento de los trastornos mentales.

⁶¹ La película *Y tú, ¿qué bleep sabes?* (Chasse B. *et.al.* 2004) aborda de manera indirecta pero didáctica el enfoque más reciente al asunto de las enfermedades mentales, exponiendo la relación entre predisposición mental, enfermedades psicosomáticas, funcionamiento de neuronas, hormonas y organismo en su conjunto; con la física cuántica.

⁶² Existen estudios en los que se determina con precisión el vínculo entre espiritualidad y mejoría ante la depresión, como 1) Cooper L.A. *et. al.* 2001 pp. 634-638, 2) Mustian KM *et. al.* 2006. 3) Kiecolt-Glaser, Janice PhD. *et. al.* 2007. 4) Ravindran, Arun MD *et. al.* 2007. 5) Carter, Janis J *et. al.* 2007.

En síntesis, se busca que el tratamiento de la depresión, pueda llevarse a cabo con el recurso de todo aquello que ha dado resultados para preservar a los individuos y a las comunidades, protegidos de dicho trastorno.

Especialmente, aquello que ha sido efectivo para las comunidades particulares, en este caso, las comunidades mexico-americanas.



Ilustración 4. Amigos ¡Pasen Adelante! Cálida recepción en los espacios, expresiones y formas de comunicación particulares de los latinos.

Entre ello, más que hablar de técnicas o tratamientos prescritos esquemáticamente, es fundamental el relevante papel que juegan las

tradiciones, por ejemplo de trabajo colectivo o tequio, de reuniones familiares y fiestas de aniversarios, así como patronales, en donde las muy arraigadas costumbres alimentarias (Ver Ilustración 6) son determinantes; las tradiciones lúdicas y de transmisión oral (Ver Ilustración 4) de la cultura entre ancianos y niños; las tradiciones en general de cada comunidad en particular (Ver Ilustración

5).

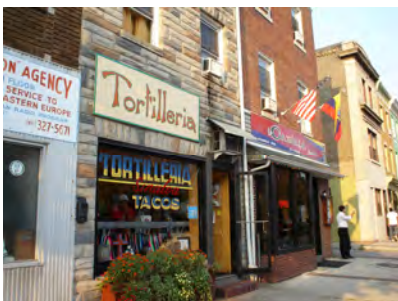


Ilustración 5. Tortillería y otros comercios que contribuyen al sostenimiento de las costumbres alimentarias. Barrio Latino.

Relato 1.4 Identificación con lo que se hace.

Aun cuando EEUU es uno de los principales promotores de la cultura consumista del capitalismo, se aprecia cierto matiz, “los gringos están acabando con los ecosistemas de México y del mundo, menos los suyos, esos sí los cuidan”. En esta ciudad se mira el carácter derrochador en aspectos diferentes. Por ejemplo: hay varias personas que usan silla de ruedas sin necesitarla, y andan en silla de ruedas por las calles de manera permanente. Y es que las sillas de ruedas avanzan con un motorcito, tienen frenos y volante, así que es como un carrito tamaño silla de ruedas, entra por todos lados, te dan preferencias, además las banquetas y muchos sitios públicos están perfectamente adaptados para la accesibilidad en silla de ruedas, y es muy cómodo. El problema es que se vuelve un accesorio del cuerpo, ves a las personas muy asimiladas a su silla, generalmente de escasos recursos económicos, platicando con sus cuates, tomando cerveza, y si la usan por alguna lumbalgia, o pellizcamiento de algún disco de la columna, o algo que les causa dificultad para caminar, lejos de ayudarlos, los atrofia más. También los obesos usan esas sillas porque sus piernas no soportan tanto peso. En lugar de hacer ejercicio, se vuelven más sedentarios, suben más de peso, los músculos de sus piernas se debilitan más, y todo se complica. Por tanto, el uso de esas sillas de ruedas está de más en muchos casos.

Baltimore MD, 1 de agosto de 2007

1.5 Migración de las comunidades mexico-americanas de Estados Unidos ante el fenómeno de la depresión

Relato 1.5.1 Con ojos de inmigrante

Apesar de lo compleja y prolongada que es la adaptación, y es interesante porque considero que en ella radica gran parte de la transculturación, lo estoy experimentando en carne propia, tengo muchas observaciones acerca de pequeños detalles, como la disponibilidad de alimentos, la diferencia en la oferta de mercancías (hace dos décadas y quizá hasta una, prevalecía la idea si no me equivoco, de que más consumistas eran los gringos que los mexicanos, y ahora desgraciadamente es alrevés: ya entré a todos los supermercados de esta ciudad, y en ninguno ví la variedad que hay en México de un solo producto, por ejemplo el

papel de baño. En México hay con aroma, sin aroma, de este aroma, del otro, rollos tamaño chico, jumbo, hojas sencillas, dobles, triples... me parece excesivo y hasta ofensivo, y me doy cuenta de ello al ver la oferta de acá. También me sorprendió que hay mucho más conciencia ecológica en los productores que en México, desgraciadamente. A la hora de etiquetar para la comercialización, hay mucho más respeto por el consumidor y su elección consciente. Por ahí leía que México es el basurero trasnacional de varios países, no solo los integrantes del TLCAN, pero el problema es más grande. Aquí en cualquier supermercado hay productos orgánicos, tanto en perecederos como en abarrotes, arts de limpieza, etc. En México sale a relucir el carácter tercermundista en este aspecto de la falta de protección al medio ambiente y la salud. En fin...

Baltimore MD, 13 de junio de 2007.



Ilustración 6. Sin fronteras.

Para analizar el fenómeno de la trasmigración [Portes et. al, 1999] [Méndez Rodríguez, 2007] en Estados Unidos, particularmente aquella conformada por la población mexico-americana; relacionado con la problemática de la depresión,

es fundamental profundizar en los siguientes conceptos.

Tal como lo afirma Alejandro Portes [1999:16] existen muchas consideraciones respecto del transnacionalismo:

“En algunos escritos (...) se describe como novedoso y emergente, y en otros se afirma que es tan antiguo como la inmigración misma. En algunos casos se muestra a los empresarios transnacionales como una ‘casta’ nueva y hasta excepcional, mientras que en otros se dice que todos los inmigrantes forman parte de la comunidad transnacional. Por último, hay quienes describen estas actividades como un reflejo y acompañamiento natural de la globalización del capital, en tanto otros la consideran como una reacción popular a los excesos de este mismo proceso” [Portes et.al, 1999: 16].

Sin embargo hemos de considerar que el concepto de transnacionalismo se refiere a “ocupaciones y actividades que requieren de contactos sociales

habituales y sostenidos a través de las fronteras nacionales para su ejecución” [Portes et.al, 1999: 18], en el marco de la migración globalizada esto es, atendiendo siempre a la premisa de que “la migración transnacional está vinculada a las condiciones de capitalismo global y deben ser analizadas dentro del contexto de las relaciones globales entre el capital y el trabajo” [Méndez Rodríguez, 2007: 101, 109].

En este sentido los flujos migratorios en ambos sentidos no sólo confieren tintes particulares al fenómeno migratorio transnacional, entre ellos una gran intensidad de intercambios económicos, políticos y socioculturales a nivel individual y de redes sociales posible gracias a las condiciones técnicas contemporáneas para las comunicaciones y el transporte [Portes et.al, 1999: 19, 20, 23]; sino que perfila un proyecto transnacional que implica la formación de un estado sin territorio [Linda Basch, 1995 citada por Méndez Rodríguez, 2007: 109]; en la cual el migrar para volver [Méndez, 2007: 109] adquiere un carácter nodal para el papel que juegan los transmigrantes en términos de nuevos constructor para lo que en un mediano y largo plazo será la ciudadanía e identidad, como se desglosa más adelante.

Por tanto es fundamental “reconocer el campo que se crea entre el lugar de origen y el de recepción” [Méndez Rodríguez, 2007: 109], a lo cual se pretende contribuir con el análisis de las variables demográficas presentadas en este trabajo.

Se busca también coadyuvar a una mejor comprensión del estado actual del proceso de asimilación de los inmigrantes mexico-americanos en Estados Unidos [Méndez Rodríguez, 2007: 99], analizando el fenómeno de la depresión; ya que – de manera hipotética puede afirmarse que existe una relación recíproca entre la posibilidad o imposibilidad de mantener los lazos transfronterizos (Ver Ilustración 7) de los emigrantes con su país de origen, tales como el idioma y la alimentación, y los niveles de depresión. El concepto de “lazos transfronterizos” se emplea tal como lo hace el Dr. Alejandro Méndez desde un enfoque comunitario, así como un enfoque étnico [Méndez Rodríguez, 2007: 102].

Considerando a la *comunidad* como elemento teórico, se abre un vasto campo de investigación ya que son varias las comunidades mexico-americanas en Estados Unidos, por lo que se refiere al concepto de comunidad como:

"a) un lugar, b) personas que comparten intereses comunes y ambiente comunitario; c) como una red de personas que no necesariamente están juntas; d) como una red; y e) como un espacio" [Méndez Rodríguez, 2007: 103].

Por lo que se refiere a la dimensión conceptual de *grupo étnico*, es importante para esta investigación, considerar las prácticas que se observan con criterios antropológicos [Méndez Rodríguez, 2007: 103] en torno a los factores que determinan la depresión, mismas que se presentan intercaladas en el texto a modo de relatos o testimonios alusivos al tema de cada apartado donde aparecen, vinculados a las distintas variables analizadas. Finalmente esta vinculación se

retoma en el Apartado de las conclusiones.

Se busca darle al asunto de la migración un enfoque más allá del aislamiento y la alienación que prevalecía en las primeras décadas del siglo pasado [Méndez Rodríguez, 2007: 104], realizando aportaciones para el conocimiento de los niveles de depresión en el marco de "la asimilación [de los migrantes] a partir de la aplicación de la teoría del grupo primario y secundario (...) así como de los términos subsociedad y subcultura", desde las relaciones sociales informales [Méndez Rodríguez, 2007: 105].

Se retoman los conceptos de "melting pot (crisol) de principios de siglo XX y de transnacionalismo de finales de siglo" [Méndez Rodríguez, 2007: 106], para comprender la relación de fenómenos como la transformación emocional, intercambio de valores, formación de un nuevo sistema cultural, desplazamiento de la fuerza de trabajo, antagonismo racial y étnico; con los niveles de depresión de las comunidades en cuestión.

Ya Alejandro Portes y colaboradores apuntan que el transnacionalismo en sus expresiones de tipo económico, político y socio-cultural; "pueden empoderar (empower) a los inmigrantes y otorgarles un sentido de propósito y autoestima que de otra forma no tendrían" [Portes et.al, 1999: 389]; lo cual influye en la disminución del estado depresivo que pueda observarse en los mexicano-americanos participantes del fenómeno transmigratorio.

Relato 1.5.2 Viajes transnacionales, vidas transculturales

Mi familia piensa que estoy lejos de los problemas que vive nuestro país. Y yo no quito el dedo del renglón porque mi asimilación a la sociedad norteamericana no es del tipo *melting pot*, aspiro a enarbolar las banderas de la transmigración con la frente en alto, sin detrimento de mi identidad nacional y sin perjuicio para la multiculturalidad de EEUU. No me siento lejos, sólo lo vivo diferente. Digo que estoy cerca porque mientras haya algo en el mundo que a alguien le afecte, más tratándose de mi país, y de seres queridos, me afecta. Lo que suceda en cualquier parte del mundo nos afecta: basta el caso del despilfarro, la contaminación, la tala inmoderada, etc.; que han resultado en el calentamiento global: a todos nos afecta. El planeta esta sufriendo serias consecuencias, de las cuales nadie en el mundo se ve a salvo, aunque acá no lo parezca, por la limpieza que se observa en los rios, por la calidad de los bosques, etc. pero sí, las amenazas de huracanes, de subir el nivel del mar, están latentes. Este simple ejemplo da cuenta del caracer transnacional que han asumido movimientos como el de los altermundistas, al cual los migrantes si bien tienen obstáculos para estar al tanto, no son ajenos.

Baltimore MD, 1 de agosto de 2007

El estado actual de *pluralismo cultural* [Méndez Rodríguez, 2007: 108] en que se encuentra el proceso de integración social de la unión americana, brinda a la presente investigación la posibilidad de observar el efecto que tiene el asunto de la

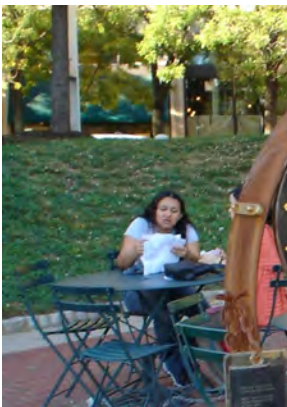


Ilustración 7. Paisanas compartiendo noticias de lejos. Zona restaurantera, Bahía Interior, Baltimore. MD.

depresión, sobre las opciones o tendencias para la interrelación poblacional en el vecino país del norte, del tipo cooperación democrática, sin ocultar los mecanismos de conflicto, dominación y desigualdad; tal como lo muestran los datos del capítulo 3.

Los conceptos de multiculturalismo, universalismo y

múltiples identidades, si bien rebasan el ámbito teórico-técnico de esta investigación, aportan ideas a la identificación de los parámetros para conocer el estado de depresión que prevalece hoy en día entre las comunidades latinas.

Resulta insustituible la investigación de campo para identificar los rasgos que definen al fenómeno de la trasmigración [Portes et.al, 1999: 25]. En este sentido mediante el análisis estadístico del capítulo tres -que está ligado al igual que los testimonios, a una científicamente meticulosa investigación de campo- se busca presentar información objetiva que contribuya a detallar el estado en que se encuentra el proceso de transnacionalismo, a partir de lo que a depresión se refiere.

Es con el enfoque del paradigma del transnacionalismo, que contempla los fenómenos globales de reestructuración económica y reposicionamiento del Estado, mediante el cual los tópicos de esta investigación, principalmente el de depresión, buscan contribuir a la mejor comprensión de los rasgos del fenómeno de desterritorialización del Estado-nación dentro de un proceso socio-cultural multinacional [Méndez Rodríguez, 2007: 110]. Lo exponen Portes y colaboradores, al referirse a la “asimilación descendente” y al activismo político transnacional afirmando que la participación en procesos políticos tanto en el país receptor (mediante las asociaciones cívicas transnacionales, o la obtención de la ciudadanía) como en el emisor (participación electoral, injerencia como fuerza de cambio); llevan a los inmigrantes y aún a la segunda generación, a superar la *actitud alienada* determinante de una asimilación degradada; y arribar

a “un espacio protector contra la discriminación y el desprecio” [Portes et.al, 1999: 388, 389, 394] de la sociedad receptora. (Ver Ilustración 8).



Ilustración 8. Club Mexicano Y Tienda de productos mexicanos, centro sudamericanos y del Caribe. Barrio Latino de Baltimore, MD.

Observar cómo se modifica con tópicos como estos, la integración en los países receptores y la reinserción en los países de origen [Méndez Rodríguez, 2007: 111]; representa una tentación sociológica al planteamiento de nuevas identidades, y de nuevos componentes sociales, tales como el de "ciudadanos del mundo", a partir de la noción de que "la ciudadanía es un concepto que abarca una identidad nacional y cultural, sin embargo, con la presencia de la migración transnacional, ese concepto cambia principalmente en las sociedades de origen" [Méndez Rodríguez, 2007: 111].

Relacionar el desplazamiento de la población a variables internas y estructurales [Méndez Rodríguez, 2007: 118 - 119] como la depresión vista como parte de la expansión de redes [Vallentin, 2009] y espacios sociales, enriquece el paradigma del transnacionalismo y la formación de espacios transnacionales (Ver Ilustración 9), lo cual también contribuye a la transterritorialización del Estado mexicano por lo que a su componente cultural se refiere.

En la edificación de espacios transnacionales [Méndez Rodríguez, 2007: 122], mediante estos tópicos se avanza de manera silenciosa pero cotidiana, de tal forma que considerando el movimiento constante y cíclico de ida y regreso de los

migrantes [Méndez Rodríguez, 2007: 124], prospectivamente se puede hablar del papel que están jugando los tópicos en cuestión, en el establecimiento de nuevas pautas de relaciones entre comunidades y naciones.

Para entender el proceso de integración de los migrantes, se han empleado tres perspectivas metodológicas basadas en: 1) relaciones simbólicas unilaterales, 2) relaciones de intercambio igualitarias y 3) relaciones de incorporación como un fenómeno de contaminación y deterioro [Méndez Rodríguez, 2007: 124]. Observando dicho proceso a través de la presencia de enfermedades mentales, se vislumbra una perspectiva metodológica consistente en relaciones con una importante dependencia de los niveles de depresión, donde no es precisamente la dominación unilateral la que prevalece, ni el intercambio igualitario, ni mucho menos se trata de contaminación ni deterioro alguno.

La depresión es un trastorno que afecta desde una doble coyuntura al migrante: Por una parte el hecho de radicar en el país receptor implica cambios sociales rápidos [Tyroler y Cassel, 1964: 167-177]⁶³, que por ello constituyen un factor determinante para el surgimiento de patologías o anomia por falta o quebrantamiento de valores; y por otra parte, los períodos de crisis como el que actualmente sacude al mundo occidental globalizado, repercuten con mayor rudeza sobre los grupos más vulnerables, de modo que los migrantes tienen por ambos lados un riesgo particular para verse afectados por este trastorno mental.

⁶³ Citado por Infante Castañeda, Claudia 1994 p. 222.

Nombre de archivo: A4
Directorio: \\IMPRESIONES\Documentos c\4F\TODAS LAS
TESIS\SEPTIEMBRE\TESIS DEL 7 AL 12 DE SEPTIEMBRE\katia\PDF
LISTO
Plantilla: C:\Documents and Settings\Administrador\Datos de
programa\Microsoft\Plantillas\Normal.dotm
Título:
Asunto:
Autor: Katia
Palabras clave:
Comentarios:
Fecha de creación: 14/09/2009 05:41:00 p.m.
Cambio número: 6
Guardado el: 14/09/2009 08:07:00 p.m.
Guardado por: Ba-k.com
Tiempo de edición: 42 minutos
Impreso el: 14/09/2009 08:17:00 p.m.
Última impresión completa
Número de páginas: 61
Número de palabras: 13,593 (aprox.)
Número de caracteres: 74,765 (aprox.)

CAPÍTULO 2

EL SUSTRATO EN GESTACIÓN

En este capítulo primeramente se describe la herramienta de la cual se obtuvieron los datos e indicadores del fenómeno de depresión, el Diagnóstico de Salud y Nutrición Nacional (NHANES); y en una segunda parte se explica el manejo que con el SAS se hace de las variables referentes al tema en cuestión, esta parte de la investigación se refiere a la forma como se lleva a cabo el análisis estadístico comparativo de los datos.

2.1 El NHANES como base de datos

a) Orígenes del NHANES en los CDC

La presente investigación tiene como fuente principal, un programa de estudios mayor, el Diagnóstico de Salud y Nutrición Nacional (NHANES) elaborado por el Centro Nacional de Estadísticas de Salud (NCHS por sus siglas en inglés⁶⁴), dependiente de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC's, Centers of Disease Control and Prevention).

⁶⁴NCHS: National Center for Health Statistics. Centro Nacional de Estadísticas de Salud.

Cuadro 2.1.1 Palabras de la Dra. Julie Gerberding, directora de los CDC's

"Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) conforman uno de los 13 componentes operativos más importantes del [Departamento de Salud y Servicios Humanos](#) (HHS, por sus siglas en inglés), que es la principal agencia gubernamental en los Estados Unidos dedicada a proteger la salud y la seguridad de todos los estadounidenses, y a ofrecer servicios humanos esenciales, especialmente a aquellas personas con menores posibilidades de atenderse a sí mismas.

"Desde que se fundaron los CDC en 1946 con el propósito de ayudar a combatir el paludismo (también conocido como malaria), esta agencia ha liderado los esfuerzos de salud pública destinados a prevenir y controlar las enfermedades crónicas e infecciosas, las lesiones, los riesgos ocupacionales, las discapacidades y los riesgos para la salud relacionados con el medio ambiente. Hoy día, los CDC son reconocidos en todo el mundo por sus estudios y trabajos de investigación y su orientación hacia la acción. Los CDC utilizan la investigación y sus hallazgos para mejorar la vida diaria de las personas y responder a las emergencias de salud, una característica que los diferencia de otras agencias similares.

"A diario, en los CDC tratamos de imaginarnos un mundo más sano y libre de peligros. Un mundo en el cual los niños nazcan sanos y tengan quienes los cuiden, de manera que puedan llegar a la escuela en un ambiente seguro, estén bien alimentados y listos para aprender. Un mundo en el cual los adolescentes tengan la información, la motivación y la esperanza que necesitan para tomar decisiones sanas en relación con sus estilos de vida y conductas. Un mundo en el cual los adultos disfruten de una vida activa y productiva, en comunidades libres de peligros, donde puedan pasar su vejez de manera independiente, pero a la vez cerca de sus familias y amigos.

"Al imaginarnos este mundo más sano y libre de peligros, nos sentimos más cerca del logro de nuestra visión de "Un mundo sano con personas sanas a través de la prevención"⁶⁵.

Los CDC se avocan al cumplimiento de programas que reduzcan las consecuencias económicas y de salud que dejan las principales causas de muerte y discapacidad, y que aseguren una vida larga, productiva y sana para todos.

Realizan actividades de vigilancia en una amplia gama de situaciones que

⁶⁵ Julie Louise Gerberding, M.D., M.P.H. Directora de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC's) y Administradora de la Agencia de Sustancias Tóxicas y el Registro de Enfermedades (ATSDR) en julio de 2002. Es Profesora Clínica Asociada en la Facultad de Medicina de la Universidad de Emory y Profesora Asociada en la Facultad de Medicina de la Universidad de California en San Francisco.

amenazan la salud, desde enfermedades infecciosas hasta terrorismo y peligros ambientales. Cuando brota una enfermedad en cualquier parte del mundo, los CDC responden de inmediato y ponen a disposición su experiencia y sus recursos para investigar el brote y ofrecer asistencia técnica.

También financian una amplia gama de programas de salud pública e investigación en departamentos de salud locales y estatales, organizaciones comunitarias e instituciones académicas. A diario los estadounidenses se benefician de dichas actividades a través de los consejos de seguridad y salud que promovemos directamente al público, las actividades de capacitación y educación que ofrecemos a nuestros socios y las recomendaciones que damos a los proveedores de cuidados de salud.

b) Papel del CNES en la creación del NHANES

Habiendo sido desarrollado el NHANES⁶⁶ en los CDC, es un programa de estudios mayor del Centro Nacional de Estadísticas de Salud (NCHS por sus siglas en inglés).

"El Centro Nacional de Estadísticas de la Salud provee una amplia fuente de información sobre la salud en los Estados Unidos. Como institución principal de estadísticas de la salud en el país, recopila información estadística para guiar las acciones y políticas de mejoramiento de la salud de los habitantes en los Estados Unidos. Es una fuente de información pública sobre la salud única en su clase, que constituye una parte vital de la salud pública y las políticas de salud en los Estados Unidos"⁶⁷.

Con formato: Fuente: (Predeterminado) Cambria, 13 pto, Negrita, Color de fuente: Color personalizado(RGB(79,129,189)), Inglés (Estados Unidos)

Cuadro 2.1.3 Funciones del Centro Nacional de Estadísticas de Salud

⁶⁶ NHANES National Health and Nutrition Examination Survey, Diagnóstico de Salud y Nutrición Nacional.

⁶⁷ U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES
Centers for Disease Control and Prevention
National Center for Health Statistics, en <http://www.cdc.gov>

Como la agencia principal de estadísticas sobre salud en EEUU, el NCHS recopila información que permite:

- Documentar el estado de salud de la población y de importantes subgrupos.
- Identificar disparidades en el estado de salud y aplicar cuidados de salud por etnicidad, estatus socioeconómico, región y otras características poblacionales.
- Describir las experiencias del sistema de cuidado de la salud.
- Monitorear tendencias del estado de salud y del suministro de los cuidados de salud.
- Identificar problemas de salud.
- Dar soporte a los servicios de investigación biomédica y de salud.
- Proporcionar información para hacer cambios en políticas públicas y programas.
- Evaluar el impacto de las políticas de salud y programas.

El NHANES es un proyecto diseñado para conocer la salud y estado nutricional de los adultos y niños de Estados Unidos. Tiene la responsabilidad de producir estadísticas de vida y salud para la Nación.

Surgió a principios de los 60's y es único porque combina entrevistas y exámenes físicos para determinar de manera exhaustiva el estado de salud y nutrición de los participantes en sus estudios, y posteriormente hacer una proyección mediante el uso de pesos estadísticos para obtener resultados a nivel nacional. Examina una muestra representativa nacional de 5000 personas cada año. Los africano-americanos y mexico-americanos están sobremuestreados para habilitar estimaciones veraces para estos grupos.

Se trata de una base producto de investigaciones de campo interdisciplinarias, y trabajo estadístico realizado con rigurosidad científica, cuyos datos son utilizados en investigaciones posteriores de universidades, institutos y departamentos de dicho país, ya que resulta para éstos una fuente confiable en términos técnico-metodológicos.

c) Entrevista del NHANES para el estudio de desórdenes mentales

Con formato: Fuente: (Predeterminado) Cambria, 13 pto, Negrita, Color de fuente: Color personalizado(RGB(79,129,189)), Inglés (Estados Unidos)

Para definir los indicadores que permiten conocer la salud mental en sus rasgos más relevantes, el NHANES ha desarrollado una versión particular de los tres módulos de la versión automatizada de la Entrevista de Diagnóstico Internacional Compuesto, Versión 2.1 (CIDI-Auto 2.1)⁶⁸, elaborada originalmente por la Organización Mundial de la Salud; fue aplicada durante la parte "cara a cara" de la entrevista del Centro Móvil de Examinación, (MEC por sus siglas en inglés)⁶⁹, mismo que se describe en páginas posteriores. La entrevista CIDI es una entrevista comprensiva, totalmente estandarizada, que se usa para valorar desórdenes mentales y proporcionar diagnósticos acordes con las definiciones y criterios tanto de la Clasificación Internacional de Enfermedades, Décima Revisión (ICI-10 por sus siglas en inglés)⁷⁰, expedida por la Organización Mundial de la Salud en 1992-93; como del Manual de Diagnóstico y Estadística de Desórdenes

⁶⁸ CIDI: Composite International Diagnostic Interview.

⁶⁹ MEC: Mobile Examination Center.

⁷⁰ ICI-10: International Classification of Diseases.

Mentales, Cuarta Edición 1994 (DSM-IV)⁷¹ de la Asociación Americana de Psiquiatría.

La entrevista CIDI es especialmente apropiada para estudios epidemiológicos largos porque puede ser administrada por legos entrevistadores, no requiere informadores externos ni registros médicos y no supone la posibilidad de un error común en los datos. Se usa tanto en práctica clínica como en investigación.

La entrevista CIDI del NHANES, desarrollada como una versión administrada mediante computadoras, consta de tres módulos de diagnóstico que incluyen los diagnósticos actualizados a los 12 meses próximos a la fecha de publicación. Estos módulos son: Desorden por Pánico, Desorden de Ansiedad Generalizada y Desórdenes Depresivos.

Preguntas adicionales fueron agregadas para medir las dificultades o trabas tanto cualitativas como cuantitativas, y para tasar los factores de riesgo así como esclarecer la presencia de enfermedades físicas y eventos cotidianos. Estas preguntas adicionales fueron colocadas al final de cada módulo.

Los módulos fueron administrados tanto en inglés como en español por un entrevistador entrenado, quien siguió las pautas instituidas por el Centro de Entrenamiento de la entrevista CIDI. Estas pautas están incluidas en el Manual del Entrevistador del MEC (Centro Móvil de Examinación), Capítulo 6.

⁷¹ DSM-IV, 1994: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.

d) Elección de la Muestra

El instrumento fue aplicado a la media-muestra de los participantes en el examen del NHANES, de edades entre 20 y 39 años. Los tutores no fueron considerados para entrevista, ni las personas que requerían intérprete (p.ej. los no hablantes de inglés).

Con formato: Fuente: (Predeterminado) Cambria, 13 pto, Negrita, Color de fuente: Color personalizado(RGB(79,129,189)), Inglés (Estados Unidos)

e) Disposición de la entrevista y modo de aplicación

Se trata de una entrevista privada, cara a cara, realizada en los Centros Móviles de Examinación (MEC) (Ver Ilustración 10), los cuales son camiones que viajan por todo el país, adaptados y equipados para entrevistar, hacer exámenes físicos, médicos, técnicas de salud, alimentación y demás procedimientos de la examinación⁷².

Con formato: Fuente: (Predeterminado) Cambria, 13 pto, Negrita, Color de fuente: Color personalizado(RGB(79,129,189)), Inglés (Estados Unidos)

Toda la información es confidencial, la privacidad es protegida por las leyes públicas.

Para mayor información, el Manual de Procedimientos del Entrevistador, los Manuales de Examinación y los Cuestionarios de la Encuesta pueden encontrarse en la página web del NHANES.

⁷² Para conocer por dentro un MEC y su distribución, ver: http://www.cdc.gov/nchs/about/major/nhanes/intro_mec.htm



Ilustración 1. Centros Móviles de Examinación del NHANES.

f) Procesamiento de los datos y edición

Las respuestas al cuestionario de entrevista, fueron capturadas por el entrevistador en una computadora portátil y luego enviadas a la base de datos computarizada del NHANES, de la misma manera que otras secciones de la exploración realizada en el MEC (Centro Móvil de Examinación).

En este archivo de libre acceso al público, están incluidas las variables de respuestas a todas las preguntas a los instrumentos, excepto para los puntos de control y preguntas que requieren entradas de texto. Todas las preguntas del instrumento original fueron renombradas para homologarlas con las convenciones nominales del NHANES.

Los patrones de código de las categorías de respuesta tradicionales de la entrevista CIDI (1 = no, 5 = sí) fueron también modificados. Tanto los nombres

originales de las preguntas como los nombres nuevos del NHANES están en el libro de códigos correspondiente.

Los módulos NHANES CIDI pueden ser distinguidos por los prefijos en los nombres de las variables, dichos prefijos son los siguientes:

CIQPAN: Desorden por Pánico Generalizado (Generalized Panic Disorder)

CIQGAD: Desorden de Ansiedad Generalizada (Generalized Anxiety Disorder)

CIQDEP: Desorden de Depresión Mayor (Major Depressive Disorders)

g) Notas analíticas

Fueron desarrollados pesos especiales para el análisis de las muestras, para la media-muestra que fue elegida para la entrevista. Debido a los tamaños pequeños de las muestras, los datos de los archivos de dos años (1999-2000, 2001-2002 y 2003-2004) han sido combinados y los pesos de seis años son usados para todos los análisis. Para estimar el periodo de seis años 1999-2004, ha sido creada una variable de peso de 6 años, tomando 2/3 del peso de 4 años para cada persona muestreada en 1999-2002 y 1/3 del peso de 2 años para cada persona muestreada en 2003-04⁷³.

Las siguientes son abreviaturas frecuentemente encontradas en los libros de código y en las etiquetas de variables:

⁷³ Según especificaciones del NHANES. Ver *Anexo 2. Lineamientos del NHANES para análisis y reportes*, apartado número cinco.

WTA= Preocupado, tenso o ansioso (worried, tense, or anxious)

SED= Triste, vacío o deprimido (sad, empty, or depressed)

MDA= medicamentos, drogas o alcohol

Las preguntas NHANES CIDI fueron desarrolladas de acuerdo con los criterios de ICI-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades, Décima Revisión, OMS) y DSM-IV (Manual de Diagnóstico y Estadística de Desórdenes Mentales, Cuarta Edición 1994, de la Asociación Americana de Psiquiatría) para los tres diagnósticos.

Como parte del esfuerzo para la preparación final de los datos, las respuestas a las preguntas fueron evaluadas usando un algoritmo computarizado, primero para fijar cada criterio, y luego para combinar cada criterio con los diagnósticos. Los algoritmos de diagnóstico fueron construidos criterio por criterio, y todos tuvieron que ser cumplidos para que un diagnóstico fuera positivo. Si todos los criterios para un diagnóstico eran positivos, el diagnóstico era considerado para ser usado en los últimos 12 meses. Véase el siguiente ejemplo de dichos algoritmos, escrito en código SAS:

Cuadro 2.1.4 Algoritmos en código SAS. Ejemplo

The following algorithms were used to determine the major depression score variable.

```
libname nh5 xport 'C:\nhanes\ciqdep_c.xpt';  
data ciqdep_c;  
set nh5.ciqdep_c;
```

```

if n(of CIQD:)=0 then return;
/* Major Depression*/
/* A. Five (or more) of the following symptoms have been present
during the same 2-week period and represent a change from previous
functioning; at least one of the symptoms is either:
*/
depacnt=0;
/* (1) Depressed mood */
if (CIQD001=1 and CIQD002 in(1,2) and CIQD003 in(1,2)) or
(CIQD014=1 and CIQD015 in(1,2) and CIQD016 in(1,2))
then depacnt=depacnt+1;
/* (2) Markedly diminished interest */
if CIQD006=1 or (CIQD008=1 and CIQD009 in(1,2)
and CIQD010 in(1,2)) or CIQD031=1
then depacnt=depacnt+1;
if depacnt>0 then do;
/* (3) significant appetite/weight change */
if CIQD019=1 or 10<=CIQD021<777 or CIQD022=1
or 10<=CIQD024<777
then depacnt=depacnt+1;
/* (4) Insomnia or Hypersomnia */
if CIQD026 in(1,2) or CIQD027=1 or CIQD028=1
then depacnt=depacnt+1;
/* (5) Psychomotor agitation or retardation */
if CIQD033=1 or CIQD035=1
then depacnt=depacnt+1;
/* (6) Fatigue or loss of energy */
if CIQD005=1 or CIQD012=1 or CIQD018=1
then depacnt=depacnt+1;
/* (7) Worthlessness of guilt */
if (CIQD036=1 or CIQD037=1 or CIQD041=1)
and CIQD040^=1
then depacnt=depacnt+1;
/* (8) Diminished ability to think or concentrate or indecisiveness */
if CIQD042=1 or CIQD043=1 or CIQD044=1
or CIQD045=1 or CIQD046=1
then depacnt=depacnt+1;
/* (9) Recurrent thoughts of death, suicidal ideation, plan or attempt */
if CIQD047=1 or CIQD048=1 or CIQD049=1 or CIQD050=1
then depacnt=depacnt+1;
end;
if depacnt >=5
then depa=1;
else depa=5;
/* C. The symptoms cause clinically significant distress or
impairment.
*/
cntdepc=0;
if CIQD096 not in(777,999,..)
then cntdepc=cntdepc+CIQD096;
if CIQD099 not in(777,999,..)
then cntdepc=cntdepc+CIQD099;
if CIQD103 not in(777,999,..)
then cntdepc=cntdepc+CIQD103;
if CIQD106 not in(777,999,..)
then cntdepc=cntdepc+CIQD106;
if CIQD095=1 or CIQD095=2 or cntdepc>=6

```

```

then depc=1;
else depc=5;
/* D. The symptoms are not due to the direct physiological effects of a
substance or general medical condition.
*/
if CIDDPRB in(3 4)
then depd=5;
else depd=1;
/* E. Symptoms are not better accounted for by bereavement.
Bereavement depression does not count if it lasts 2 months or less
or is not characterized by marked impairment, suicidal ideation,
or psychomotor retardation.
If respondent answers "don't know" to a bereavement question we are
assuming the period of depression in question did not begin just after
someone close died. If respondent refuses to answer a bereavement
question, we are assuming the period of depression in question did begin
just after someone close died.
*/
if depc=1 or CIQD048=1 or CIQD033=1
or CIQD049=1 or CIQD050=1 or CIQD036=1
then override=1;
else override=5;
/* Single episode */
if CIQD052=1 or CIQD053=1 then do;
if CIQD059 in(2,9)
then depe=1;
else if CIQD059 in(1,7) and (8 < CIQD051 <=52 or override=1)
then depe=1;
else depe=5;
end;
/* Two episodes */
else if (CIQD052=2 or CIQD053=2) and CIQD064=2 then do;
if CIQD066 in(2,9) or CIQD078 in(2,9)
then depe=1;
else if (CIQD065*7>56 or CIQD075>56) or override=1
then depe=1;
else depe=5;
end;
/* More than 2 episodes */
else if (CIQD052 in(7,9) or CIQD053 in(7,9)) or
(CIQD052=2 or CIQD053=2 and CIQD064 >=3) then do;
if CIQD091 in(2,9) then depe=1;
else if CIQD083*7>60.8 or override=1 then depe=1;
else depe=5;
end;
else depe=5;
/* Major Depression Diagnosis */
if depa=1 and depc=1 and depd=1 and depe=1
then dep=1;
else dep=5;
ciddscor=dep;
run;

```

Las variables de "registro de diagnóstico" se encuentran al final de cada módulo. Están nombradas como sigue: CIDPSCOR para pánico, CIDGSCOR para ansiedad y CIDDSCOR para depresión. El valor "1" indica un diagnóstico positivo, y el valor "5" indica un diagnóstico negativo.

En los Lineamientos Guía para Análisis se encuentran referencias para el uso de pesos y otros detalles analíticos, y se ubican en:

http://www.cdc.gov/nchs/about/major/nhanes/2003-2004/analytical_guidelines.htm

h) Registro de Ubicación

Título: Cédula Compuesta de Entrevista de Diagnóstico (CIQ_C)

Número de Contacto: 1-866-441-NCHS

Años incluidos: 2003-2004

Primera publicación: Agosto de 2006

Revisión: Sin revisión

Restricciones de acceso: Ninguna

Restricciones de uso: Ninguna

Cobertura geográfica: Nacional (Estados Unidos de Norteamérica)

Sujeto: Cédula Compuesta de Entrevista de Diagnóstico

Registro Fuente: NHANES 2003-2004

Metodología de investigación: El NHANES 2003-2004 es una muestra probabilística estratificada multi-etapas de la población de civiles (no institucionalizados)⁷⁴ de EEUU.

Medio: Página web del NHANES; archivos transportables⁷⁵ del SAS.

i) Entrevista sobre depresión

Los tres módulos: Cuestionario de Depresión (CIQDEP), Cuestionario para el Desorden de Ansiedad Generalizada (CIQGAD) y Cuestionario de Pánico (CIQPAN) se aplican a la misma muestra o grupo de entrevistados. Cada participante responde en un orden distinto, esto es, algunos responden primero CIQDEP, otros CIQGAD y otros CIQPAN.

Los tres cuestionarios contienen las preguntas que en la siguiente tabla se presentan en la tercera y cuarta columna en un formato gramatical ampliado, mismo que constituye la manera textual como la pregunta fue hecha al entrevistado. También se incluye –en la primera y segunda columnas- el formato sintético que maneja SAS⁷⁶, el cual facilita la rápida ubicación de tópicos específicos.

Se agregaron dos columnas más, para el conteo de las mismas.

⁷⁴ El concepto "civilians" se aplica para referirse a una población donde no están considerados los "institucionalizados", término que se refiere a los hospitalizados, encarcelados y soldados en servicio militar. Estas poblaciones no se incluyen en el censo o diagnóstico.

⁷⁵ Transportables, que se pueden usar en cualquier versión de SAS.

⁷⁶ Cabe aclarar que en el original en inglés, estas etiquetas SAS están en su mayoría redactadas en tiempo presente, y las preguntas textuales para los entrevistados aparecen en su mayoría en tiempo pasado. Al traducir, en esta investigación fueron uniformados los tiempos.

Tabla 2.1.1 PREGUNTAS Y CONTEO DE RESPUESTAS

DEL CUESTIONARIO SOBRE DEPRESIÓN

NOMBRE	ETIQUETA SAS	TEXTO	RESPUESTA DESCRIPCIÓN (con valor o código)	CON- TEO	ACU- MULA -TIVO
WTSC12 YR	Peso MEC de 2 años para la Submuestra CIDI		5216.6934328 a 300649.07751	712	712
			Rango de valores . Faltante	138	850
CIAORDE R	Orden en que son preguntados los módulos CIDI		0 Pánico, Ansiedad, Depresión	373	373
			1 Depresión, Pánico, Ansiedad	321	694
			. Faltante	156	850
CIQD001	¿Dos semanas TVD ⁷⁷ ?	En los últimos 12 meses, ¿has tenido un periodo de dos semanas o más largo en el cual te has sentido triste, vacío o deprimido (TVD)?	1 Sí	135	135
			2 No	556	691
			7 R. Denegada	0	691
			9 No sé	0	691
			. Faltante	159	850
CIQD002	Frecuencia de TVD.	Piensa en las 2 semanas de los 12 últimos meses, en las cuales esta sensación era más persistente. Durante ese periodo de 2 semanas, te sentiste TVD:	1 todos los días.	26	26
			2 casi todos los días.	32	58
			3 varios días.	35	93
			4 como la mitad de los días.	35	128
			5 menos de la mitad de los días.	7	135
			7 R Denegada	0	135
			9 No sé	0	135
			. Faltante	715	850
			CIQD003	Duración de TVD.	Y esta sensación habitualmente dura ... :
2 La mayor parte del día.	26	53			
3 Como la mitad.	29	82			
4 Menos de la mitad.	11	93			
7 R. Denegada.	0	93			
9 No sé.	0	93			
. Faltante	757	850			

⁷⁷ TVD : triste, vacío o deprimido.

CIQD004	Cuando TVD, también otros problemas?	Por favor ve la tarjeta C. La gente que tiene periodos de TVD generalmente tiene otros de los problemas enlistados en esta tarjeta al mismo tiempo, como cambios en el sueño, en la energía o el apetito o problemas de concentración o sentimientos de baja autoestima. ¿Durante el tiempo que estabas TVD, tenías alguno de estos problemas?	1 Sí	77	77
			2 No	5	82
			7 R. Denegada	0	82
			9 No sé	0	82
			. Faltante	768	850
CIQD005	¿Cuando TVD, perdías energía?	Para las siguientes preguntas, por favor piensa en las 2 semanas de los últimos 12 meses que te sentías TVD y tenías el número más largo de estos otros problemas. ¿Durante ese periodo de 2 semanas sentías tu energía debilitada o te sentías cansado casi todo el día, aunque no hubieras estado trabajando muy pesado?	1 Sí	58	58
			2 No	19	77
			7 R. Denegada	0	77
			9 No sé	0	77
			. Faltante	773	850
CIQD006	¿Cuando TVD, perdías interés?	Durante ese periodo de 2 semanas, ¿perdías interés en la mayoría de las cosas, como trabajo, pasatiempos, y otras cosas que habitualmente disfrutas?	1 Sí	58	58
			2 No	19	77
			7 R. Denegada	0	77
			9 No sé	0	77
			. Faltante	773	850
CIQD007	¿Cuando TVD, estabas irritable o malhumorado?	Durante ese periodo de 2 semanas, ¿te sentías irritable o malhumorado o en un mal estado (indispuesto) la mayoría del tiempo?	1 Sí	53	53
			2 No	24	77
			7 R. Denegada	0	77
			9 No sé	0	77
			. Faltante	773	850
CIQD008	Últimos 12 meses, 2 semanas con pérdida de interés?	En los últimos 12 meses, ¿tuviste un periodo de 2 semanas o mayor durante el cual perdiste el interés en la mayoría de las cosas, como trabajo, pasatiempos, y otras cosas que habitualmente disfrutas?	1 Sí	44	44
			2 No	570	614
			7 R. Denegada	0	614
			9 No sé	0	614
			. Faltante	263	850
CIQD009	Frecuencia de la pérdida de interés.	Piensa en las 2 semanas en las que esta pérdida de interés fue más persistente. Durante ese periodo de 2 semanas, perdiste interés en las cosas ... :	1 Todos los días	5	5
			2 Casi todos los días	8	13
			3 La mayoría de los días	10	23
			4 Como la mitad de los días	14	37
			5 Menos de la mitad de los días	7	44
			7 R. Denegada	0	44
			9 No sé	0	44

			. Faltante	806	850
CIQD010	Duración de la pérdida de interés.	Y esta sensación habitualmente duraba ... :	1 Todo el día	5	5
			2 La mayor parte del día	7	12
			3 Como la mitad del día	5	17
			4 Menos de la mitad del día	6	23
			7 R. Denegada	0	23
			9 No sé	0	23
			. Faltante	827	850
CIQD011	Junto con la pérdida de interés, ¿tuviste otros problemas?	Por favor ve otra vez la tarjeta C. Las personas que tienen periodos de pérdida de interés en la mayoría de las cosas, generalmente tienen otros de los problemas de esta lista al mismo tiempo. Durante el tiempo que perdiste el interés en la mayoría de las cosas, ¿tenías también alguno de estos otros problemas?	1 Sí	15	15
			2 No	2	17
			7 R. Denegada	0	17
			9 No sé	0	17
			. Faltante	833	850
CIQD012	Junto con la pérdida de interés, ¿falta de energía?	Para las siguientes preguntas, por favor piensa en las 2 semanas de los últimos 12 meses en que perdiste el interés en la mayoría de las cosas, y tuviste la mayor cantidad de esos otros problemas. ¿Durante ese periodo de 2 semanas sentías tu energía debilitada o te sentías cansado todo el tiempo casi todos los días, aún cuando no hubieras estado trabajando muy pesado?	1 Sí	10	10
			2 No	5	15
			7 R. Denegada	0	15
			9 No sé	0	15
			. Faltante	835	850
CIQD013	Junto con la pérdida de interés, ¿estabas irritable o malhumorado?	Durante ese periodo de 2 semanas, ¿te sentías irritable o malhumorado o en un mal estado (indispuesto) la mayor parte del tiempo?	1 Sí	12	12
			2 No	3	15
			7 R. Denegada	0	15
			9 No sé	0	15
			. Faltante	835	850
CIQD014	¿Dos semanas irritable la mayoría del tiempo?	En los 12 últimos meses, ¿tuviste un periodo de 2 semanas o mayor en el que estuvieras irritable o malhumorado o en un mal estado (indispuesto) la mayoría del tiempo?	1 Sí	69	69
			2 No	530	599
			7 R. Denegada	0	599
			9 No sé	0	599
			. Faltante	251	850
CIQD015	Frecuencia de irritabilidad.	Piensa en las 2 semanas en que este mal estado era más persistente. Durante ese periodo de 2 semanas, te sentías irritable o malhumorado o en un mal	1 todos los días.	1	1
			2 casi todos los días.	13	14

		estado (indispuesto) ... :	3 varios días.	15	29
			4 como la mitad de los días.	24	53
			5 menos de la mitad de los días.	16	69
			7 R Denegada	0	69
			9 No sé	0	69
			. Faltante	780	850
CIQD016	Duración de la irritabilidad.	Y esta sensación habitualmente duraba ... :	1 todos los días.	3	3
			2 casi todos los días.	6	9
			3 varios días.	16	25
			4 como la mitad de los días.	4	29
			5 menos de la mitad de los días.	0	29
			7 R Denegada	0	29
			9 No sé	0	29
			. Faltante	821	850
CIQD017	Cuando estabas irritable, ¿tenías otros problemas?	Por favor mira la tarjeta C otra vez. La gente que tiene periodos de estar irritable o malhumorado, generalmente tiene al mismo tiempo otros de los problemas de esta lista. ¿Durante el tiempo que te sentías irritable o malhumorado, también tenías alguno de estos otros problemas?	1 Sí	22	22
			2 No	3	25
			7 R. Denegada	0	25
			9 No sé	0	25
			. Faltante	825	850
CIQD018	¿Junto con la irritabilidad, hubo falta de energía?	Para las siguientes preguntas, por favor piensa en las 2 semanas de los últimos 12 meses, en que estabas irritable y tenías el mayor número de problemas de la lista. ¿Durante ese periodo de 2 semanas sentías pérdida de energía o te sentías cansado todo el tiempo casi todos los días, aún cuando no hubieras estado trabajando pesado?	1 Sí	12	12
			2 No	10	22
			7 R. Denegada	0	22
			9 No sé	0	22
			. Faltante	828	850

CIQD019	¿Tenías menos apetito?	(Durante ese periodo de 2 semanas) ¿Tenías menos apetito que normalmente?	1 Sí	73	73
			2 No	41	114
			7 R. Denegada	0	114
			9 No sé	0	114
			. Faltante	736	850
CIQD020	¿Perdiste peso?	(Durante ese periodo de 2 semanas) ¿perdiste peso sin querer?	1 Sí	51	51
			2 No	61	112
			7 R. Denegada	0	112
			9 No sé	2	114
			. Faltante	736	850
CIQD021	Cantidad de peso perdido.	¿Cuántas libras perdiste en ese periodo?	1 a 26 Rango de valores	49	49
			100 +	0	49
			777 R Denegada	0	49
			999 No sé	2	51
			. Faltante	799	850
CIQD022	¿Tenías demasiado apetito?	¿Tenías mucho mayor apetito de lo que para tí es normal, casi todos los días en esas 2 semanas?	1 Sí	16	16
			2 No	19	35
			7 R. Denegada	0	35
			9 No sé	0	35
			. Faltante	815	850
CIQD023	¿Ganaste peso?	(Durante esas 2 semanas) ¿Ganaste peso?	1 Sí	12	12
			2 No	20	32
			7 R. Denegada	0	32
			9 No sé	3	35
			. Faltante	815	850
CIQD024	Cantidad de peso ganado.	¿Cuántas libras ganaste en ese periodo de 2 semanas?	2 a 10 Rango de valores	12	12
			100 +	0	12
			777 R Denegada	0	12
			999 No sé	0	12
			. Faltante	838	850
CIQD025	¿Durante 2 semanas, problemas para dormir?	¿Has tenido muchos más problemas para dormir que habitualmente durante ese periodo de 2 semanas, o los problemas te llevaban a dormir, despertabas a la mitad de la noche, o despertabas muy temprano?	1 Sí	81	81
			2 No	33	114
			7 R. Denegada	0	114
			9 No sé	0	114
			. Faltante	736	850
CIQD026	Frecuencia de los problemas para dormir.	Esto sucedió durante esas 2 semanas ... :	1 Todas las noches	23	23
			2 Casi todas las noches	46	69
			3 Menos frecuente	12	81
			7 R Denegada	0	81
			9 No sé	0	81
			. Faltante	769	850
CIQD027	¿Te despertabas 2 horas más temprano?	¿Te despertabas hasta 2 horas antes de lo que querías todos los días durante esas 2 semanas?	1 Sí	18	18
			2 No	5	23
			7 R. Denegada	0	23
			9 No sé	0	23
			. Faltante	827	850
CIQD028	¿Dormías demasiado?	¿Dormías demasiado casi todos los días?	1 Sí	34	34
			2 No	80	114
			7 R. Denegada	0	114
			9 No sé	0	114

			. Faltante	736	850
CIQD029	¿Te sentías mal al despertar la primera vez, y mejor más tarde?	(Durante ese periodo de 2 semanas), ¿Te sentías particularmente mal cuando te despertabas la primera vez, pero te sentías mejor más tarde en el transcurso del día?	1 Sí	66	66
			2 No	47	113
			7 R. Denegada	0	113
			9 No sé	1	114
			. Faltante	736	850
CIQD030	¿Tu interés en el sexo era menor que habitualmente?	(Durante ese periodo de 2 semanas) ¿Tu interés en el sexo era mucho menor que habitualmente?	1 Sí	83	83
			2 No	30	113
			7 R. Denegada	0	113
			9 No sé	1	114
			. Faltante	736	850
CIQD031	¿Perdiste habilidad para disfrutar las buenas cosas?	(Durante ese periodo de 2 semanas) ¿Perdiste la habilidad para disfrutar el que te sucedieran cosas buenas, como ganar algo, o ser elogiado o recibir algún cumplido?	1 Sí	76	76
			2 No	37	113
			7 R. Denegada	0	113
			9 No sé	1	114
			. Faltante	736	850
CIQD032	¿Hablabas o te movías más despacio?	¿Hablabas o te movías más despacio de lo normal para tí casi todos los días durante ese periodo de 2 semanas?	1 Sí	51	51
			2 No	63	114
			7 R. Denegada	0	114
			9 No sé	0	114
			. Faltante	763	850
CIQD033	¿Alguien te comentó ... más despacio?	¿Alguien más te comentó que estabas hablando o moviéndote despacio?	1 Sí	37	37
			2 No	14	51
			7 R. Denegada	0	51
			9 No sé	0	51
			. Faltante	799	850
CIQD034	¿Tenías que moverte todo el tiempo?	(Durante ese periodo de 2 semanas) ¿Tenías que estarte moviendo todo el tiempo, es decir, no podías permanecer sentado e ibas de arriba a abajo, o no podías mantener tus manos quietas al estar sentado?	1 Sí	26	26
			2 No	37	63
			7 R. Denegada	0	63
			9 No sé	0	63
			. Faltante	787	850
CIQD035	¿Alguien te comentó que te movías todo el tiempo?	¿Alguien más comentó que te estabas moviendo todo el tiempo?	1 Sí	15	15
			2 No	10	25
			7 R. Denegada	0	25
			9 No sé	1	26
			. Faltante	824	850
CIQD036	¿Te sentías desvalorizado casi todos los días?	(Durante ese periodo de 2 semanas) ¿te sentías desvalorizado casi todos los días?	1 Sí	48	48
			2 No	66	114
			7 R. Denegada	0	114
			9 No sé	0	114
			. Faltante	736	850
CIQD037	¿Te sentías culpable?	¿Te sientes culpable?	1 Sí	56	56
			2 No	84	114
			7 R. Denegada	0	114
			9 No sé	0	114
			. Faltante	763	850
CIQD038	Había razón para	¿Había una razón particular	1 El entrevistado dio una	54	54

	la desvalorización o la culpa?	para sentirte (desvalorizado/culpable)? ¿Alguna otra razón?	razón		
			5 No hay una razón en particular	21	75
			7 R Denegada	0	75
			9 No sé	0	75
			. Faltante	775	850
CIQD039	[No hay pregunta 39]				
CIQD040	¿Sentías desvalorización/ culpa relacionada con la depresión?	¿Sentías desvalorización o culpa sólo cuando estabas padeciendo la depresión?	1 Sí	8	8
			2 No	46	54
			7 R. Denegada	0	54
			9 No sé	0	54
			. Faltante	796	850
CIQD041	¿Te sentías no tan bien como otros?	¿Sentías que no estabas tan bien como otros?	1 Sí	60	60
			2 No	54	114
			7 R. Denegada	0	114
			9 No sé	0	114
			. Faltante	736	850
CIQD042	¿Tenías poca confianza...?	¿Tenías tan poca confianza que nunca te atrevías a dar tu opinión?	1 Sí	43	43
			2 No	71	114
			7 R. Denegada	0	114
			9 No sé	0	114
			. Faltante	736	850
CIQD043	¿Tenías problemas para concentrarte?	(Durante ese periodo de 2 semanas) ¿Tuviste muchos más problemas para concentrarte de lo que es normal para ti?	1 Sí	88	88
			2 No	26	114
			7 R. Denegada	0	114
			9 No sé	0	114
			. Faltante	763	850
CIQD044	¿No podías leer... ni poner atención?	¿No podías leer cosas que habitualmente te interesan, o ver televisión o películas que habitualmente te gustan porque no podías ponerles atención?	1 Sí	48	48
			2 No	39	87
			7 R. Denegada	0	87
			9 No sé	1	88
			. Faltante	762	850
CIQD045	¿Los pensamientos venían despacio?	(Durante ese periodo de 2 semanas), ¿tus pensamientos venían mucho más despacio de lo usual o parecían revueltos?	1 Sí	63	63
			2 No	50	113
			7 R. Denegada	0	113
			9 No sé	1	114
			. Faltante	736	850
CIQD046	¿No podías alertar tu mente?	(Durante ese periodo de 2 semanas), ¿no podías alertar tu mente acerca de cosas que ordinariamente no te cuesta trabajo decidir?	1 Sí	59	59
			2 No	53	112
			7 R. Denegada	0	112
			9 No sé	2	114
			. Faltante	762	850
CIQD047	¿Pensabas mucho en la muerte?	(Durante ese periodo de 2 semanas) ¿pensabas mucho en la muerte?	1 Sí	36	36
			2 No	78	114
			7 R. Denegada	0	114
			9 No sé	0	114
			. Faltante	763	850
CIQD048	¿Pensabas en suicidarte?	¿Te sentías tan deprimido que pensabas mucho en suicidarte?	1 Sí	22	22
			2 No	92	114
			7 R. Denegada	0	114
			9 No sé	0	114
			. Faltante	763	850

CIQD049	¿Hiciste un plan de suicidio?	¿Hiciste un plan de suicidio?	1 Sí	3	3
			2 No	19	22
			7 R. Denegada	0	22
			9 No sé	0	22
			. Faltante	828	850
CIQD050	¿Intentaste suicidarte?	¿Intentaste suicidarte?	1 Sí	2	2
			2 No	20	22
			7 R. Denegada	0	22
			9 No sé	0	22
			. Faltante	828	850
CIQD051	Número de semanas de TVD en los últimos 12 meses.	Voy a revisar lo que me has dicho. Tuviste un periodo de 2 semanas o más, en que (frase raíz de TVD) y al mismo tiempo tenías otros problemas. Por ejemplo, (completa con 3 frases seleccionadas de la tarjeta C), y tuviste otros problemas que mencionaste. Piensa en todas las semanas que en los últimos 12 meses (frase raíz de TVD) y que también tenías este(os) problema(s) casi todos los días. ¿Como cuántas semanas del total de 52 estuviste así en los 12 últimos meses?	2 a 52 Rango de valores	111	111
			77 R Denegada	0	111
			99 No sé	3	114
			. Faltante	763	850
CIQD052	¿Fue 1 periodo o 2 o más?	¿Fue un periodo de (número de semanas de CIQD051) seguidas, o fueron dos o más periodos que juntos suman (número de semanas de CIQD051)?	1 Un periodo	22	22
			2 Dos o más periodos	51	73
			7 R Denegada	0	73
			9 No sé	0	73
			. Faltante	777	850
CIQD053	¿Fue 1 periodo o 2 o más?	¿Fue 1 periodo o 2 o más?	1 Un periodo	1	1
			2 Dos o más periodos	1	2
			7 R Denegada	0	2
			9 No sé	1	3
			. Faltante	847	850
CIQD054	¿El periodo continúa o ya terminó?	¿El periodo continúa o ya terminó?	1 Todavía continúa	20	20
			5 Ya terminó	41	61
			7 R Denegada	0	61
			9 No sé	1	61
			. Faltante	789	850
CIQD055	¿Cuánto tiempo ha durado el periodo?	¿Cuánto tiempo ha durado el periodo?	72 a 180 Rango de valores	4	4
			777 R Denegada	0	4
			999 No sé	0	4
			. Faltante	846	850
CIQD056	¿Cuándo terminó, el mes pasado o antes?	¿Cuándo terminó, en el transcurso del mes pasado o hace más de un mes?	1 El mes pasado	0	0
			2 Hace más de un mes	1	1
			7 R Denegada	0	1
			9 No sé	0	1
			. Faltante	849	850
CIQD057	¿Terminó el mes	¿Cuándo terminó, en el	1 Durante el mes pasado	12	12

	pasado, hace 6 meses o más de 6 meses?	transcurso del mes pasado, en los 6 meses anteriores o hace más de 6 mes?	2 En los 6 meses anteriores	14	26
			3 Hace más de 6 meses	12	38
			7 R Denegada	0	38
			9 No sé	0	38
			. Faltante	812	850
CIQD058	¿Cuánto tiempo transcurrió antes de que terminara el periodo?	¿Cuánto tiempo duró el periodo antes de que terminara? (respuestas en semanas)	1 a 48 Rango de valores	15	15
			7777 R Denegada	0	15
			9999 No sé	0	15
			. Faltante	835	850
CIQD059	¿El periodo comenzó después de la muerte de alguien?	¿Este periodo comenzó justamente después de la muerte de alguien cercano a tí?	1 Sí	16	16
			2 No	45	61
			7 R. Denegada	0	61
			9 No sé	0	61
			. Faltante	789	850
CIQD060	¿Quien murió?	¿Quien murió?	1 Esposo	0	0
			2 Niño	2	2
			3 Pariente/hermano	7	9
			4 Otro relacionado	5	14
			5 No relacionado	2	16
			7 R. Denegada	0	16
			9 No sé	0	16
			. Faltante	834	850
CIQD061	¿El periodo comenzó durante un mes en que tenías un bebé?	¿Este periodo comenzó durante un mes en que tenías un bebé?	1 Sí	3	3
			2 No	42	45
			7 R. Denegada	0	45
			9 No sé	0	45
			. Faltante	805	850
CIQD062	¿No pasó otra cosa antes del periodo?	¿No pasó otra cosa durante el tiempo cercano anterior al comienzo de este periodo, que lo hubiera originado?	1 Sí	24	24
			2 No	18	42
			7 R. Denegada	0	42
			9 No sé	0	42
			. Faltante	808	850
CIQD063	[No hay pregunta 63]				
CIQD064	¿Cuántos periodos?	¿Cuántos periodos?	2 a 10 Rango de valores	49	49
			77 R. Denegada	1	50
			99 No sé	2	52
			. Faltante	798	850
CIQD065	Número de semanas antes de que terminara.	¿Cuántas semanas, meses o años duró el primer periodo antes de que terminara? (respuestas en semanas)	2 a 20 Rango de valores	13	13
			77 R. Denegada	0	13
			99 No sé	0	13
			. Faltante	837	850
CIQD066	¿El primer periodo comenzó después de que alguien muriera?	¿Este primer periodo comenzó justamente después de que alguien cercano a tí muriera?	1 Sí	4	4
			2 No	9	13
			7 R. Denegada	0	13
			9 No sé	0	13
			. Faltante	837	850
CIQD067	¿Quién murió?	¿Quién murió?	1 Esposo	0	0
			2 Niño	0	0
			3 Pariente/hermano	0	0
			4 Otro relacionado	4	4
			5 No relacionado	0	4
			7 R. Denegada	0	4

			9 No sé	0	4
			. Faltante	846	850
CIQD068	¿El periodo comenzó durante un mes en que tenías un bebé?	¿Este periodo comenzó durante un mes en que tenías un bebé?	1 Sí	1	1
			2 No	8	9
			7 R. Denegada	0	9
			9 No sé	0	9
			. Faltante	841	850
CIQD069	¿Ninguna otra cosa pasó antes del periodo?	¿No pasó otra cosa durante el tiempo cercano anterior al comienzo de este periodo, que lo hubiera originado?	1 Sí	3	3
			2 No	5	8
			7 R. Denegada	0	8
			9 No sé	0	8
			. Faltante	842	850
CIQD070	[No hay pregunta 70]				
CIQD071	¿Cuánto tiempo entre dos periodos?	¿Cuánto tiempo transcurrió entr el final de este primer periodo y el comienzo del segundo? (respuestas en semanas)	7 a 180 Rango de valores	12	12
			7777 R Denegada	0	12
			9999 No sé	1	13
			. Faltante	837	850
CIQD072	¿Te sentiste bien dos meses entre ambos periodos?	¿Te sentiste bien durante dos meses por lo menos, entre ambos periodos?	1 Sí	7	7
			2 No	0	7
			7 R. Denegada	0	7
			9 No sé	0	7
			. Faltante	843	850
CIQD073	¿Disfrutaste dos meses?	¿Entre estos dos periodos, tuviste dos meses por lo menos en los que eras capaz de sacar adelante tus actividades diarias y disfrutar de estar con otras personas, tanto como antes de que comenzara el primer periodo?	1 Sí	6	6
			2 No	1	7
			7 R. Denegada	0	7
			9 No sé	0	7
			. Faltante	843	850
CIQD074	¿El segundo periodo está transcurriendo o ya terminó?	¿El segundo periodo aún está transcurriendo o ya terminó?	1 Está transcurriendo aún	8	8
			5 Ya terminó	5	13
			7 R. Denegada	0	13
			9 No sé	0	13
			. Faltante	837	850
CIQD075	¿Cuánto tiempo transcurrió antes de que terminara?	¿Cuánto tiempo transcurrió antes de que terminara? (respuestas en semanas)	7 a 30 Rango de Valores	8	8
			7777 R Denegada	0	8
			9999 No sé	0	8
			. Faltante	842	850
CIQD076	¿Terminó el mes pasado o hace más de un mes?	¿Cuándo terminó - en el mes pasado o hace más de un mes?	1 En el mes pasado	1	1
			2 Hace más de un mes	1	2
			7 R. Denegada	0	2
			9 No sé	0	2
			. Faltante	848	850
CIQD077	¿Terminó el mes pasado, en los 6 meses anteriores o antes?	¿Cuándo terminó - en el mes pasado, en los 6 meses anteriores o hace más de 6 mes?	1 En el último mes	1	1
			2 En los últimos 6 meses	2	3
			3 Hace más de 6 meses	0	3
			7 R Denegada	0	3
			9 No sé	0	3
			. Faltante	847	850
CIQD078	¿El Segundo periodo comenzó	¿Este segundo periodo comenzó justamente después	1 Sí	0	0
			2 No	13	13

	después de que alguien murió?	de que alguien cercano a tí muriera?	7 R. Denegada	0	13
			9 No sé	0	13
			. Faltante	837	850
CIQD079	¿Quién murió?	¿Quién murió?	1 Esposo	0	0
			2 Niño	0	0
			3 Pariente/hermano	0	0
			4 Otro relacionado	0	0
			5 No relacionado	0	0
			7 R. Denegada	0	0
			9 No sé	0	0
			. Faltante	850	850
CIQD080	¿El segundo periodo comenzó durante un mes en que tenías un bebé?	¿Este segundo periodo comenzó durante un mes en que tenías un bebé?	1 Sí	0	0
			2 No	6	6
			7 R. Denegada	0	6
			9 No sé	0	6
			. Faltante	844	850
CIQD081	¿No pasó nada más antes del segundo periodo?	¿No pasó otra cosa durante el tiempo cercano anterior al comienzo de este periodo, que lo hubiera originado?	1 Sí	5	5
			2 No	8	13
			7 R. Denegada	0	13
			9 No sé	1	13
			. Faltante	837	850
CIQD082	[No hay pregunta 82]				
CIQD083	¿De cuántas semanas ha sido el periodo TVD más largo?	En los últimos 12 meses, ¿De cuántas semanas ha sido el periodo más largo que te has sentido así?	1 a 12 Rango de valores	37	37
			7 R. Denegada	1	38
			9 No sé	2	40
			. Faltante	810	850
CIQD084	¿El periodo más reciente de 4 está ocurriendo o ya terminó?	¿El periodo más reciente de estos (número de CIQD064) está ocurriendo o ya terminó?	1 Aún continúa	16	16
			5 Ya terminó	24	40
			7 R. Denegada	0	40
			9 No sé	0	40
			. Faltante	810	850
CIQD085	¿Terminó en el último mes o hace más de un mes?	¿Cuándo terminó - en el último mes o hace más de un mes?	1 El mes pasado	2	2
			2 Hace más de un mes	0	2
			7 R Denegada	0	2
			9 No sé	0	2
			. Faltante	848	850
CIQD086	¿Terminó en el mese anterior, en los 6 meses anteriores o antes?	¿Cuándo terminó - en el último mes, en los 6 meses anteriores o hace más de 6 meses?	1 En el último mes	13	13
			2 En los últimos 6 meses	6	19
			3 Hace más de 6 meses	3	22
			7 R Denegada	0	22
			9 No sé	0	22
			. Faltante	828	850
CIQD087	¿Entre 4 periodos, estuviste bien por 2 meses?	Entre cualquiera de estos periodos, ¿te sentiste bien por dos meses cuando menos?	1 Sí, No me sentí bien.	29	29
			2 No, me sentí bien entre episodios	10	39
			7 R Denegada	0	39
			9 No sé	1	40
			. Faltante	810	850
CIQD088	¿Entre periodos, 2 meses de	Entre estos periodos ¿Tuviste cuando menos 2 meses, en	1 Sí	28	28
			2 No	1	29

	actividades?	que eras capaz de sacar adelante tus actividades diarias y disfrutar de estar con otras personas, tanto como antes de que comenzara el primer periodo?	7 R. Denegada	0	29
			9 No sé	1	30
			. Faltante	820	850
CIQD089	¿Los 4 periodos ocurrieron después de que alguien murió?	Piensa qué estaba pasando en tu vida justamente antes de cada uno de tus periodos de (TVD/pérdida de interes en la mayoría de las cosas/irritable) en los últimos 12 meses. ¿Ninguno de estos periodos ocurió justamente después de que alguien cercano a tí muriera?	1 Sí	8	8
			2 No	32	40
			7 R. Denegada	0	40
			9 No sé	0	40
			. Faltante	810	850
CIQD090	¿Quién murió?	¿Quién murió?	1 Esposo	1	1
			2 Niño	0	1
			3 Pariente/hermano	1	2
			4 Otro relacionado	5	7
			5 No relacionado	1	8
			7 R. Denegada	0	8
			9 No sé	0	8
			. Faltante	842	850
CIQD091	¿Los cuatro periodos fueron después de la muerte?	¿Todos estos periodos fueron justamente después de la muerte de alguien cercano a tí?	1 Sí	3	3
			2 No	5	8
			7 R. Denegada	0	8
			9 No sé	0	8
			. Faltante	842	850
CIQD092	¿Los periodos ocurrieron durante un mes en que tenías un bebé?	¿Alguno de estos periodos en los últimos 12 meses ocurrió durante un mes en que tenías un bebé?	1 Sí	4	4
			2 No	20	24
			7 R. Denegada	0	24
			9 No sé	0	24
			. Faltante	826	850
CIQD093	¿Nada más pasó antes de los periodos?	¿No pasó otra cosa durante el tiempo cercano anterior al comienzo de cualquiera de estos periodos, que los hubiera originado?	1 Sí	21	21
			2 No	16	37
			7 R. Denegada	0	37
			9 No sé	0	37
			. Faltante	813	850
CIQD094	[No hay pregunta 94]				
CIQD095	¿TVD interfiere con tu vida cotidiana?	Piensa sobre cómo tu vida y actividades fueron afectadas en los 12 últimos meses por (estar triste, deprimido, vacío/sin interés en la mayoría de las cosas/irritable) y los otros problemas descritos. Estos problemas interfirieron con tu vida y actividades ... :	1 Mucho	33	33
			2 Algo	54	78
			3 Un poco	27	105
			4 No demasiado	8	113
			7 R. Denegada	0	113
			9 No sé	1	114
			. Faltante	736	850
CIQD096	Número de Días en total	¿Como cuántos días en los últimos 12 meses estabas	0 a 365 Rango de valores	104	104

	incapacitado para trabajar.	totalmente incapacitado por todo el día para trabajar y sacar adelante otras actividades normales, a causa de (estar triste, vacío, deprimido/sin interés en la mayoría de las cosas/irritable) y los demás problemas descritos? Puedes contestar con cualquier número entre 0 y 365.	777 R. Denegada	0	104
			999 No sé	2	106
			. Faltante	744	850
CIQD097	¿Ese día ocurrió en las 4 semanas anteriores?	¿Ese(esos) día(s) ocurrió(ocurrieron) en las 4 semanas anteriores?	1 Sí	2	2
			2 No	1	3
			7 R. Denegada	0	3
			9 No sé	0	3
			. Faltante	847	850
CIQD098	Número de Días en total durante las 4 semanas anteriores.	¿Cuántos de esos días ocurrieron en las últimas 4 semanas?	0 a 99 Rango de valores	38	38
			777 R. Denegada	0	38
			999 No sé	0	38
			. Faltante	812	850
CIQD099	Número de Días en que disminuyó la cantidad/calidad	[Sin contar el(los) día(s) en que estabas totalmente incapacitado para trabajar], como cuántos (otros) días en los últimos 12 meses, disminuiste tu trabajo en cantidad o en la calidad, a causa de esos problemas? (Otra vez, puedes usar cualquier número entre 0 y 365).	0 a 365 Rango de valores	99	99
			777 R. Denegada	0	99
			999 No sé	4	103
			. Faltante	747	850
CIQD100	Describe la disminución de cantidad/calidad	Piensa en (ese(esos) # de días de CIQD099 en que acortaste la cantidad/calidad de tu trabajo), en una escala de 0 a 100 en la que 0 significa estar totalmente deshabilitado para trabajar, y 100 significa un día entero de trabajo de alta calidad, ¿qué número describe la cantidad y calidad de tu trabajo durante (ese(esos) # de días de CIQD099)?	0 a 100 Rango de valores	58	58
			777 R. Denegada	0	58
			999 No sé	2	60
			. Faltante	790	850
CIQD101	¿La disminución ocurrió en las últimas 4 semanas?	¿Ese(esos) día(s) de disminución ocurrió(ocurrieron) en las últimas 4 semanas?	1 Sí	0	0
			2 No	1	1
			7 R. Denegada	0	1
			9 No sé	0	1
			. Faltante	849	850
CIQD102	Número de días disminuidos en las últimas 4 semanas.	¿Cuántos de estos días disminuidos hubo en las últimas 4 semanas?	0 a 20 Rango de valores	25	25
			77 R. Denegada	0	25
			99 No sé	1	26
			. Faltante	824	850

CIQD103	Número de días de extremo esfuerzo para trabajar.	[Sin contar el(los) día(s) en que estabas totalmente inhabilitado para trabajar], ¿Como cuántos (otros) días en los últimos 12 meses, te costó un esfuerzo extremo alcanzar tu nivel acostumbrado de trabajo o de tus otras actividades cotidianas, a causa de (estar triste/sin interés/irritable)? (Otra vez, puedes usar cualquier número entre 0 y 365)	0 a 280 Rango de valores	100	100
			777 R. Denegada	0	100
			999 No sé	2	102
			. Faltante	748	850
CIQD104	¿Este esfuerzo extremo ocurrió en las últimas 4 semanas?	¿Este día de esfuerzo extremo ocurrió en las últimas 4 semanas?	1 Sí	0	0
			2 No	0	0
			7 R. Denegada	0	0
			9 No sé	0	0
			. Faltante	850	850
CIQD105	Número de días de esfuerzo extremo en las últimas 4 semanas.	¿Cuántos de esos días de esfuerzo extremo ocurrieron en las últimas 4 semanas?	0 a 28 Rango de valores	20	20
			77 R. Denegada	0	20
			99 No sé	1	21
			. Faltante	829	850
CIQD106	Número de días que TVD interfirió en tu vida personal.	¿Y como cuántos días en los últimos 12 meses (estar triste/ sin interés/irritable) y los demás problemas relatados, interfirieron seriamente con tu vida personal o social? (Otra vez, puedes usar cualquier número entre 0 y 365).	0 a 365 Rango de valores	104	104
			777 R. Denegada	0	104
			999 No sé	2	106
			. Faltante	744	850
CIQD107	¿Esta interferencia ocurrió en las últimas 4 semanas?	¿Esta interferencia ocurrió en las últimas 4 semanas?	1 Sí	0	0
			2 No	0	0
			7 R. Denegada	0	0
			9 No sé	0	0
			. Faltante	850	850
CIQD108	Número de días de la interferencia en las últimas 4 semanas.	¿Cuántos días de esos ocurrieron en las últimas 4 semanas?	0 a 20 Rango de valores	79	79
			77 R. Denegada	0	79
			99 No sé	1	80
			. Faltante	770	850
CIQD109	¿Le dijiste a algún médico acerca de TVD?	¿En los últimos 12 meses, le dijiste a un doctor acerca de (sentirte triste, vacío, deprimido/sin interés en la mayoría de las cosas/irritable)?	1 Sí	36	36
			2 No	77	113
			7 R. Denegada	0	113
			9 No sé	0	113
			. Faltante	737	850
CIQDPA	¿Le dijiste a otro profesionalista acerca de TVD?	¿Le dijiste a otro profesionalista acerca de estar triste, vacío, deprimido?	1 Sí	5	5
			2 No	72	77
			7 R. Denegada	0	77
			9 No sé	0	77
			. Faltante	773	850

CIQDPB	¿Tomaste medicamentos para TVD?	¿Tomaste medicamentos para TVD?	1 Sí	1	1
			2 No	71	72
			7 R. Denegada	0	72
			9 No sé	0	72
			. Faltante	778	850
CIQDPC	¿TVD interfiere con tu vida?	¿El sentirte triste, vacío, deprimido interfirió con tu vida?	1 Sí	12	12
			2 No	59	71
			7 R. Denegada	0	71
			9 No sé	0	71
			. Faltante	779	850
CIQDPD	¿TVD surgió de una enfermedad física?	¿El sentirte triste, vacío, deprimido surgió de una enfermedad física?	1 Sí	2	2
			2 No	16	18
			7 R. Denegada	0	18
			9 No sé	0	18
			. Faltante	832	850
CIQDPE	¿TVD surgió de MDA ⁷⁸ ?	¿El sentirte triste, vacío, deprimido fue consecuencia de medicamentos, drogas o alcohol?	1 Sí	1	1
			2 No	15	16
			7 R. Denegada	0	16
			9 No sé	0	16
			. Faltante	834	850
CIQDPF	¿TVD siempre surge de MDA?	¿El sentirte triste, vacío, deprimido siempre fue consecuencia de medicamentos, drogas o alcohol?	1 Sí	1	1
			2 No	0	1
			7 R. Denegada	0	1
			9 No sé	0	1
			. Faltante	849	850
CIQDPHA	¿El doctor dijo que los nervios te causaron TVD?	¿El doctor dijo que los nervios te hicieron sentir triste, vacío, deprimido?	1 El doctor dijo que los nervios te causaron TVD	2	2
			77 R. Denegada	2	4
			99 No sé	2	6
			. Faltante	844	850
CIQDPHB	¿El doctor dijo que el estrés te causó TVD?	¿El doctor dijo que el estrés te hizo sentir triste, vacío, deprimido?	2 El doctor dijo que el estrés te causó TVD	5	5
			. Faltante	845	850
CIQDPHC	¿El doctor dijo que la ansiedad te causó TVD?	¿El doctor dijo que la ansiedad te hizo sentir triste, vacío, deprimido?	3 El doctor dijo que la ansiedad te causó TVD	7	7
			. Faltante	843	850
CIQDPHD	¿El doctor dijo que la depresión te causó TVD?	¿El doctor dijo que la depresión te hizo sentir triste, vacío, deprimido?	4 El doctor dijo que la depresión te causó TVD	21	21
			. Faltante	829	850

⁷⁸ MDA: Medicamentos, drogas o alcohol.

	te causó TVD?				
CIQDPHE	¿El doctor dijo que alguna enfermedad mental te causó TVD?	¿El doctor dijo que alguna enfermedad mental te causó triste, vacío, deprimido?	5 El doctor dijo que alguna enfermedad mental te causó TVD	1	1
			. Faltante	849	850
CIQDPHF	¿El doctor dijo que algún(os) medicamento(s) te causó (causaron) TVD?	¿El doctor dijo que algunos medicamentos causaron que te sintieras triste, vacío, deprimido?	6 El doctor dijo que algún(os) medicamento(s) te causó (causaron) TVD	1	1
			. Faltante	849	850
C IQDPHG	¿El doctor dijo que drogas te causaron TVD?	¿El doctor dijo que la(s) droga(s) causó(aron) que te sintieras triste, vacío, deprimido?	7 El doctor dijo que drogas te causaron TVD	0	0
			. Faltante	850	850
CIQDPHH	¿El doctor dijo que el alcohol te causó TVD?	¿El doctor dijo que el alcohol causó que te sintieras triste, vacío, deprimido?	8 El doctor dijo que el alcohol te causó TVD	0	0
			. Faltante	850	850
CIQDPHI	¿El doctor dijo que alguna enfermedad física te causó TVD?	¿El doctor dijo que alguna enfermedad física causó que te sintieras triste, vacío, deprimido?	9 El doctor dijo que alguna enfermedad física te causó TVD	1	1
			. Faltante	849	850
CIQDPHJ	¿El doctor dijo que una lesión física te causó TVD?	¿El doctor dijo que una lesión física causó que te sintieras triste, vacío, deprimido?	10 El doctor dijo que una lesión física te causó TVD	2	2
			. Faltante	848	850

CIQDPHK	¿El doctor dio un diagnóstico no definido para TVD?	¿El doctor dio un diagnóstico no definido sobre el sentirte triste, vacío o deprimido?	11 El doctor dio un diagnóstico no definido para TVD	3	3
			. Faltante	847	850
CIQDPJ	¿TVD siempre resulta de MDA?	¿El sentirte triste, vacío o deprimido siempre fue por causa de medicamentos, drogas o alcohol?	1 Sí	1	1
			2 No	0	1
			7 R. Denegada	0	1
			9 No sé	0	1
			. Faltante	849	850
CIQDPK	¿TVD surgió de una enfermedad física?	¿Cuando el estar triste, vacío o deprimido no se debió a medicamentos, drogas o alcohol, el origen (de TVD) fue siempre una enfermedad física?	1 Sí	0	0
			2 No	0	0
			7 R. Denegada	0	0
			9 No sé	0	0
			. Faltante	850	850
CIQDPQ	¿Nada anormal durante el examen?	¿Nada anormal durante el examen?	1 Nada anormal	4	4
			2 No hubo examen	1	5
			5 Algo anormal	0	5
			7 R. Denegada	0	5
			9 No sé	2	7
			. Faltante	843	850
CIQDPN	¿TVD siempre surgió de enfermedad física?	¿TVD siempre surgió de enfermedad física?	1 Sí	0	0
			2 No	1	1
			7 R. Denegada	0	1
			9 No sé	0	1
			. Faltante	849	850
CIQDPO	¿Cuando no enfermedad, TVD siempre originó MDA?	Cuando el sentirte triste, vacío o deprimido no tuvo su origen en enfermedad física, ¿siempre se originó (TVD) por medicamentos, drogas o alcohol?	1 Sí	2	2
			2 No	1	3
			7 R. Denegada	0	3
			9 No sé	0	3
			. Faltante	847	850
CIDDPRB	Causa general del problema.	Causa general del problema.	1. No hay problema	0	0
			2. No es clínicamente significativa	59	59
			3. Medicamentos, drogas o alcohol	2	61
			4. Origen físico	2	63
			5. Síntoma psiquiátrico	50	113
			. Faltante	737	850
CIQD110	¿Recuerdas tu edad cuando la	¿Recuerdas tu edad exacta de la primera vez en tu vida, en que tuviste un periodo de 2 semanas o mayor de	1 Sí	85	85
			2 No	20	105
			7 R. Denegada	0	105

	primera TVD?	(sentirte triste, vacío, deprimido/sin interés en la mayoría de las cosas/irritable) y con algun(os) de los otros problemas que revisamos?	9 No sé	8	113
			. Faltante	737	850
CIQD111	¿Qué edad tenías cuando la primera TVD?	¿Qué edad tenías cuando la primera TVD?	2 a 39 Rango de valores	85	85
			77 R. Denegada	0	85
			. Faltante	765	850
CIQD112	¿Como qué edad tenías cuando la primera TVD?	¿Como qué edad tenías la primera vez que tuviste un periodo de este tipo?	7 a 37 Rango de valores	22	22
			77 R. Denegada	2	24
			99 No sé	4	28
			. Faltante	822	850
CIQD113	La más temprana edad de un periodo de TVD.	¿Cuál es la edad más temprana que claramente puedes recordar, de un momento particular en el cual hayas tenido un periodo de este tipo?	7 a 37 Rango de valores	23	23
			77 R. Denegada	0	23
			99 No sé	5	28
			. Faltante	822	850
CIDDSCOR	Resultado de depresión	Resultado de depresión	1 Diagnóstico Positivo	50	50
			5 Diagnóstico Negativo	641	691
			. Faltante	159	850

j) *Entrevista sobre ansiedad*

Con formato: Fuente: (Predeterminado) Cambria, 13 pto, Negrita, Cursiva, Color de fuente: Color personalizado(RGB(79,129,189)), Inglés (Estados Unidos)

Tabla 2.1.2 PREGUNTAS Y CONTEO DE RESPUESTAS DEL CUESTIONARIO SOBRE ANSIEDAD

NOMBRE	ETIQUETA SAS	TEXTO	RESPUESTA DESCRIPCIÓN (con valor o código)	CON- TEO	ACU- MULA- TIVO
WTSCI2Y R	Peso MEC de 2 años para la Submuestra CIDI		5216.6934328 a 300649.07751	712	712
			Rango de valores . Faltante	138	850
CIAORDE R	Orden en que son preguntados los módulos CIDI		0 Pánico, Ansiedad, Depresión	373	373
			1 Depresión, Pánico, Ansiedad	321	694
			. Faltante	156	850
CIQG001	¿Un mes preocupado, tenso, ansioso (PTA)?	Las siguientes preguntas son acerca de largos periodos de sentirte preocupado, tenso, o ansioso (PTA). En los últimos 12 meses, ¿has tenido un periodo de un mes o más largo en el cual casi todos los días te has sentido PTA por los problemas cotidianos como trabajo o familia?	1 Sí	110	110
			2 No	583	693
			7 R. Denegada	0	693
			9 No sé	0	693
			. Faltante	157	850
CIQG002	¿El periodo duró 6 meses?	¿Ese periodo se prolongó hasta 6 meses?	1 Sí	32	32
			2 No	79	111
			7 R. Denegada	0	111
			9 No sé	0	111
			. Faltante	739	850
CIQG003	No. meses PTA	¿Cuántos meses fuera de los últimos 12, te sentiste preocupado, tenso o ansioso la mayoría de los días?	1 a 12 Rango de valores	111	111
			77 R. Denegada.	0	111
			99 No sé.	0	111
			. Faltante	739	850
CIQG004	Frecuencia de PTA	Durante ese(esos) mes(es), ¿estabas preocupado, tenso o ansioso... :	1 Todos los días	9	9
			2 Casi todos los días	18	27
			3 La mayoría de los días	39	66
			4 Como la mitad de los días	29	95
			5 Menos de la mitad de los días	16	111

			7 R. Denegada	0	111
			9 No sé	0	111
			. Faltante	739	850
CIQG005	Duración de PTA	¿ Y en los días que etabas preocupado o tenso o ansioso, te sentias de esa manera... :	1 Todo el día	4	4
			2 La mayor parte del día	34	38
			3 Como la mitad del día	37	75
			4 Menos de la mitad del día	20	95
			7 R. Denegada	0	95
			9 No sé	0	95
			. Faltante	755	850
CIQG006	¿PTA mucho más que los demás?	La gente difiere mucho en cuánto se preocupa de las cosas. (LEE LA SIGUIENTE FRASE DESPACIO) En los últimos 12 meses, ¿Tuviste un periodo en que la mayoría de los días estuviste mucho más preocupado, tenso o ansioso de lo que el común de la gente estaría en tu misma situación?	1 Sí	35	35
			2 No	546	581
			7 R. Denegada	0	581
			9 No sé	2	581
			. Faltante	267	850
CIQG007	¿El periodo se prolongó 6 meses?	¿Ese periodo se prolongó hasta 6 meses?	1 Sí	2	2
			2 No	33	35
			7 R. Denegada	0	35
			9 No sé	0	35
			. Faltante	815	850
CIQG008	No. meses PTA	¿Cuántos meses fuera de los últimos 12, te sentiste preocupado o tenso o ansioso la mayoría de los días?	0 a 6 Rango de valores	35	35
			77 R. Denegada	0	35
			99 No sé	0	35
			. Faltante	815	850
CIQG009	Frecuencia de PTA	Durante ese(os) mes(es), ¿Estabas preocupado, tenso o ansioso... :	1 Todos los días	0	0
			2 Casi todos los días	4	4
			3 La mayoría de los días	8	12
			4 Como la mitad de los días	5	17
			5 Menos de la mitad de los días	14	31
			7 R. Denegada	0	31
			9 No sé	0	31
. Faltante	819	850			
CIQG10	Duración de PTA	Y en los días que estabas preocupado, o tenso o ansioso, generalmente te sentias así... :	1 Todo el día	2	2
			2 La mayor parte del día	6	8
			3 Como la mitad del día	6	14
			4 Menos de la mitad del día	3	17
			7 R. Denegada	0	17
			9 No sé	0	17
			. Faltante	833	850

CIQG12	¿Preocupado por salud/uso de drogas?	Preocupación exclusiva por tu propia salud física o mental o peso o uso de drogas.	1 Sí	8	8
			2 No	104	112
			. Faltante	738	850
CIQG13	¿Tienes múltiples preocupaciones?	¿Te preocupa una sola cosa, o tienes múltiples preocupaciones?	1 Preocupado por una cosa	29	29
			2 Múltiples preocupaciones	75	104
			. Faltante	746	850
CIQG14	¿Crees que te preocupas demasiado?	¿Piensas que tu preocupación era excesiva, es decir más fuerte de lo que realmente debía de ser en tu situación?	1 Sí	34	34
			2 No	39	73
			7 R. Denegada	0	73
			9 No sé	2	75
			. Faltante	775	850
CIQG15	Qué tan seguido dificultad para controlar la preocupación	¿Qué tan seguido te parecía difícil controlar la preocupación: ...	1 Seguido.	22	22
			2 Algunas veces.	32	54
			3 Raramente.	12	66
			4 Nunca.	9	75
			7 R Denegada	0	75
			9 No sé	0	75
			. Faltante	775	850
CIQG16	Qué tan seguido fuerte preocupación.	¿Qué tan seguido era tan fuerte tu preocupación, que no podías ponerla fuera de tu mente sin importar lo mucho que lo intentarás:	1 Seguido.	21	21
			2 Algunas veces.	27	48
			3 Raramente.	19	67
			4 Nunca.	8	75
			7 R Denegada	0	75
			9 No sé	0	75
			. Faltante	775	850
CIQG17A	Tarjeta: ¿constantemente inquieto?	Ahora mira esta tarjeta. Es una lista de problemas que alguna gente tiene durante los periodos de sentirse preocupado, tenso o ansioso.	1 Sí	55	55
			2 No	20	75
			7 R. Denegada	0	75

		En los últimos 12 meses, durante tu periodo de preocupación, ¿constantemente estabas inquieto?	9 No sé	0	75
			. Faltante	775	850
CIQG17B	Tarjeta: ¿constantemente excitado, acalorado?		1 Sí	56	56
			2 No	19	75
			7 R. Denegada	0	75
			9 No sé	0	75
			. Faltante	775	850
CIQG17C	Tarjeta: ¿más cansado que generalmente?		1 Sí	54	54
			2 No	21	75
			7 R. Denegada	0	75
			9 No sé	0	75
			. Faltante	775	850
CIQG17D	Tarjeta: ¿Más irritable?		1 Sí	60	60
			2 No	15	75
			7 R. Denegada	0	75
			9 No sé	0	75
			. Faltante	775	850
CIQG17E	Tarjeta: ¿problemas para dormir?		1 Sí	50	50
			2 No	25	75
			7 R. Denegada	0	75
			9 No sé	0	75
			. Faltante	775	850
CIQG17F	Tarjeta: ¿problemas para alertar la mente?		1 Sí	57	57
			2 No	18	75
			7 R. Denegada	0	75
			9 No sé	0	75
			. Faltante	775	850
CIQG17G	Tarjeta: ¿tenso, afligido, músculos adoloridos?		1 Sí	39	39
			2 No	36	75
			7 R. Denegada	0	75
			9 No sé	0	75
			. Faltante	775	850
CIQG18	¿Le dijiste al médico de PTA?	¿En los últimos 12 meses, le dijiste a un doctor acerca de sentirte preocupado, tenso o ansioso cuando también tenías alguno de los problemas de la lista?	1 Sí	26	26
			2 No	49	75
			7 R. Denegada	0	75
			9 No sé	0	75
			. Faltante	775	850
CIQGPA	¿Le dijiste a otro profesionalista acerca de PTA?	¿Le dijiste a otro profesionalista acerca de estar preocupado, tenso o ansioso?	1 Sí	4	4
			2 No	45	49
			7 R. Denegada	0	49
			9 No sé	0	49
			. Faltante	801	850
CIQGPB	¿Tomaste medicamentos	¿Tomaste medicamentos para PTA?	1 Sí	2	2
			2 No	43	45

	para PTA?		7 R. Denegada	0	45
			9 No sé	0	45
			. Faltante	805	850
CIQGPC	¿PTA interfiere con tu vida?	¿El sentirte preocupado, tenso, ansioso interfirió con tu vida?	1 Sí	13	13
			2 No	30	43
			7 R. Denegada	0	43
			9 No sé	0	43
			. Faltante	807	850
CIQGPD	¿PTA surgió de una enfermedad física?	¿El sentirte preocupado, tenso, ansioso surgió de una enfermedad física?	1 Sí	3	3
			2 No	16	19
			7 R. Denegada	0	19
			9 No sé	0	19
			. Faltante	831	850
CIQGPE	¿PTA surgió de MDA ⁷⁹ ?	¿El sentirte preocupado, tenso, ansioso fue consecuencia de medicamentos, drogas o alcohol?	1 Sí	3	3
			2 No	13	16
			7 R. Denegada	0	16
			9 No sé	0	16
			. Faltante	834	850
CIQGPF	¿PTA siempre surge de MDA?	¿El sentirte preocupado, tenso, ansiososiempre fue consecuencia de medicamentos, drogas o alcohol?	1 Sí	2	2
			2 No	1	3
			7 R. Denegada	0	3
			9 No sé	0	3
			. Faltante	847	850
CIQGPHA	¿El doctor dijo que los nervios te causaron PTA?	¿El doctor dijo que los nervios te hicieron sentir preocupado, tenso, ansioso?	1 El dr. dijo que los nervios te causaron PTA	1	1
			77 R. Denegada	1	2
			99 No sé	2	4
			. Faltante	846	850
CIQGPH B	¿El doctor dijo que el estrés te causó PTA?	¿El doctor dijo que el estrés te hizo sentir preocupado, tenso, ansioso?	2 El dr. dijo que el estrés te causó PTA	1	1
			. Faltante	849	850
CIQGPHC	¿El doctor dijo que la ansiedad te causó PTA?	¿El doctor dijo que la ansiedad te hizo sentir preocupado, tenso, ansioso?	3 El dr. dijo que la ansiedad te causó PTA	5	5
			. Faltante	845	850
CIQGPHD	¿El doctor dijo que la depresión te causó PTA?	¿El doctor dijo que la depresión te hizo sentir preocupado, tenso, ansioso?	4 El dr. dijo que la depresión te causó PTA	7	7
			. Faltante	843	850
CIQGPH E	¿El doctor dijo que alguna enfermedad mental te causó PTA?	¿El doctor dijo que alguna enfermedad mental causó que te sintieras preocupado, tenso, ansioso?	5 El doctor dijo que alguna enfermedad mental te causó PTA	3	3
			. Faltante	847	850
CIQGPH F	¿El doctor dijo que alguna medicación te causó PTA?	¿El doctor dijo que alguna medicación te causó que te sintieras preocupado, tenso, ansioso?	6 El doctor dijo que alguna medicación te causó PTA	1	1
			. Faltante	849	850
CIQPHG ^{CI}	¿El doctor dijo que drogas te causaron PTA?	¿El doctor dijo que la(s) droga(s) causó(aron) que te sintieras preocupado, tenso, ansioso?	7 El doctor dijo que drogas te causaron PTA	0	0
			. Faltante	850	850

⁷⁹ MDA: Medicamentos, drogas o alcohol.

CIQGPHH	¿El doctor dijo que el alcohol te causó PTA?	¿El doctor dijo que el alcohol causó que te sintieras preocupado, tenso, ansioso?	8 El doctor dijo que el alcohol te causó PTA . Faltante	0 850	0 850
CIQGPHI	¿El doctor dijo que alguna enfermedad física te causó PTA?	¿El doctor dijo que alguna enfermedad física causó que te sintieras preocupado, tenso, ansioso?	9 El doctor dijo que alguna enfermedad física te causó PTA . Faltante	1 849	1 850
CIQGPHJ	¿El doctor dijo que una lesión física te causó PTA?	¿El doctor dijo que una lesión física causó que te sintieras preocupado, tenso, ansioso?	10 El doctor dijo que una lesión física te causó PTA . Faltante	3 847	3 850
CIQGPHK	¿El doctor dio un diagnóstico no definido para PTA?	¿El doctor dio un diagnóstico no definido sobre el sentirte preocupado, tenso, ansioso?	11 El doctor dio un diagnóstico no definido para PTA . Faltante	5 845	5 850
CIQGPJ	¿PTA siempre resulta de MDA?	¿El sentirte preocupado, tenso, ansioso siempre fue por causa de medicamentos, drogas o alcohol?	1 Sí 2 No 7 R. Denegada 9 No sé . Faltante	0 0 0 0 850	0 0 0 0 850
CIQGPK	¿PTA surgió de una enfermedad física?	¿Cuando el estar preocupado, tenso, ansioso no se debió a medicamentos, drogas o alcohol, el origen (de PTA) fue siempre una enfermedad física?	1 Sí 2 No 7 R. Denegada 9 No sé . Faltante	0 0 0 0 850	0 0 0 0 850
CIQGPQ	¿Nada anormal durante el examen?	¿Nada anormal durante el examen?	1 Nada anormal 2 No hubo examen 5 Algo anormal 7 R. Denegada 9 No sé . Faltante	6 2 0 0 0 842	6 8 8 8 8 850
CIQGNP	¿PTA siempre surgió de enfermedad física?	¿El estar preocupado, tenso o ansioso siempre surgió de enfermedad física?	1 Sí 2 No 7 R. Denegada 9 No sé . Faltante	2 4 0 0 844	2 6 6 6 850
CIQGPO	¿Cuando no enfermedad, PTA siempre originó MDA?	¿Cuando el sentirte preocupado, tenso o ansioso no tuvo su origen en enfermedad física, ¿siempre se originó (PTA) por medicamentos, drogas o alcohol?	1 Sí 2 No 7 R. Denegada 9 No sé . Faltante	0 4 0 0 846	0 4 4 4 850
CIDGPRB	Causa general de PTA.	Causa general del estar preocupado, tenso o ansioso.	1. No hay problema 2. No es clínicamente significativa 3. Medicamentos, drogas o alcohol 4. Origen físico	0 29 2 2	0 29 31 33

			5. Síntoma psiquiátrico	41	74
			. Faltante	776	850
CIQG19	¿Recuerdas tu edad cuando la primera PTA?	¿Recuerdas tu edad exacta de la primera vez en tu vida, en que tuviste un periodo de sentirte preocupado, tenso, ansioso, similar al que tuviste en los últimos 12 meses (que haya durado 6 meses o más) y con algún(os) de los otros problemas que revisamos?	1 Sí	53	53
			2 No	17	70
			7 R. Denegada	0	70
			9 No sé	5	75
			. Faltante	775	850
CIQG20	¿Qué edad tenías cuando la primera PTA?	¿Qué edad tenías cuando la primera PTA?	2 a 39 Rango de valores	53	53
			77 R. Denegada	0	53
			99 No sé	0	53
			. Faltante	797	850
CIQG21	¿Como qué edad tenías cuando la primera PTA?	¿Como qué edad tenías la primera vez que tuviste un periodo de este tipo?	9 a 39 Rango de valores	19	19
			77 R. Denegada	0	19
			99 No sé	3	22
			. Faltante	828	850
CIQG22	La más temprana edad de un periodo de PTA.	¿Cuál es la edad más temprana que claramente puedes recordar, de un momento particular en el cual hayas tenido un periodo de este tipo?	9 a 39 Rango de valores	19	19
			77 R. Denegada	0	19
			99 No sé	3	22
			. Faltante	828	850
CIQG23	¿Qué tan reciente fue el periodo de PTA.	¿Y qué tan reciente fue el periodo de este tipo que tuviste:	1 Durante el mes pasado	24	24
			2 En los últimos 6 meses	30	54
			3 Más de 6 meses atrás	21	75
			7 R. Denegada	0	75
			9 No sé	0	75
			. Faltante	775	850
CIQG24	¿Qué tan incómodo por sentir PTA?	En los últimos 12 meses, ¿qué tan incómodo has estado contigo mismo por estar preocupado, tenso o ansioso:	1 Muy incómodo	15	15
			2 Algo incómodo	33	48
			3 No muy incómodo	17	65
			4 Nada incómodo	10	75
			9 No sé	0	75
			7 R Denegada	0	75
			. Faltante	775	850
CIQG25	¿PTA interfiere con tu vida cotidiana?	Piensa acerca de cómo tu vida y actividades fueron afectadas en los últimos 12 meses por tu preocupación, tensión o ansiedad. Estas cosas interfieren con tu vida y actividades... :	1 Mucho	15	15
			2 Algo	29	44
			3 Un poco	18	62
			4 Nada	13	75
				0	75
				0	75
				775	850
CIQG26	Número de Días en total incapacitado para trabajar.	¿Como cuántos días en los últimos 12 meses estabas totalmente incapacitado por todo el día para trabajar y	0 a 260 Rango de valores	62	62
			777 R. Denegada	0	62

		sacar adelante otras actividades normales, a causa de (estar preocupado, tenso o ansioso) y los demás problemas descritos? Puedes contestar con cualquier número entre 0 y 365.	999 No sé	0	62
			. Faltante	788	850
CIQG27	¿Ese día ocurrió en las 4 semanas anteriores?	¿Ese(esos) día(s) ocurrió(ocurrieron) en las 4 semanas anteriores?	1 Sí	1	1
			2 No	1	2
			7 R. Denegada	0	2
			9 No sé	0	2
			. Faltante	848	850
CIQG28	Número de Días en total durante las 4 semanas anteriores.	¿Cuántos de esos días ocurrieron en las últimas 4 semanas?	0 a 20 Rango de valores	21	21
			777 R. Denegada	0	21
			999 No sé	1	21
			. Faltante	829	850
CIQG29	Número de Días en que disminuyó la cantidad/calidad	[Sin contar el(los) día(s) en que estabas totalmente incapacitado para trabajar], como cuántos (otros) días en los últimos 12 meses, disminuiste tu trabajo en cantidad o en la calidad, a causa de esos problemas? (Otra vez, puedes usar cualquier número entre 0 y 365).	0 a 365 Rango de valores	62	62
			777 R. Denegada	0	62
			999 No sé	0	62
			. Faltante	788	850
CIQG30	Describe la disminución de cantidad/calidad	Piensa en (ese(esos) # de días de CIQD099 en que acortaste la cantidad/calidad de tu trabajo), en una escala de 0 a 100 en la que 0 significa estar totalmente deshabilitado para trabajar, y 100 significa un día entero de trabajo de alta calidad, ¿qué número describe la cantidad y calidad de tu trabajo durante (ese(esos) # de días de CIQD099)?	0 a 100 Rango de valores	39	39
			777 R. Denegada	0	39
			999 No sé	0	39
			. Faltante	811	850
CIQG31	¿La disminución ocurrió en las últimas 4 semanas?	¿Ese(esos) día(s) de disminución ocurrió(ocurrieron) en las últimas 4 semanas?	1 Sí	0	0
			2 No	0	0
			7 R. Denegada	0	0
			9 No sé	0	0
			. Faltante	850	850
CIQG32	Número de días disminuídos en las últimas 4 semanas.	¿Cuántos de estos días disminuídos hubo en las últimas 4 semanas?	0 a 12 Rango de valores	20	20
			77 R. Denegada	0	20
			99 No sé	0	20
			. Faltante	830	850
CIQG33	Número de días de extremo esfuerzo para trabajar.	[Sin contar el(los) día(s) en que estabas totalmente inhabilitado para trabajar/ (o)/ (suspendiste el trabajo)], ¿Como cuántos (otros) días en los últimos 12	0 a 200 Rango de valores	60	60
			777 R. Denegada	0	60
			999 No sé	0	60
			. Faltante	790	850

		meses, te costó un esfuerzo extremo alcanzar tu nivel acostumbrado de trabajo o de tus otras actividades cotidianas, a causa de tu preocupación, tensión o ansiedad? (Otra vez, puedes usar cualquier número entre 0 y 365)			
CQG34	¿Este esfuerzo extremo ocurrió en las últimas 4 semanas?	¿Este día de esfuerzo extremo ocurrió en las últimas 4 semanas?	1 Sí	0	0
			2 No	0	0
			7 R. Denegada	0	0
			9 No sé	0	0
			. Faltante	850	850
CIQG35	Número de días de esfuerzo extremo en las últimas 4 semanas.	¿Cuántos de esos días de esfuerzo extremo ocurrieron en las últimas 4 semanas?	0 a 28 Rango de valores	12	12
			77 R. Denegada	0	12
			99 No sé	0	12
			. Faltante	838	850
CIQG36	Número de días que interfirió en tu vida personal.	¿Y como cuántos días en los últimos 12 meses, tu preocupación, tensión o ansiedad, interfirieron seriamente con tu vida personal o social? (Otra vez, puedes usar cualquier número entre 0 y 365).	0 a 365 Rango de valores	62	62
			777 R. Denegada	0	62
			999 No sé	0	62
			. Faltante	788	850
CIQG37	¿Esta interferencia ocurrió en las últimas 4 semanas?	¿Esta interferencia ocurrió en las últimas 4 semanas?	1 Sí	0	0
			2 No	0	0
			7 R. Denegada	0	0
			9 No sé	0	0
			. Faltante	850	850
CIQG38	Número de días de la interferencia en las últimas 4 semanas.	¿Cuántos días de esos ocurrieron en las últimas 4 semanas?	0 a 28 Rango de valores	40	40
			77 R. Denegada	0	40
			99 No sé	0	40
			. Faltante	810	850
CIQSCOR	Resultado de DAG	Resultado de Desorden de Ansiedad Generalizada	1 Diagnóstico Positivo	12	12
			5 Diagnóstico Negativo	681	693
			. Faltante	157	850

k) *Entrevista sobre pánico*

Con formato: Fuente: (Predeterminado) Cambria, 13 pto, Negrita, Color de fuente: Color personalizado(RGB(79,129,189))

Tabla 2.1.3 PREGUNTAS Y CONTEO DE RESPUESTAS DEL CUESTIONARIO SOBRE PÁNICO

NOMBRE	ETIQUETA SAS	TEXTO	RESPUESTA	CON-TEO	ACU-MULATIVO
			DESCRIPCIÓN (con valor o código)		
WTSCI2YR	Peso MEC de 2 años para la Submuestra CIDI		5216.6934328 a 300649.07751	712	712
			Rango de valores		
			. Faltante	128	850
CIAORDER	Orden en que son preguntados los módulos CIDI		0 Pánico, Ansiedad, Depresión	373	373
			1 Depresión, Pánico, Ansiedad	321	694
			. Faltante	156	850
CIQP01	En toda tu vida, algún ataque de miedo, terror o pánico?	(ESTA ES LA INTRODUCCIÓN PARA EL 50% QUE COMIENZA CON PÁNICO: Las siguientes preguntas son acerca de problemas emocionales que varias personas tienen. La primera pregunta es acerca de ataques repentinos de susto, ansiedad, o de mucha inquietud. Alguna gente los llama "ataques de pánico"). (ESTA ES LA INTRODUCCIÓN PARA EL 50% QUE COMIENZA CON DEPRESIÓN Y LUEGO PASA A PÁNICO Y DAG: Las siguientes preguntas son acerca de diferentes tipos de sentimientos. El primero es acerca de ataques repentinos de susto, ansiedad, o de mucha inquietud. Alguna	1 Sí	180	180
			2 No	511	691
			7 R. Denegada	0	691
			9 No sé	1	692
			. Faltante		
				158	850

		gente los llama "ataques de pánico"). (LEE DESPACIO) ¿En toda tu vida, has tenido un ataque de miedo, terror o pánico en el que de repente te sintieras asustado, ansioso o muy inquieto?			
CIQP02	¿Algún ataque sin razón, de repente?	Otro tipo de ataque es cuando de repente tu corazón comienza a palpar fuerte, o te sientes mareado, aturdido o desfalleciente, o no puedes respirar. No estoy hablando de un ataque al corazón u otro ataque causado por enfermedad física, medicamentos o drogas, sino de un ataque que ocurre sin razón física aparente, de repente. ¿Alguna vez has tenido un ataque de estos?	1 Sí	34	34
			2 No	477	511
			7 R. Denegada	0	511
			9 No sé	1	512
			. Faltante	338	850
CIQP03	¿Ataque de pánico en los últimos 12 meses?	¿Tuviste un ataque de estos en los últimos 12 meses?	1 Sí	97	97
			2 No	118	215
			7 R. Denegada	0	215
			9 No sé	0	215
			. Faltante	635	850
CIQP04	Ultimos 12 meses ¿evadir situaciones por miedo?	En los últimos 12 meses, ¿hubo un mes o más en que evadiste ciertas situaciones o cambiaste tus actividades diarias por miedo a los ataques?	1 Sí	21	21
			2 No	194	251
			7 R. Denegada	0	251
			9 No sé	0	251
			. Faltante	635	850
CIQP05	¿Qué tan reciente evadiste situaciones por miedo?	¿Qué tan recientemente evadiste ciertas situaciones o cambiaste tus actividades diarias por este miedo: ...	1 En el mes pasado	13	13
			2 Durante los 6 últimos meses	3	16
			3 Hace más de 6 meses	5	21
			7 R. Denegada	0	21
			9 No sé	0	21
			. Faltante	829	850
CIQP06	Ultimos 12 meses, ¿1 mes o + preocupado por otro?	En los últimos 12 meses ¿Hubo un mes o más en que estabas constantemente	1 Sí	16	16
			2 No	178	194
			7 R. Denegada	0	194
			9 No sé	0	194

		preocupado o inquieto porque podrías tener otro ataque?	. Faltante	656	850
CIQP07	¿Que tan reciente la preocupación?	¿Qué tan recientemente tuviste esta constante preocupación: ...	1 En el mes pasado	6	6
			2 Durante los 6 últimos meses	6	12
			3 Hace más de 6 meses	4	16
			7 R. Denegada	0	16
			9 No sé	0	16
			. Faltante	834	850
CIQP08	Ultimos 12 meses ¿los ataques se tornaron el algo terrible?	En los últimos 12 meses, ¿Hubo un mes o más en que estabas preocupado o inquieto porque los ataques podrían originar que algo terrible sucediera, como morir, perder el control o volverte loco?	1 Sí	16	16
			2 No	465	178
			7 R. Denegada	0	178
			9 No sé	0	178
			. Faltante	678	850
CIQP09	¿Qué tan reciente la preocupación?	¿Qué tan recientemente tuviste esta constante preocupación: ...	1 En el mes pasado	0	0
			2 Durante los 6 últimos meses	8	8
			3 Hace más de 6 meses	5	13
			7 R. Denegada	0	13
			9 No sé	1	13
			. Faltante	837	850
CIQP10	CIQP10ZZ es un ítem de control.				
CIQP11	¿Todos los ataques amenazan la vida?	¿Ninguno de tus ataques ha ocurrido cuando estabas en una situación de amenaza a la vida?	1 Sí	9	9
			2 No	99	108
			7 R. Denegada	0	108
			9 No sé	0	108
			. Faltante	742	850
CIQP12	¿Todos los ataques independientes de situaciones q amenazan la vida?	¿Ninguno de tus ataques ha ocurrido cuando NO estabas en una situación de amenaza a la vida?	1 Sí	3	3
			2 No	6	9
			7 R. Denegada	0	9
			9 No sé	0	9
			. Faltante	841	850
CIQP13A	¿Tu corazón golpea o palpita?	(LEER SOLO SI CIQP12=SI) Al responder las siguientes preguntas, piensa sólo en los ataques que ocurrieron cuando NO estabas en una situación de riesgo para la vida. Mira la tarjeta A a R. Piensa en el más reciente peor ataque que tuviste. ¿Durante ese ataque, cuáles de estos problemas	1 Sí	79	79
			2 No	29	108
			7 R. Denegada	0	108
			9 No sé	0	108
			. Faltante	742	850

		tuviste?			
		¿Tu corazón golpea o palpita?			
CIQP13B	¿Sudas?	¿Sudas?	1 Sí	39	39
			2 No	69	108
			7 R. Denegada	0	108
			9 No sé	0	108
			. Faltante	742	850
CIQP13C	¿Tiemblas o te sacudes?	¿Tiemblas o te sacudes?	1 Sí	47	47
			2 No	61	108
			7 R. Denegada	0	108
			9 No sé	0	108
			. Faltante	742	850
CIQP13D	¿Tienes la boca seca?	¿Tienes la boca seca?	1 Sí	27	27
			2 No	80	107
			7 R. Denegada	0	107
			9 No sé	1	108
			. Faltante	742	850
CIQP13E	¿Estabas corto de respiración?	¿Estabas corto de respiración? (Tenías la respiración corta)	1 Sí	50	50
			2 No	58	108
			7 R. Denegada	0	108
			9 No sé	0	108
			. Faltante	742	850
CIQP13F	¿Sentías como si estuvieras en shock?	¿Sentías como si estuvieras en shock?	1 Sí	10	10
			2 No	98	108
			7 R. Denegada	0	108
			9 No sé	0	108
			. Faltante	742	850
CIQP13G	¿Dolor o incomodidad en el tórax?	¿Dolor o incomodidad en tu tórax?	1 Sí	41	41
			2 No	67	108
			7 R. Denegada	0	108
			9 No sé	0	108
			. Faltante	742	850
CIQP13H	¿Nausea o incomodidad en el abdomen?	¿Nausea o incomodidad en el abdomen?	1 Sí	44	44
			2 No	64	108
			7 R. Denegada	0	108
			9 No sé	1	108
			. Faltante	742	850
CIQP13I	¿Estabas mareado, aturdido o desfalleciente?	¿Estabas mareado, aturdido o desfalleciente?	1 Sí	54	54
			2 No	54	108
			7 R. Denegada	0	108
			9 No sé	0	108
			. Faltante	742	850
CIQP13J	¿Te sentías irreal?	¿Te sentías irreal?	1 Sí	21	21
			2 No	87	108
			7 R. Denegada	0	108
			9 No sé	0	108
			. Faltante	742	850
CIQP13K	¿Sentías las cosas alrededor	¿Sentías las cosas alrededor irreales?	1 Sí	21	21
			2 No	86	107

	irreales?		7 R. Denegada	0	107
			9 No sé	1	108
			. Faltante	742	850
CIQP13L	¿Miedo a perder el control?	¿Estabas temeroso de que tal vez podrías perder el control de ti mismo o actuar de una manera alocada?	1 Sí	19	19
			2 No	89	108
			7 R. Denegada	0	108
			9 No sé	0	108
			. Faltante	742	850
CIQP13M	¿Miedo a desmayarte ⁸⁰ ?	¿Estabas temeroso de que podrías desmayarte?	1 Sí	39	39
			2 No	69	108
			7 R. Denegada	0	108
			9 No sé	0	108
			. Faltante	742	850
CIQP13N	¿Miedo a morir?	¿Tenías miedo de que podrías morirte?	1 Sí	19	19
			2 No	89	108
			7 R. Denegada	0	108
			9 No sé	0	108
			. Faltante	742	850
CIQP13O	¿Tenías escalofríos?	¿Tenías escalofríos?	1 Sí	36	36
			2 No	72	108
			7 R. Denegada	0	108
			9 No sé	0	108
			. Faltante	742	850
CIQP13P	¿Tenías entumecimiento u hormigueo?	¿Tenías entumecimiento u hormigueo?	1 Sí	29	29
			2 No	82	108
			7 R. Denegada	0	108
			9 No sé	0	108
			. Faltante	742	850
CIQP14	# de ataques c/síntomas en el transcurso de la vida.	¿Como cuántos ataques (SI CIQP01=SI: para miedo o pánico) cuando también tenías alguno de estos dntomas de los que acabamos de hablar, has tenido en el transcurso de tu vida entera?	1 a 800 Rango de valores	96	96
			900 o más	1	97
			7777 R. Denegada	0	97
			9999 No sé	6	103
			. Faltante	747	850
CIQP15	¿Los problemas comenzaron de repente, empeoraron?	Durante tu(s) ataque(s), ¿los problemas parecen comenzar de repente y luego empeorar dentro de los primeros escasos minutos del ataque?	1 Sí	51	51
			2 A veces	6	57
			3 No	45	102
			7 R. Denegada	0	102
			9 No sé	1	103
			. Faltante	747	850
CIQP16	¿Cuándo ocurrió el ataque?	¿Cuándo ocurrió tu ataque: ...	1 El mes masado	2	2
			2 Durante los últimos 6 meses	1	3
			3 Hace más de 6 meses	2	5
			7 R. Denegada	0	5
			9 No sé	0	5

⁸⁰ "Pass out" se traduce como desmayarse o salirse.

			. Faltante	845	850
CIQP17	¿Recuerdas la edad de cuando ocurrió el ataque?	¿Puedes recordar la edad exacta que tenías cuando ocurrió el ataque?	1 Sí	0	0
			2 No	0	0
			7 R. Denegada	0	0
			9 No sé	0	0
			. Faltante	850	850
CIQP18	¿Cuándo ocurrió el ataque?	¿Cuándo ocurrió el ataque?	7777 R. Denegada	0	0
			9999 No sé	0	0
			. Faltante	850	850
CIQP19	Edad aproximada de cuando ocurrió el ataque.	¿COMO qué edad tenías?	7777 R. Denegada	0	0
			9999 No sé	0	0
			. Faltante	850	850
CIQP20	Cual de 3 situaciones ocurrió?	Los ataques de este tipo pueden ocurrir en tres diferentes situaciones. La primera es cuando ocurren de repente, sin razón aparente. La segunda es cuando ocurren en situaciones cuando la persona tiene un fuerte terror irracional. Por ejemplo, alguna gente tiene un terrible miedo a los insectos o a las alturas, o a estar en una multitud. La tercera corresponde a situaciones donde una persona está en real peligro, como un accidente de carro o el asalto a un banco. ¿En cuál de estas 3 situaciones ocurrió tu ataque?	1 De repente, sin razón aparente	4	4
			2 Una situación de fuerte terror irracional	1	5
			3 Una situación de real peligro	0	5
			7777 R. Denegada	0	5
			9999 No sé	0	5
			. Faltante	845	850
CIQP21A	Miedo: hablar en público	Miedo a hablar en público	1 Miedo: Hablar en público	0	0
			77 R. Denegada	0	0
			99 No sé	0	0
			. Faltante	850	850
CICP21B	Miedo: Fiestas o eventos sociales	Miedo a Fiestas o eventos sociales	2 Miedo: Fiestas o eventos sociales	0	0
			. Faltante	850	850
CICP21C	Miedo: Estar en una multitud	Miedo a Estar en una multitud	3 Miedo: Estar en una multitud	0	0
			. Faltante	850	850
CICP21D	Miedo: Conocer gente nueva	Miedo a Conocer gente nueva	4 Miedo: Conocer gente nueva	0	0
			. Faltante	850	850

CICP21E	Miedo: Estar fuera, lejos	Miedo a Estar fuera, lejos	5 Miedo: Estar fuera, lejos	0	0
			. Faltante	850	850
CICP21F	Miedo: Viajar en autobús, tren, auto	Miedo a Viajar en autobús, tren, auto	6 Miedo: Viajar en autobús, tren, auto	0	0
			. Faltante	850	850
CICP21G	Miedo: Muchedumbre, haciendo fila	Miedo a Muchedumbre, haciendo fila	7 Miedo: Muchedumbre, haciendo fila	0	0
			. Faltante	850	850
CICP21H	Miedo: Estar en un lugar público	Miedo a Estar en un lugar público	8 Miedo: Estar en un lugar público	0	0
			. Faltante	850	850
CICP21I	Miedo: Animales	Miedo a Animales	9 Miedo: Animales	0	0
			. Faltante	850	850
CICP21J	Miedo: Las alturas	Miedo a Las alturas	10 Miedo: Las alturas	0	0
			. Faltante	850	850
CICP21K	Miedo: Tormentas, truenos, relámpagos	Miedo a Tormentas, truenos, relámpagos	11 Miedo: Tormentas, truenos, relámpagos	0	0
			. Faltante	850	850
CICP21L	Miedo: Volar	Miedo a Volar	12 Miedo: Volar	0	0
			. Faltante	850	850
CICP21M	Miedo: Espacios cerrados	Miedo a Espacios cerrados	13 Miedo: Espacios cerrados	0	0
			. Faltante	850	850
CICP21N	Miedo: Ver sangre	Miedo a Ver sangre	14 Miedo: Ver sangre	0	0
			. Faltante	850	850
CICP21O	Miedo: Las inyecciones	Miedo a Las inyecciones	15 Miedo: Las inyecciones	0	0
			. Faltante	850	850
CICP21P	Miedo: Ir al dentista	Miedo a Ir al dentista	16 Miedo: Ir al dentista	0	0
			. Faltante	850	850
CICP21Q	Miedo: Ir a un hospital	Miedo a Ir a un hospital	17 Miedo: Ir a un hospital	0	0
			. Faltante	850	850
CICP21R	Miedo: Otro 1	Miedo a Otro 1 (Respuesta abierta)	18 Miedo: Otro 1	1	1
			. Faltante	849	850
CICP21S	Miedo: Otro 2	Miedo a Otro 2 (Respuesta abierta)	19 Miedo: Otro 2	0	0
			. Faltante	850	850
CICP21T	Miedo: Otro 3	Miedo a Otro 3 (Respuesta abierta)	20 Miedo: Otro 3	0	0
			. Faltante	850	850
CIQP22	No hay CIQP22				

CIQP23	Edad exacta de cuando ocurrió el ataque	¿Puedes recordar la edad exacta que tenías la primera vez que tuviste un ataque?	1 Sí	43	43
			2 No	9	52
			7 R. Denegada	0	52
			9 No sé	1	53
			. Faltante	797	850
CIQP24	Edad en años cuando ocurrió el ataque	¿Qué edad tenías?	5 a 39 Rango de valores	43	43
			77 R. Denegada	0	43
			99 No sé	0	43
			. Faltante	807	850
CIQP25	¿Cuándo ocurrió el ataque?	¿Ese primer ataque fue: ...	1 El mes pasado	1	1
			2 Durante los 6 últimos meses	2	3
			3 Hace más de 6 meses	7	4
			7 R. Denegada	0	4
			9 No sé	0	4
			. Faltante	846	850
CIQP26	¿Ataque en los últimos 12 meses o antes?	¿Ese primer ataque fue durante los 12 meses anteriores, o hace más de 12 meses?	1 Durante los 12 meses anteriores	2	2
			2 Hace más de 12 meses	1	3
			7 R. Denegada	0	3
			9 No sé	0	3
			. Faltante	847	850
CIQP27	¿Cuándo ocurrió el ataque?	¿Cuándo ocurrió ese primer ataque: ...	1 El mes pasado	0	0
			2 Durante los 6 últimos meses	0	0
			3 Hace más de 6 meses	2	2
			7 R. Denegada	0	2
			9 No sé	0	2
			. Faltante	848	850
CIQP28	Edad aproximada cuando ocurrió el ataque.	¿Como qué edad tenías la primera vez?	13 a 27 Rango de valores	7	7
			77 R. Denegada	0	7
			99 No sé	3	10
			. Faltante	840	850
CIQP29	Edad más temprana de ocurrencia de ataque	¿Cuál es la edad más temprana que claramente puedes recordar un tiempo particular en que tuviste uno de esos ataques?	13 a 27 Rango de valores	7	7
			77 R. Denegada	0	7
			99 No sé	3	10
			. Faltante	840	850
CIQP30	Item de revisión				
CIQP31	Edad último ataque	¿Qué edad tenías la última vez que tuviste uno de estos ataques?	18 a 36 Rango de valores	6	6
			77 R. Denegada	0	6
			99 No sé	0	6
			. Faltante	844	850
CIQP32	# ataques sin razón aparente en toda la vida	Ataques de este tipo pueden ocurrir en tres situaciones diferentes. La	0 a 365 Rango de valores	51	51
			900 o más	0	51

		primera es cuando ocurren de repente, sin motivo alguno. La segunda es cuando ocurren en situaciones en que una persona tiene un fuerte miedo, irracional. Por ejemplo, alguna gente tiene un miedo terrible a los insectos, o a las alturas, o a estar en una multitud. La tercera corresponde a situaciones donde una persona está en verdadero peligro, como un accidente de carro o un asalto a un banco. La siguiente pregunta es acerca de cuántos de tus (# de CIQP14) ataques ocurrieron en cada uno de estos tres tipos de situaciones. Primero, en tu vida entera, ¿como cuántos ataques has tenido de repente, sin motivo alguno?	7777 R. Denegada	0	51
			9999 No sé	2	53
			. Faltante		
				797	850
CIQP33	Ataques de repente en los últimos 12 meses.	¿Esos ataques de repente, ocurrieron en los últimos 12 meses?	1 Sí	1	1
			2 No	1	2
			7 R. Denegada	0	2
			9 No sé	0	2
			. Faltante	848	850
CIQP34	# de ataques en los últimos 12 meses.	¿Como cuántos de esos (# de CIQP32) ataques repentinos, ocurrieron en los últimos 12 meses?	0 a 30 Rango de valores	34	34
			900 o más	0	34
			7777 R. Denegada	0	34
			9999 No sé	0	34
			. Faltante	816	850
CIQP35	CIQP35ZZ es un ítem de revisión.				
CIQP36	# de ataques de fuerte miedo, en toda la vida	¿Y como cuántos ataques en tu vida entera ocurrieron en situaciones en las que tenías un fuerte miedo irracional a algo de la situación?	0 a 799 Rango de valores	29	29
			900 o más	1	30
			7777 R Denegada	0	30
			9999 No sé	0	30
			. Faltante	820	850
CIQP37	Ataque en los últimos 12 meses.	¿Ese ataque ocurrió en los últimos 12 meses?	1 Sí	3	3
			2 No	0	3
			7 R Denegada	0	3
			9 No sé	0	3

			. Faltante	847	850
CIQP38	# de ataques en los últimos 12 meses.	¿Como cuántos de estos (# de CIQP36) ataques ocurrieron en los últimos 12 meses?	0 a 200 Rango de valores	19	19
			900 o más	0	19
			7777 R Denegada	0	19
			9999 No sé	0	19
			. Faltante	831	850
CIQP40	# de ataques por verdadero peligro, en la vida entera.	¿Y cuántos ataques en tu vida entera has tenido en situaciones en que estabas verdaderamente en peligro?	0 a 5 Rango de valores	24	24
			900 o más	0	24
			7777 R Denegada	0	24
			9999 No sé	0	24
			. Faltante	826	850
CIQP41	¿Ataque en los últimos 12 meses?	¿Ese ataque en que estabas en verdadero peligro, ocurrió en los últimos 12 meses?	1 Sí	1	1
			2 No	2	3
			7 R Denegada	0	3
			9 No sé	0	3
			. Faltante	847	850
CIQP42	# de ataques en los últimos 12 meses.	¿Como cuántos de estos (# de CIQP40) ataques ocurrieron en los últimos 12 meses?	0 a 3 Rango de valores	3	3
			900 o más	0	3
			7777 R Denegada	0	3
			9999 No sé	0	3
			. Faltante	847	850
CIQP43	El ítem CIQP43ZZ es de revisión				
CIQP44A	Para CIQP44A a CIQP44T: (MOSTRAR TARJETA B) Tienes como (# de CIQP36) ataque(s) en situación(es) en que tenías un fuerte miedo irracional a algo de la situación. Esta tarjeta enlista situaciones comunes de este tipo. Brevemente, cuál de estas u otras situaciones estaban asociadas con tus (# de CIQP36) ataques? (PRUEBA: ¿cualquier otra situación?)				
CIQP44B	Miedo fuerte o terror: hablar en público	Miedo fuerte o terror a hablar en público	1 Miedo fuerte o terror: Hablar en público	3	3
			77 R. Denegada	0	3
			99 No sé	0	3
			. Faltante	847	850
CIQP44C	Miedo fuerte o terror: Fiestas o eventos sociales	Miedo fuerte o terror a Fiestas o eventos sociales	2 Miedo fuerte o terror: Fiestas o eventos sociales	7	7
			. Faltante	843	850
CIQP44D	Miedo fuerte o terror: Estar en una multitud	Miedo fuerte o terror a Estar en una multitud	3 Miedo fuerte o terror: Estar en una multitud	6	6
			. Faltante	844	850
CIQP44E	Miedo fuerte o terror: Conocer gente nueva	Miedo fuerte o terror a Conocer gente nueva	4 Miedo fuerte o terror: Conocer gente nueva	6	6
			. Faltante	844	850
CIQP44F	Miedo fuerte o terror: Conocer gente nueva	Miedo fuerte o terror a Conocer gente nueva	5 Miedo fuerte	5	5

	terror: Estar fuera, lejos	Estar fuera, lejos	o terror: Estar fuera, lejos		
			. Faltante	845	850
CICP44F	Miedo fuerte o terror: Viajar en autobús, tren, auto	Miedo fuerte o terror a Viajar en autobús, tren, auto	6 Miedo fuerte o terror: Viajar en autobús, tren, auto	1	1
			. Faltante	849	850
CICP44G	Miedo fuerte o terror: Muchedumbre, haciendo fila	Miedo fuerte o terror a Muchedumbre, haciendo fila	7 Miedo fuerte o terror: Muchedumbre, haciendo fila	8	8
			. Faltante	842	850
CICP44H	Miedo fuerte o terror: Estar en un lugar público	Miedo fuerte o terror a Estar en un lugar público	8 Miedo fuerte o terror: Estar en un lugar público	9	9
			. Faltante	841	850
CICP44I	Miedo fuerte o terror: Animales	Miedo fuerte o terror a Animales	9 Miedo fuerte o terror: Animales	2	2
			. Faltante	848	850
CICP44J	Miedo fuerte o terror: Las alturas	Miedo fuerte o terror a Las alturas	10 Miedo fuerte o terror: Las alturas	2	2
			. Faltante	848	850
CICP44K	Miedo fuerte o terror: Tormentas, truenos, relámpagos	Miedo fuerte o terror a Tormentas, truenos, relámpagos	11 Miedo fuerte o terror: Tormentas, truenos, relámpagos	2	2
			. Faltante	848	850
CICP44L	Miedo fuerte o terror: Volar	Miedo fuerte o terror a Volar	12 Miedo fuerte o terror: Volar	1	1
			. Faltante	849	850
CICP44M	Miedo fuerte o terror: Espacios cerrados	Miedo fuerte o terror a Espacios cerrados	13 Miedo fuerte o terror: Espacios cerrados	4	4
			. Faltante	846	850
CICP44N	Miedo fuerte o terror: Ver sangre	Miedo fuerte o terror a Ver sangre	14 Miedo fuerte o terror: Ver sangre	1	1
			. Faltante	849	850
CICP44O	Miedo fuerte o terror: Las inyecciones	Miedo fuerte o terror a Las inyecciones	15 Miedo fuerte o terror: Las inyecciones	0	0
			. Faltante	850	850
CICP44P	Miedo fuerte o terror: Ir al dentista	Miedo fuerte o terror a Ir al dentista	16 Miedo fuerte o terror: Ir al dentista	3	3
			. Faltante	847	850
CICP44Q	Miedo fuerte o terror: Ir a un	Miedo fuerte o terror a Ir a un hospital	17 Miedo fuerte o terror: Ir a un	2	2

	hospital		hospital		
			. Faltante	848	850
CICP44R	Miedo fuerte o terror: Otro 1	Miedo fuerte o terror a Otro 1 (Respuesta abierta)	18 Miedo fuerte o terror: Otro 1	6	6
			. Faltante	844	850
CICP44S	Miedo fuerte o terror: Otro 2	Miedo fuerte o terror a Otro 2 (Respuesta abierta)	19 Miedo fuerte o terror: Otro 2	1	1
			. Faltante	849	850
CICP44T	Miedo fuerte o terror: Otro 3	Miedo fuerte o terror a Otro 3 (Respuesta abierta)	20 Miedo fuerte o terror: Otro 3	0	0
			. Faltante	850	850
CIQP45 CIQP46	No existen estos items.				
CIQP47					
CIQP48	El item CIQP48ZZ es de revisión.				
CIQP49	Actualidad del miedo fuerte o sin razón aparente.	¿Qué tan recientemente has tenido un ataque que haya ocurrido ya sea en una situación espantosa, atemorizante, o de repente, sin razón aparente: ...	1 El mes pasado	17	17
			2 Durante los 6 últimos meses	15	32
			3 Hace más de 6 meses	12	44
			7 R. Denegada	0	44
			9 No sé	1	45
			. Faltante	805	850
CIQP50	Ultimos 12 meses, # de semanas de ataque.	¿En los últimos 12 meses, como cuántas semanas fuera de 52, tuviste al menos un ataque?	0 a 40 Rango de valores	30	30
			77 R. Denegada	0	30
			99 No sé	1	31
			. Faltante	819	850
CIQP51	¿Periodo único o 2 + periodos?	¿Esas (# de semanas en CIQP50) semanas fueron un solo período de semanas seguidas, o más periodos que sumados dan (# de semanas en CIQP50) semanas?	1 Todas seguidas	2	2
			2 Dos o más periodos	22	24
			7 R. Denegada	0	24
			9 No sé	0	24
			. Faltante	826	850
CIQP52	Mayor cantidad de semanas seguidas de ataque	En los últimos 12 meses ¿Cuál es la mayor cantidad de semanas seguidas en las cuales hayas tenido al menos un ataque por semanas?	0 a 36 Rango de valores	17	17
			77 R. Denegada	0	17
			99 No sé	3	20
			. Faltante	830	850
CIQP53	El item CIQP53ZZ es de control.				
CIQP54	Mayor cantidad de ataques en una semana	¿Cuál es la mayor cantidad de ataques en una semana?	1 a 14 Rango de valores	12	12
			900 o más	0	12
			7777 R. Denegada	0	12
			9999 No sé	0	12
			. Faltante	838	850
CIQP55	Mayor cantidad de ataques en 4 semanas seguidas.	¿Cuál es la mayor cantidad de ataques que has tenido en un periodo de 4 semanas, en los últimos 12 meses?	2 a 4 Rango de valores	2	2
			900 o más	0	2
			7777 R. Denegada	0	2

			9999 No sé	0	2
			. Faltante	848	850
CIQP56	El ítem CIQP56ZZ es de control.				
CIQP57	¿4 semanas seguidas y 4 ataques?	En los últimos 12 meses, ¿tuviste un periodo de cuatro semanas seguidas en el que hayas tenido al menos cuatro ataques cada semana?	1 Sí	2	2
			2 No	3	5
			7 R. Denegada	0	5
			9 No sé	0	5
			. Faltante	845	850
CIQP58	¿Le dijiste a un doctor del ataque?	En los últimos 12 meses, ¿Alguna vez le dijiste a un doctor de alguno de tu(s) ataque(s)?	1 Sí	26	26
			2 No	32	58
			. Faltante	792	850
CIQPPA	¿Le dijiste a otro profesional acerca de EL ATAQUE?	¿Le dijiste a otro profesional acerca de el ataque?	1 Sí	6	6
			2 No	26	32
			7 R. Denegada	0	32
			9 No sé	0	32
			. Faltante	818	850
CIQPPB	¿Tomaste medicamentos para EL ATAQUE?	¿Tomaste medicamentos para EL ATAQUE?	1 Sí	2	2
			2 No	24	26
			7 R. Denegada	0	26
			9 No sé	0	26
			. Faltante	824	850
CIQPPC	¿EL ATAQUE interfiere con tu vida?	¿El ataque interfirió con tu vida?	1 Sí	4	4
			2 No	20	24
			7 R. Denegada	0	24
			9 No sé	0	24
			. Faltante	826	850
CIQPPD	¿Los ATAQUES surgieron de una enfermedad física?	¿Los ataques surgieron de una enfermedad física?	1 Sí	2	2
			2 No	10	12
			7 R. Denegada	0	12
			9 No sé	0	12
			. Faltante	838	850
CIQPPE	¿Los ataques surgieron de MDA ⁸¹ ?	¿Los ataques fueron consecuencia de medicamentos, drogas o alcohol?	1 Sí	0	0
			2 No	10	10
			7 R. Denegada	0	10
			9 No sé	0	10
			. Faltante	840	850
CIQPPF	¿Los ataques siempre surgen de MDA?	¿Los ataques siempre fueron consecuencia de medicamentos, drogas o alcohol?	1 Sí	0	0
			2 No	0	0
			7 R. Denegada	0	0
			9 No sé	0	0
			. Faltante	850	850
CIQPPHA	¿El doctor dijo que los nervios te causaron LOS ATAQUES?	¿El doctor dijo que los nervios te causaron los ataques?	1 El doctor dijo que los nervios te causaron LOS ATAQUES	3	3
			77 R. Denegada	2	5
			99 No sé	1	6
			. Faltante	844	850

⁸¹ MDA: Medicamentos, drogas o alcohol.

CIQPPHB	¿El doctor dijo que el estrés te causó LOS ATAQUES?	¿El doctor dijo que el estrés te causó los ataques?	2 El doctor dijo que el estrés te causó LOS ATAQUES	8	8
			. Faltante	842	850
CIQPPHC	¿El doctor dijo que la ansiedad te causó LOS ATAQUES?	¿El doctor dijo que la ansiedad te causó los ataques?	3 El doctor dijo que la ansiedad te causó LOS ATAQUES	12	12
			. Faltante	838	850
CIQPPHD	¿El doctor dijo que la depresión te causó LOS ATAQUES?	¿El doctor dijo que la depresión te causó los ataques?	4 El doctor dijo que la depresión te causó LOS ATAQUES	4	4
			. Faltante	846	850
CIQPPHE	¿El doctor dijo que alguna enfermedad mental te causó LOS ATAQUES?	¿El doctor dijo que alguna enfermedad mental te causó los ataques?	5 El doctor dijo que alguna enfermedad mental te causó LOS ATAQUES	1	1
			. Faltante	849	850
CIQPPHF	¿El doctor dijo que algún(os) medicamento(s) te causó (causaron) LOS ATAQUES?	¿El doctor dijo que algunos medicamentos te causaron los ataques?	6 El doctor dijo que algún(os) medicamento(s) te causó (causaron) LOS ATAQUES	1	1
			. Faltante	849	850
CIQPPHG	¿El doctor dijo que drogas te causaron LOS ATAQUES?	¿El doctor dijo que la(s) droga(s) te causó(aron) los ataques?	7 El doctor dijo que drogas te causaron LOS ATAQUES	0	0
			. Faltante	850	850
CIQPPHH	¿El doctor dijo que el alcohol te causó LOS ATAQUES?	¿El doctor dijo que el alcohol te causó los ataques?	8 El doctor dijo que el alcohol te causó LOS ATAQUES	0	0
			. Faltante	850	850
CIQPPHI	¿El doctor dijo que alguna enfermedad física te causó LOS ATAQUES?	¿El doctor dijo que alguna enfermedad física te causó los ataques?	9 El doctor dijo que alguna enfermedad física te causó LOS ATAQUES	0	0
			. Faltante	850	850
CIQPPHJ	¿El doctor dijo que una lesión física te causó	¿El doctor dijo que una lesión física te causó los ataques?	10 El doctor dijo que una lesión física te causó LOS ATAQUES	0	0

	LOS ATAQUES?		. Faltante	850	850
CIQPPHK	¿El doctor dio un diagnóstico no definido para LOS ATAQUES?	¿El doctor dio un diagnóstico no definido para los ataques?	11 El doctor dio un diagnóstico no definido para LOS ATAQUES	5	5
			. Faltante	845	850
CIQPPJ	¿Los ataques siempre resultan de MDA?	¿Los ataques siempre ocurrieron por causa de medicamentos, drogas o alcohol?	1 Sí	0	0
			2 No	0	0
			7 R. Denegada	0	0
			9 No sé	0	0
			. Faltante	850	850
CIQPPK	¿LOS ATAQUES surgieron de una enfermedad física?	¿Cuando los ataques no tuvieron su origen en medicamentos, drogas o alcohol, ocurrieron (LOS ATAQUES) siempre por causa de una enfermedad física?	1 Sí	0	0
			2 No	0	0
			7 R. Denegada	0	0
			9 No sé	0	0
			. Faltante	850	850
CIQPPQ	¿Nada anormal durante el examen?	¿Nada anormal durante el examen?	1 Nada anormal	5	5
			2 No hubo examen	2	7
			5 Algo anormal	0	7
			7 R. Denegada	0	7
			9 No sé	1	8
			. Faltante	842	850
CIQPPN	¿LOS ATAQUES siempre surgieron de enfermedad física?	¿LOS ATAQUES siempre surgieron de enfermedad física?	1 Sí	0	0
			2 No	2	2
			7 R. Denegada	0	2
			9 No sé	0	2
			. Faltante	848	850
CIQPPQ	¿Los ataques siempre ocurrieron por causa de MDA?	Quando los ataques no tuvieron su origen en enfermedad física, ¿los ataques siempre ocurrieron por causa de medicamentos, drogas o alcohol?	1 Sí	0	0
			2 No	2	2
			7 R. Denegada	0	2
			9 No sé	0	2
			. Faltante	848	850
CIDPPRB	Causa general del problema.	Causa general del problema.	1. No hay problema	0	0
			2. No es clínicamente significativo	20	20
			3. Medicamentos, drogas o alcohol	0	20
			4. Origen físico	0	20
			5. Síntoma psiquiátrico	38	58
			. Faltante	792	850

CIQP59	¿Los ataques interfieren con tu vida cotidiana?	Hay tres maneras en que los ataques del tipo que hemos estado discutiendo, pueden afectar la vida y las actividades de una persona. Primera, los ataques por sí mismos pueden ser incapacitantes. Segunda, la preocupación de tener más ataques puede obstaculizar las actividades cotidianas. Y tercera, eludir ciertas situaciones por miedo a tener ataques adicionales, puede interferir con las actividades cotidianas. Piensa en las tres maneras en que tu vida y actividades fueron afectadas en los últimos 12 meses. ¿Estas cosas interfieren con tu vida y actividades: ...	1 Mucho	10	10
			2 Algo	12	22
			3 Un poco	13	35
			4 No. Para nada	23	58
			7 R. Denegada	0	58
			9 No sé	0	58
			. Faltante	792	850
CIQP60	# de días totalmente incapacitado para trabajar	¿Como cuántos días en los últimos 12 meses estuviste totalmente incapacitado por el día entero para trabajar y sacar adelante tus otras actividades normales, por causa de los problemas? Puedes contestar con cualquier número entre 0 y 365.	0 a 200 Rango de valores	35	35
			777 R. Denegada	0	35
			999 No sé	0	35
			. Faltante	815	850
CIQP61	¿Esa totalidad ocurrió en las últimas 4 semanas?	¿Ese día ocurrió en las últimas 4 semanas?	1 Sí	1	1
			2 No	1	2
			7 R. Denegada	0	2
			9 No sé	0	2
			. Faltante	848	850
CIQP62	# de días en total en las últimas 4 semanas.	¿Cuántos de estos (# de CIQP60) días hubo en las últimas 4 semanas?	0 a 14 Rango de valores	9	9
			77 R. Denegada	0	9
			99 No sé	0	9
			. Faltante	841	850
CIQP63	# de días disminuidos en calidad/cantidad.	[Sin contar el(los) día(s) en que estuviste totalmente incapacitado para trabajar], como cuántos días (aparte) en los últimos 12 meses, disminuiste ya sea la	0 a 265 Rango de valores	35	35
			777 R. Denegada	0	35
			999 No sé	0	35
			. Faltante	815	850

		cantidad del trabajo que tenías que hacer, o la calidad de tu trabajo, por los problemas asociados con los ataques? (Otra vez, puedes usar cualquier número entre 0 y 365).			
CIQP64	Describe la disminución de calidad/cantidad.	Piensa en (ese día disminuido/esos # de CIQP63 días disminuídos), en una escala de 1 a 100 donde el cero es estar totalmente incapacitado para trabajar y 100 es trabajar en día entero en la calidad superior, qué número describe la calidad y cantidad de tu trabajo en esos (# de CIQP63) días ? Puedes usar cualquier número entre 0 y 100.	0 a 85 Rango de valores	17	17
			777 R. Denegada	0	17
			999 No sé	0	17
			. Faltante	833	850
CIQP65	¿Esa disminución ocurrió en las últimas 4 semanas?	¿Esa disminución ocurrió en las últimas 4 semanas?	1 Sí	0	0
			2 No	0	0
			7 R. Denegada	0	0
			9 No sé	0	0
			. Faltante	850	850
CIQP66	# de días disminuídos las últimas 4 semanas.	¿Cuántos de esos (# de CIQP63) días disminuídos ocurrieron en las últimas 4 semanas?	0 a 14 Rango de valores	6	6
			77 R. Denegada	0	6
			99 No sé	0	6
			. Faltante	844	850
CIQP67	# de días extremo esfuerzo para trabajar.	[Sin contar el (los) día(s) en que (estabas totalmente inhabilitado para trabajar)/(o)/(disminuíste tu trabajo)], como cuántos (otros) días en los últimos 12 meses, te costó un esfuerzo extremo alcanzar tu nivel acostumbrado en el trabajo o en tos otras actividades diarias normles, por los problemas asociados con los ataques? (Otra vez, puedes usar cualquier número entre 0 y 365).	0 a 180 Rango de Valores	33	33
			777 R. Denegada	0	33
			999 No sé	0	33
			. Faltante	817	850
CIQP68	¿Este esfuerzo extremo ocurrió en las últimas 4 semanas?	¿Este día de esfuerzo extremo ocurrió en las últimas 4 semanas?	1 Sí	0	0
			2 No	0	0
			7 R. Denegada	0	0
			9 No sé	0	0

			. Faltante	850	850
CIQP69	# de días extremo esfuerzo en las últimas 4 semanas.	¿Cuántos de estos (# de CIQP67) días ocurrieron en las últimas 4 semanas?	0 a 5 Rango de Valores	4	4
			77 R. Denegada	0	4
			99 No sé	0	4
			. Faltante	846	850
CIQP70	# de días interfirió vida personal	¿Y como cuántos días en los últimos 12 meses, estos problemas interfirieron seriamente con tu vida personal o social? (Otra vez, puedes usar cualquier número entre 0 y 365).	0 a 365 Rango de valores	35	35
			777 R. Denegada	0	35
			999 No sé	0	35
			. Faltante	815	850
CIQP71	¿Esa interferencia ocurrió en las últimas 4 semanas?	¿Esa interferencia ocurrió en las últimas 4 semanas?	1 Sí	0	0
			2 No	0	0
			7 R. Denegada	0	0
			9 No sé	0	0
			. Faltante	850	850
CIQP72	# de días de interferencia en las últimas 4 semanas.	¿Cuántos de estos (# de CIQP70) días ocurrieron en las últimas 4 semanas?	0 a 28 Rango de valores	21	21
			77 R. Denegada	0	21
			99 No sé	0	21
			. Faltante	829	850
CIDPSCOR	Escor de Pánico.	Escor de Pánico.	1 Diagnóstico Positivo	16	16
			5 Diagnóstico Negativo	677	693
			. Faltante	157	850

1) Variables demográficas usadas

Con formato: Fuente: (Predeterminado) Cambria, 13 pto, Negrita, Color de fuente: Color personalizado(RGB(79,129,189)), Inglés (Estados Unidos)

Los resultados arrojados por la entrevista CIDI-NHANES para el reconocimiento de los desórdenes mentales, en la presente investigación son cruzados con variables demográficas que afinan los rasgos particularmente de la depresión en la población mexico-americana.

El NHANES facilita el análisis de grupos sociales presentando la siguiente clasificación, la cual se emplea en la presente investigación:

1. Mexico-Americanos

2. Otros hispanos
3. Blancos no hispanos
4. Negros no hispanos
5. Otros grupos étnicos, incluyendo multirracial



Ilustración 2. Población común, compuesta por distintos grupos étnicos. Washington DC.

Maneja también otro código de clasificación, en el que el NHANES especifica para migrantes:

- a) la fecha en que arribaron los entrevistados a Estados Unidos,
- b) si son ciudadanos norteamericanos,
- c) si han viajado a otros países,
- d) a cuáles,
- e) si se consideran hispanos,
- f) el grupo que representa su origen hispano o ancestral, de entre los siguientes:
puertorriqueño, dominicano (República), mexico-mexicano, mexico-americano,
chicano, cubano, cubano-americano, centro o sudamericano, otro

latinoamericano y otro hispano.

g) el grupo que representa mejor su ascendencia étnica:

blanco, negro-afroamericano, indio (norteamericano), nativo de Alaska, hawaiano, nativo de Guam, samoano, otro de las Islas Pacífico, indo-asiático, chino, filipino, japonés, coreano, vietnamita, otro asiático o algún otro grupo étnico.

h) país de nacimiento, y finalmente

i) si tienen seguro social.

Con todo, esta segunda clasificación, mucho más detallada, no es compatible en SAS con los cuestionarios de depresión, ansiedad y pánico del periodo 2003-2004.



Ilustración 3. Distintos grupos sociales, entre ellos hispanos, maestros, tailandeses.

Existen además del código de etnicidad, otras 30 variables demográficas vinculadas al estudio de depresión, ansiedad y pánico, de las cuales en la presente investigación se emplean 18, a saber:

1. Número de secuencia del entrevistado
2. Número de datos de la entrevista
3. Género
4. Edad
5. Etnicidad
6. Servicio en las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos
7. País de nacimiento
8. Educación
9. Ingreso anual de la cabeza de familia
10. Ingreso anual familiar CPS (Ingreso total familiar, reportado como un rango de valores, en dólares)
11. Índice de pobreza para el ingreso total familiar.
12. Estado civil
13. Estado de gestación
14. Lenguaje hablado en la entrevista
15. Peso de 2 años para la muestra completa de la entrevista
16. Peso de 2 años para la muestra completa del examen médico
17. Unidad pseudo-PSU para la estimación de la varianza
18. Unidad Pseudo-Stratum para la estimación de la varianza

Las otras 12 variables demográficas que maneja el NHANES, fueron descartadas

por tratarse de variables que trascienden en detalles el objeto de estudio. Dichas 12 variables son: estado entre entrevista-examen MEC⁸², edad en meses en el momento del examen, edad en meses en el momento de la entrevista, etnicidad ligada al censo NH3, traductor usado en la entrevista hablada, intérprete usado en la entrevista hablada, lenguaje hablado en la entrevista familiar, traductor usado en la entrevista familiar, intérprete usado en la entrevista familiar, lenguaje de la entrevista CAPI⁸³-MEC, traductor usado en la entrevista MEC, intérprete usado en la entrevista MEC y lenguaje de la entrevista ACASI⁸⁴.

A continuación se presentan tales variables demográficas, con su respectiva etiqueta o definición, junto con la respuesta que describe las opciones a la par del valor o código correspondiente.

Tabla 2.1.4 Variables demográficas

Item #	Item ID	Etiqueta	RESPUESTA DESCRIPCIÓN (con valor o código)
4	RIAGENDR	Género	1 Hombre 2 Mujer . Fantante
5	RIAGEYR	Edad	0 a 84 Rango de valores 85 o más . Faltante
8	RIDRETH1	Raza/Etnicidad	1 Mexicano americano 2 Otro hispano 3 Blanco no Hispano 4 Negro no hispano 5 Otra raza (incluye multiracial) . Faltante
10	DMQMILIT	Servicio en las Fuerzas Armadas de los EEUU	1 Si 2 No

⁸² MEC: Movil Examination Center, Centro Móvil de Examinación.

⁸³ CAPI: Computer-Assisted Personal Interview, Entrevista personal asistida por computadora.

⁸⁴ ACASI: Audio-Computer-Assisted Self Interview, Entrevista individual asistida por audio-computadora, la cual forma parte de la entrevista MEC.

			7 R. Denegada 9 No sé . Faltante
11	DMDBORN	País de nacimiento	1 Nacido en uno de los 50 estados de EEUU o en Washington DC 2 Nacido en México 3 Nacido en otro lado 7 R. Denegada . Faltante
12	DMDEDUC	Educación	1 Menos de Educación Media 2 Diploma de Educación Media 3 Más de Educación Media 7 R. Denegada 9 No sé . Faltante
13	INDHHINC	Ingreso Anual de la cabeza de familia	1 \$0 a 4999 2 \$5000 a 9999 3 \$10,000 a 14,999 4 \$15,000 a 19,999 5 \$20,000 a 24,999 6 \$25,000 a 34,999 7 \$35,000 a 44,999 8 \$45,000 a 54,999 9 \$55,000 a 64,999 10 \$65,000 a 74,999 11 \$75,000 y más 12 Por arriba de \$20,000 13 Menos de \$20,000 77 R. Denegada 99 No sé . Faltante
14	INDFMINC	Ingreso anual Familiar CPS (Ingreso total familiar, reportado como un rango de valores, en dólares)	1 \$0 a 4,999 2 \$5,000 a 9999 3 \$10,000 a 14,999 4 \$15,000 a 19,999 5 \$20,000 a 24,999 6 \$25,000 a 34,999 7 \$35,000 a 44,999 8 \$45,000 a 54,999 9 \$55,000 a 64,999 10 \$65,000 a 74,999 11 \$75,000 y más 12 Por arriba de \$20,000 13 Menos de \$20,000 77 R. Denegada 99 No sé . Faltante
15	INDFMPIR	CPS Familiar PIR ⁸⁵	0 a 4.99 Rango de valores

⁸⁵ PIR: Poverty income ratio, cociente de umbral de pobreza para el ingreso familiar.

			5 PIR valor superior o igual a 5.00 . Faltante
16	DMDMARTL	Estado civil	1 Casado 2 Viudo 3 Divorciado 4 Separado 5 Nunca casado 6 Viviendo con compañero 77 R. Denegada 99 No sé . Faltante
18	SIALANG	Lenguaje hablado en la entrevista	1 Inglés 2 Español . Faltante
	DMQ.160	Fecha mm/aa en que viniste a EEUU para quedarte.	mes 2 dígitos año 4 dígitos 77 R . Denegada 99 No sé
	DMQ.170	¿Eres ciudadano de EEUU?	1 Sí, nacido en EEUU 2 Sí, nacido en Puerto Rico, Guam, Islas Vírgenes Norteamericanas, u otro territorio norteamericano. 3 Sí, nacido en el extranjero de padres norteamericanos 4 Sí, por naturalización 5 No 7 R. Denegada 9 No sé
	DMQ.220	Aparte de tu cambio a EEUU, ¿has viajado a otro país?	1 Si 2 No 7 R. Denegada 9 No sé
	DMQ.230	¿A dónde has viajado?	1 Europa o Australia/Nueva Zelanda 2 Asia o África o Pacífico Sur 3 Sur/Centro América (incluyendo México) 4 El Caribe 5 Medio Oriente 6 Otro 7 R. Denegada 9 No sé
	DMQ.240	¿Te consideras hispano? [¿De dónde son tus ascendientes?]	1 Sí 2 No 7 R. Denegada 9 No sé
	DMQ.251	Grupo(s) que representa(n) tu origen o antecedente hispano. Selecciona una o más de estas categorías.	10 Puertorriqueño 12 Dominicano 13 México/Mexicano 14 México Americano

			15 Chicano 18 Cubano 19 Cubano Americano 20 Centro o Sudamericano 40 Otro latinoamericano 41 Otro Hispano 77 R. Denegada 99 No sé
	DMQ.275	¿Cuál de estos grupos [listados en DMQ.251] piensas que representa mejor tu raza?	Espacio de 2 dígitos para código 66 No puedo escoger 1 raza 77 R. Denegada 99 No sé
	DMQ.280	¿Tienes seguro social?	Espacio de 9 dígitos para Num. de Seguro social 2 No 7 R. Denegada 9 No sé

2.2 La herramienta de análisis estadístico SAS



Ilustración 4. Hospital Johns Hopkins. Edificio pionero. Baltimore, MD.

La estadística epidemiológica que se lleva a cabo en las instituciones de investigación como el Hospital Johns Hopkins y sobretodo la Escuela de Salud Pública, (Ver Ilustración 13), particularmente la relacionada con el Diagnóstico de Salud y Nutrición Nacional (NHANES), se

lleva a cabo con la herramienta SAS⁸⁶ o Sudán.

Ficha Técnica

El programa de análisis estadístico SAS fue desarrollado en la década de los 70's por la compañía SAS en la ciudad de Cary, Carolina del Norte, donde se encuentran importantes instituciones de investigación, como el Research Triangle International, la Compañía SAS, la Compañía Sudán, así como la Universidad de Duck.

SAS se desarrolló inicialmente para hacer estadística, sin embargo ha diversificado sus funciones de modo que actualmente es el paquete que mejor maneja datos, tiene modelos estadísticos muy avanzados, con los cuales se puede hacer modelos, almacenar datos y analizarlos.

SAS es una compañía muy grande, que desarrolla software de análisis de datos para las necesidades particulares de la industria farmacéutica, institutos de

⁸⁶ SAS, Versión 9.1.2 (Cary, North Carolina, USA)

investigación en salud, ingeniería, etc.

Específicamente, SAS tiene desarrolladas fórmulas especiales para las necesidades de análisis y manejo de datos del NHANES. A solicitud de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC's), SAS diseñó estas fórmulas por ejemplo para hacer un muestreo con base en la selección que hicieron los CDC's de vecindarios, barrios, unidades habitacionales o clusters y condados o municipios; ya que en un principio, al crear el censo de todo el país, fue necesario realizar un muestreo intenso, representativo de la población nacional, incluyendo a las minorías étnicas y raciales como hispanos, negros, etc. con sus respectivas proporciones numéricas dentro de la población total. Este requerimiento dio como resultado un muestreo bastante complicado, pero que a diferencia del muestreo aleatorio, captura de manera proporcionada la información de mayorías y minorías por igual, por tanto garantiza la salida de datos fidedignos y resultados veraces.

Otro requerimiento especial del NHANES fue desarrollar fórmulas para corroborar la confiabilidad de la muestra, mismas que también están ya incluidas en el SAS.

Tercer y último ejemplo: El NHANES requería tener asignado un peso estadístico para cada grupo étnico o racial, para extrapolar las cifras de la muestra a la población total, preservándose así en las cifras nacionales, la proporción de cada grupo. SAS desarrolló pesos estadísticos para cada grupo poblacional, están vinculados a la información específica del NHANES y se aplican a los datos que el usuario pretende manejar, al momento de programar dicho manejo.

Cuando en los CDC's se tenía que hacer cálculos más complicados con la muestra, como varianzas o error estándar para edades, ingresos, estaturas, etc. inicialmente contrataron una compañía que desarrollara el Sudán, y hasta hace muy poco era el único programa que podía hacer estos cálculos, hasta que llegó SAS y armó un grupo de estadísticos para analizar los datos del NHANES y desarrollar las herramientas necesarias en el software de SAS.

Para algunos cálculos como regresión, jack knife⁸⁷ o modelos logísticos, o muestreos sofisticados se sigue usando el Sudán, pero SAS es una buena alternativa para analizar varianza, error estándar e intervalos de confianza, porque tiene formulas especiales para NHANES y estos cálculos; con la ventaja de que es más comercial y se pueden hacer más cosas que con Sudán, por ejemplo permite manipular los datos de manera muy limpia, con excelentes resultados; se pueden manejar datos por grupos o agrupar según las necesidades del usuario, analizar la distribución de las edades, establecer grupos de edades que facilitan el análisis, lo hacen más comprensivo y con resultados más precisos. El usuario escribe un programa a su gusto y queda disponible para correrlo con los datos con que se diseñó o con datos nuevos. Estos otros paquetes no han integrado tal tipo de fórmulas complejas, ni desarrollado el software correspondiente ni ofrecen los vínculos para el uso de los datos del NHANES.

⁸⁷ Jack Knife, técnica en la que se construyen submuestras de los datos, por ejemplo 50 réplicas, borrando una sola información o persona en cada una y calculando la varianza para las personas restantes. Es como sacar un "promedio" de la varianza, se obtienen así estimadores más confiables. Los datos del NHANES tiene estas 50 columnas para varianzas e intervalos de confianza, que trabajan también *de la mano* con las fórmulas incluidas en el SAS para tal efecto.

Todos los paquetes pueden hacer cálculos con pesos estadísticos, sin embargo SAS va más allá porque en el diseño estadístico se consideró el procedimiento especial de los CDC's para tipos de muestreos intensos como el que se hace con hispanos o negros.

La versión 9.12 del SAS puede trabajar en cualquier plataforma ya sea Windows, XP, Unix o Mackintosh. No se puede instalar en las primeras versiones de Vista, sólo en Vista Ultimate o Vista Business.

Procedimiento

El SAS es un programa o software de análisis estadístico, diseñado para que el usuario a su vez programe hojas de trabajo en las cuales indica los comandos que al *correrlas*, efectúa de manera automática las órdenes dadas, tales como:

- Toma la variable A como la principal.
- Compárala con las variables x,y y z.
- Al compararlas:
- Obtén porcentajes, promedios, y utiliza pesos estadísticos.
- Ponles en lugar del nombre original que tienen en la base de datos del NHANES, estos nombres: fulano, sutano, perengano.

En una siguiente fase, después de *correr* la primera hoja de trabajo, el SAS

despliega una hoja de resultados, o datos primarios donde el usuario puede consultar en cifras los datos de salida obtenidos de su solicitud efectuada en la primera programación.

Un ejemplo de tales datos primarios puede observarse en el Anexo 3. Estos datos, después de reflexionar en torno a ellos, se pueden tomar para elaborar tablas, gráficas, observaciones y conclusiones, o bien se puede regresar a la hoja de trabajo inicial para rediseñar la programación, efectuando los cambios necesarios para obtener el análisis estadístico deseado. Ejemplo: se puede programar para que cambie de lugar las variables, la principal pasa a ser secundaria y una de las secundarias pasa a ser principal.

Es tan flexible el SAS, que se puede hacer cualquier modificación en la programación, y resulta ser una programación personalizada, especial para las necesidades de la investigación.

Una vez que el usuario está satisfecho con estos resultados, procede a trabajarlos en un programa más amigable para graficar, como el Excel.

Nombre de archivo: A5
Directorio: \\IMPRESIONES\Documentos c\4F\TODAS LAS
TESIS\SEPTIEMBRE\TESIS DEL 7 AL 12 DE SEPTIEMBRE\katia\PDF
LISTO
Plantilla: C:\Documents and Settings\Administrador\Datos de
programa\Microsoft\Plantillas\Normal.dotm
Título:
Asunto:
Autor: Katia
Palabras clave:
Comentarios:
Fecha de creación: 14/09/2009 05:52:00 p.m.
Cambio número: 4
Guardado el: 14/09/2009 08:04:00 p.m.
Guardado por: Ba-k.com
Tiempo de edición: 18 minutos
Impreso el: 14/09/2009 08:13:00 p.m.
Última impresión completa
Número de páginas: 71
Número de palabras: 18,012 (aprox.)
Número de caracteres:99,072 (aprox.)

CAPÍTULO 3

AFRONTAN LAS CIFRAS AL MAL DEL SIGLO

En este capítulo se presenta el resultado del procedimiento de análisis estadístico comparativo entre las variables ya citadas, expresado tanto en tablas y gráficas, como en una redacción sencilla y clara donde se puede constatar la identificación de la depresión en la población mexicoamericana radicada en Estados Unidos.

3.1 Conteo General

Relato 3.1 ¡Es mi paisano!
Baltimore, Maryland, 30 de mayo de 2007

La estación de radio pública NPR (National Public Radio) transmite de vez en cuando una entrevista realizada al Dr. Alfredo Quiñones Hinojosa, Oncólogo Investigador de la Universidad Johns Hopkins (Ver Ilustración 14), especializado en tumores cerebrales. Dicha universidad es uno de los centros de investigación de mayor tradición, renombre y vanguardia de EEUU en torno a la salud y la nutrición.



Ilustración 1. Hospital Johns Hopkins. Entrada principal. Baltimore, MD.

Lo interesante es que el Dr. Quiñones es mexicano, llegó a EEUU cruzando la frontera sin papeles, cuando tenía 19 años, sin estudios, proveniente de una familia de extracción humilde: Su papá tenía una gasolinera en el lado sur de dicha frontera, su hermanita había muerto por una diarrea... La primera vez lo regresaron a México los de migración, pero

insistió. La entrevista es interesante porque muestra las fases de transformación en el Dr. Quiñones, desde que trabajaba en el campo hasta que se interesó por estudiar medicina, oncología y llegar a uno de los lugares más altos de la investigación médica en EEUU. Un segundo elemento de interés es que

después de la entrevista transmitieron algunas llamadas del auditorio, señores varones, adultos mayores de 50 años, describiendo muy conmovidos su experiencia como mexicanos que han pasado por un proceso similar de transnacionalización, y las palabras más significativas, que textualmente quizá no signifiquen mucho para los connacionales radicados en México pero para los migrantes sí, son: [el radioescucha como todos los que intervinieron en el programa, estaba hablando en inglés pero se tomó la libertad de decir al aire, estas tres palabras en español] " e s m i p a i s a n o "...

Son palabras con mucho significado porque cuando se está haciendo un esfuerzo por entender un idioma distinto, al no entender gran parte de lo que se dice, uno se da cuenta que la adaptación no es fácil, y la mente se hace mil conjeturas; en tanto que al escuchar ese mar de palabras extrañas, tres palabras en la lengua materna, el jalón hacia la identidad y todos los vínculos que el lenguaje representa, es fuerte. Pero más allá de aspectos lingüísticos –que no es poca cosa- cuando las personas narran su experiencia de transnacionalización en un país más poderoso, con niveles de competitividad más aguerridos, con idiosincrasia, modos y valores distintos; una como radioescucha mexicana se visualiza como el alpinista aventurado mirando de frente la cima de la montaña y todos los obstáculos del trayecto, y al igual que todos los migrantes, una se pregunta ¿podré?

Y cuando escuchas las adversidades que han pasado quienes lo han logrado; y oyes a otros, orgullosos de compartir con él identidades... todo migrante –más allá del cotidiano cavilar en el que cientos de miles de mexicoamericanos se abisman en estados depresivos; todo hispano-parlante, sintiéndose a ratos muy aislado, que de momento escuche vínculos, redes de fraternidad... no puede menos que conmovirse con esas palabras... "es mi paisano".

Más referencias:

http://hopkinsneuro.org/brain_tumor/doc.cfm/expert/Alfredo_Quinones-Hinojosa

www.jhsph.edu

www.npr

En primer lugar, es relevante para el análisis, describir el componente de la muestra. En este sentido, cabe considerar para los análisis estadísticos subsecuentes, la proporción de la muestra de cada grupo poblacional en relación con el total de la población:

El tamaño de la muestra es de 850 observaciones o entrevistados, de los cuales 138 tienen pesos no positivos, por lo que el total de entrevistas consideradas en la

presente investigación, es de 712. Esta cantidad, con el uso de los pesos estadísticos descritos en el *Apartado 2.1 El NHANES como base de datos, Inciso h) Notas analíticas*, y el tipo de muestreo, descrito en el mismo apartado; representa a 80,214,745 habitantes a nivel nacional.

En la siguiente tabla se aprecia la cantidad de hombres y mujeres clasificados por grupos poblacionales que suman el total de observaciones incluidas en este trabajo. Se divide en siete columnas: una para los grupos poblacionales, tres para la cantidad de hombres, mujeres y total sin pesos y las últimas tres para hombres, mujeres y total con pesos; así como cuatro secciones, en la primera se presentan los datos del total de la muestra, y en las 3 siguientes los datos que resultaron positivos en las entrevistas de depresión, ansiedad y pánico respectivamente.

Tabla 3.1a TAMAÑO DE LA MUESTRA

Grupo Etnico	Sin pesos			Con pesos		
	hom	muj	tot	hom	muj	tot
Mexico-Americanos	69	84	153	5,080,925	4,723,980	9,804,905
Otros hispanos	14	14	28	1,916,865	1,536,286	3,453,151
Blancos no hispanos	150	197	347	25,676,650	26,076,032	51,752,682
Negros no hispanos	77	74	151	4,887,065	5,684,993	10,572,058
Otros	16	17	33	2,236,575	2,395,374	4,631,949
Total	326	386	712	39,798,080	40,416,665	80,214,745
Total general	712			80,214,745		
	850		Num. de observaciones			
	138		Num. de observaciones con peso no positivo			

Depresión						
	Sin pesos			Con pesos		
Grupo Etnico	hom	muj	tot	hom	muj	tot
Mexico-Americanos	5	10	15	296,711	619,335	916,046
Otros hispanos	-	3	3	-	369,827	369,827
Blancos no hispanos	27	36	63	4,744,325	5,077,747	9,822,072
Negros no hispanos	12	18	30	785,947	1,341,175	2,127,122
Otros	2	-	2	206,254	-	206,254
Total	46	67	113	6,033,237	7,408,084	13,441,321
Total general	113			13,441,321		
Ansiedad						
	Sin pesos			Con pesos		
Grupo Etnico	hom	muj	tot	hom	muj	tot
Mexico-Americanos	3	8	11	198,420	470,901	669,321
Otros hispanos	1	2	3	222,779	198,686	421,465
Blancos no hispanos	15	24	39	2,660,831	3,199,079	5,859,910
Negros no hispanos	6	10	16	429,853	833,811	1,263,664
Otros	3	2	5	419,760	359,647	779,407
Total	28	46	74	3,931,643	5,062,124	8,993,767
Total general	74			8,993,767		
Pánico						
	Sin pesos			Con pesos		
Grupo Etnico	hom	muj	tot	hom	muj	tot
Mexico-Americanos	1	6	7	68,556	445,778	514,334
Otros hispanos	-	-	-	-	-	-
Blancos no hispanos	14	22	36	2,150,966	3,158,296	5,309,262
Negros no hispanos	4	6	10	282,721	347,718	630,439
Otros	1	4	5	75,348	700,031	775,379
Total	20	38	58	2,577,591	4,651,823	7,229,414
Total general	58			7,229,414		

En seguida, en la tabla 3.1b, se presentan los mismos datos con pesos y porcentajes, para arribar finalmente a una muestra gráfica de esta información.

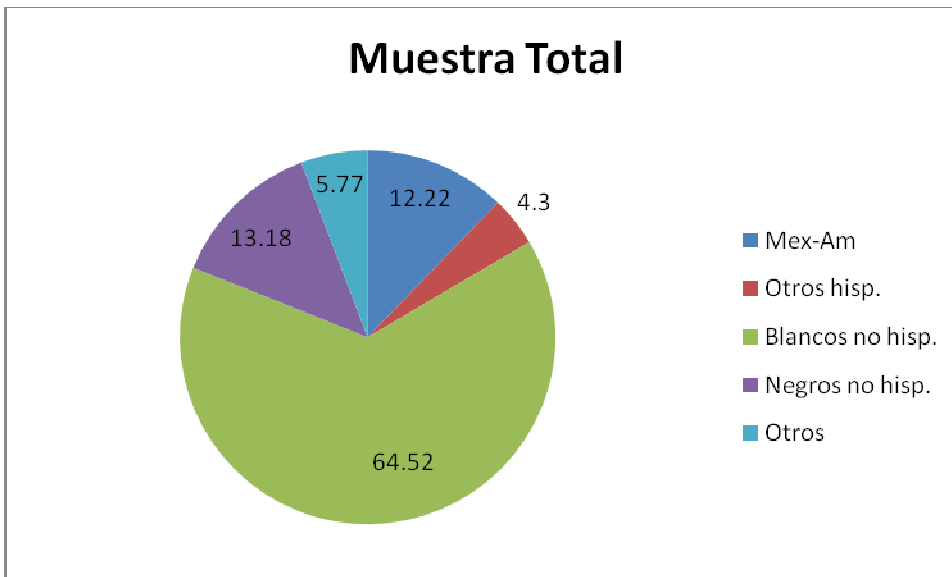
Tabla 3.1b TAMAÑO DE LA MUESTRA EN PORCENTAJES

Grupo Poblacional	Con pesos			Con pesos en porcentajes		
	Hombres	Mujeres	Total	Hom.	Muj.	Total
Mexico-Americanos	5,080,925	4,723,980	9,804,905	6.33	5.88	12.22
Otros hispanos	1,916,865	1,536,286	3,453,151	2.38	1.91	4.30
Blancos no hispanos	25,676,650	26,076,032	51,752,682	32.01	32.50	64.52
Negros no hispanos	4,887,065	5,684,993	10,572,058	6.09	7.08	13.18
Otros	2,236,575	2,395,374	4,631,949	2.78	2.98	5.77
Total	39,798,080	40,416,665	80,214,745	49.59	50.35	100
Depresión						
Grupo Poblacional	Con pesos			Con pesos en porcentajes		
	Hombres	Mujeres	Total	Hom.	Muj.	Total
Mexico-Americanos	296,711	619,335	916,046	2.21	4.61	6.82
Otros hispanos	-	369,827	369,827	-	2.75	2.75
Blancos no hispanos	4,744,325	5,077,747	9,822,072	35.30	37.78	73.07
Negros no hispanos	785,947	1,341,175	2,127,122	5.85	9.98	15.83
Otros	206,254	-	206,254	1.53	-	1.53
Total	6,033,237	7,408,084	13,441,321	44.89	55.11	100.00
Ansiedad						
Grupo Poblacional	Con pesos			Con pesos en porcentajes		
	Hombres	Mujeres	Total	Hom.	Muj.	Total
Mexico-Americanos	198,420	470,901	669,321	2.21	5.24	7.44
Otros hispanos	222,779	198,686	421,465	2.48	2.21	4.69
Blancos no hispanos	2,660,831	3,199,079	5,859,910	29.59	35.57	65.16
Negros no hispanos	429,853	833,811	1,263,664	4.78	9.27	14.05
Otros	419,760	359,647	779,407	4.67	4.00	8.67
Total	3,931,643	5,062,124	8,993,767	43.72	56.28	100.00
Pánico						
Grupo Poblacional	Con pesos			Con pesos en porcentajes		
	Hombres	Mujeres	Total	Hom.	Muj.	Total
Mexico-Americanos	68,556	445,778	514,334	0.95	6.17	7.11
Otros hispanos	-	-	-	-	-	-
Blancos no hispanos				29.75	43.69	73.44

	2,150,966	3,158,296	5,309,262			
Negros no hispanos	282,721	347,718	630,439	3.91	4.81	8.72
Otros	75,348	700,031	775,379	1.04	9.68	10.73
Total	2,577,591	4,651,823	7,229,414	35.65	64.35	100.00

Del total de la muestra, la población más numerosa, 64.52%, está conformada por blancos no hispanos, después le siguen en tamaño el total de negros no hispanos y mexico-americanos, representando 13.18 y 12.22% respectivamente, tal como se observa en la gráfica 3.1a. En tanto, las poblaciones más pequeñas son las de *Otros* y *otros hispanos*, que constituyen apenas el 5.77 y 4.3% de la población total.

Gráfica 3.1a **MUESTRA TOTAL**

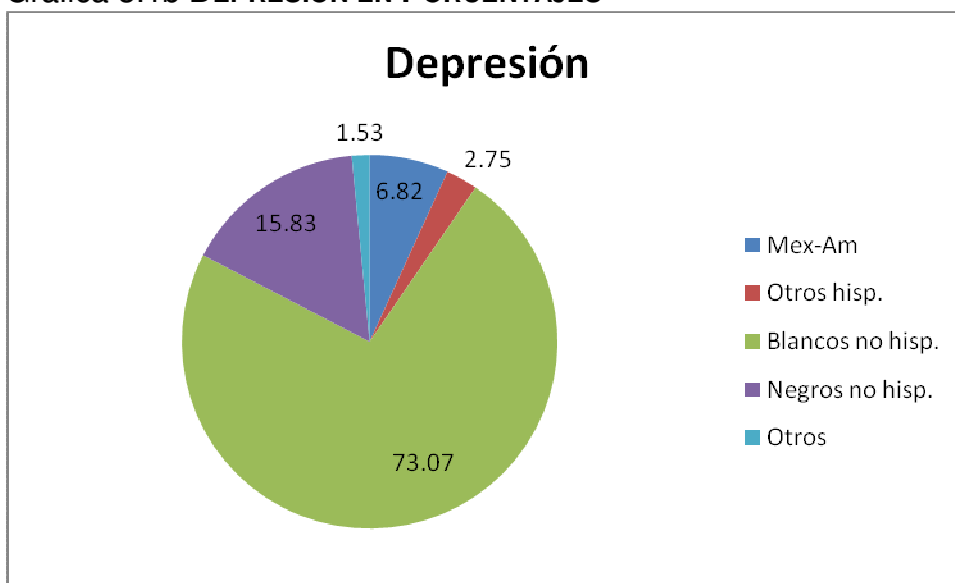


Del total de personas a quienes mediante las encuestas se les detectó trastorno de depresión, 13'441,321 de un universo de 80'214,754 habitantes; puede observarse en la gráfica 3.1b que la gran mayoría (73.07%) son blancos no

hispanos, el 15.83% son negros no hispanos, cifra que supera al 13.18% que representa este grupo en el total de la muestra (gráfica 3.1a). El 6.82% que representan los mexico-americanos entre los deprimidos, no es una cifra menor, si se considera que este porcentaje equivale a 916,046 mexico-americanos, es decir, el 9.34% de todos los mexico-americanos radicados en Estados Unidos, padece depresión como síntoma psiquiátrico, o en otras palabras, clínicamente significativa.

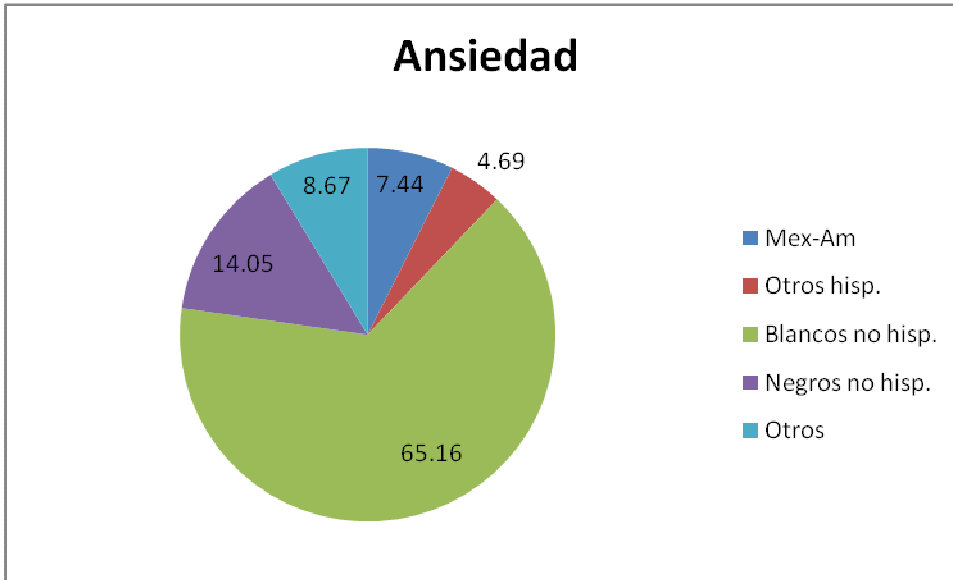
Finalmente se observa en la misma gráfica 3.1b, que los *otros hispanos* y los *Otros* son sólo el 2.75 y el 1.53% respectivamente, del total de deprimidos.

Gráfica 3.1b **DEPRESIÓN EN PORCENTAJES**

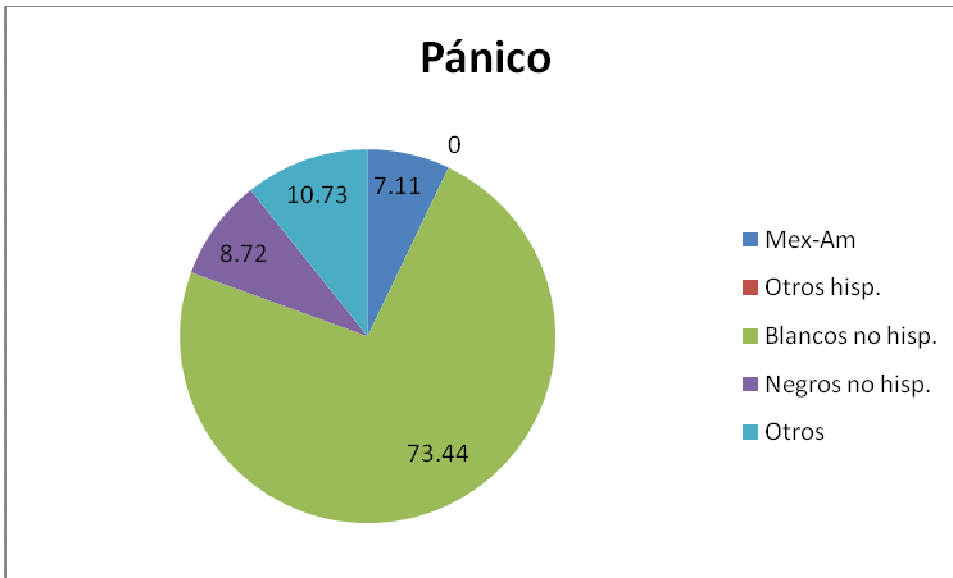


En las gráficas 3.1c y 3.1d se puede observar que el porcentaje de mexico-americanos se mantiene similar en los tres trastornos mentales: 6.82% con depresión, 7.44% con ansiedad y 7.11% con pánico.

Gráfica 3.1c **ANSIEDAD EN PORCENTAJES**



Gráfica 3.1d **PÁNICO EN PORCENTAJES**



Con respecto del total de la muestra, el mayor porcentaje entre depresión, ansiedad y pánico, lo representan las mujeres blancas no hispanas con pánico, ya que abarcan el 43.69% del total de dicho trastorno mental; seguidas del mismo grupo: mujeres blancas no hispanas, con depresión (37.78%) y ansiedad (35.57%).

En las cifras anteriores resulta casi obvio que los porcentajes más altos estén entre las mujeres blancas no hispanas, ya que es el grupo poblacional más numeroso de entre los habitantes norteamericanos. Dicho grupo incluye, tal como se puede apreciar en el apartado 3.8 *País de nacimiento y depresión*, un importante porcentaje de mujeres blancas no hispanas que no nacieron en Estados Unidos, lo cual se analiza en dicho apartado.

Sin embargo la situación cambia cuando se observan los porcentajes de gente deprimida respecto del total de su propio grupo poblacional, tal como se observa a continuación.

3.2 Porcentajes de trastornos

Tabla 3.2a **PORCENTAJES DE DEPRESIÓN RESPECTO DE LOS NO DEPRIMIDOS**

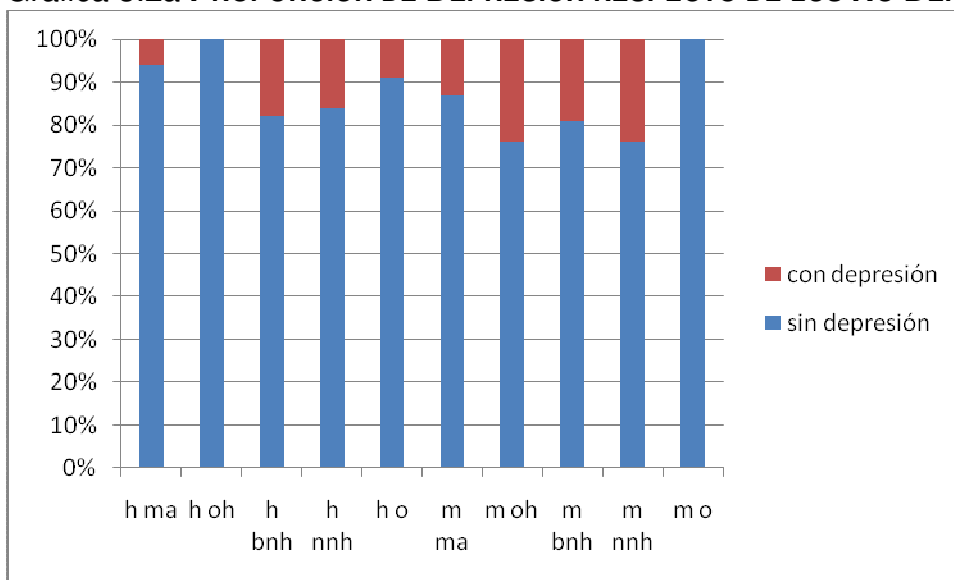
Grupo	hombres			mujeres		
	sin depresión	con depresión		sin depresión	con depresión	
		#	%		#	%
Mex-Am	4,784,214.00	296,711.00	6%	4,104,645.00	619,335.00	13%
Otros hisp.	1,916,865.00	-	0%	1,166,459.00	369,827.00	24%
Blancos no hisp.	20,932,325.00	4,744,325.00	18%	20,998,285.00	5,077,747.00	19%
Negros no hisp.	4,101,118.00	785,947.00	16%	4,343,818.00	1,341,175.00	24%
Otros	2,030,321.00	206,254.00	9%	2,395,374.00	-	0%

En la tabla y gráfica 3.2a se puede apreciar que no es entre las *mujeres blancas no hispanas* donde hay una mayor difusión de la depresión, tal como se observó en el apartado 3.1 con base en porcentajes respecto del total de la muestra; pues

mientras entre ellas el 19% padece de este trastorno, hay otros dos grupos donde la proporción de personas con depresión es mayor, y se trata de las *mujeres negras no hispanas* y las *mujeres otras hispanas*, que alcanzan el 24% del total de su población grupal.

Con este enfoque estadístico, los hombres mexico-americanos se mantienen en 6%, sin embargo las mujeres ascienden a 13% en relación con las mexico-americanas que no padecen depresión, la cual es una cifra bastante elevada. Contribuyen a entender este porcentaje tan elevado, los datos que arroja el análisis de los trastornos mentales a través de otras variables, principalmente edad, escolaridad, ingresos y estado civil, que afectan a cada género con matices distintos, pero al femenino de una manera mucho más sensible. Para conocer tales particularidades, se analiza en los siguientes apartados cada una de dichas variables.

Gráfica 3.2a PROPORCIÓN DE DEPRESIÓN RESPECTO DE LOS NO DEPRIMIDOS



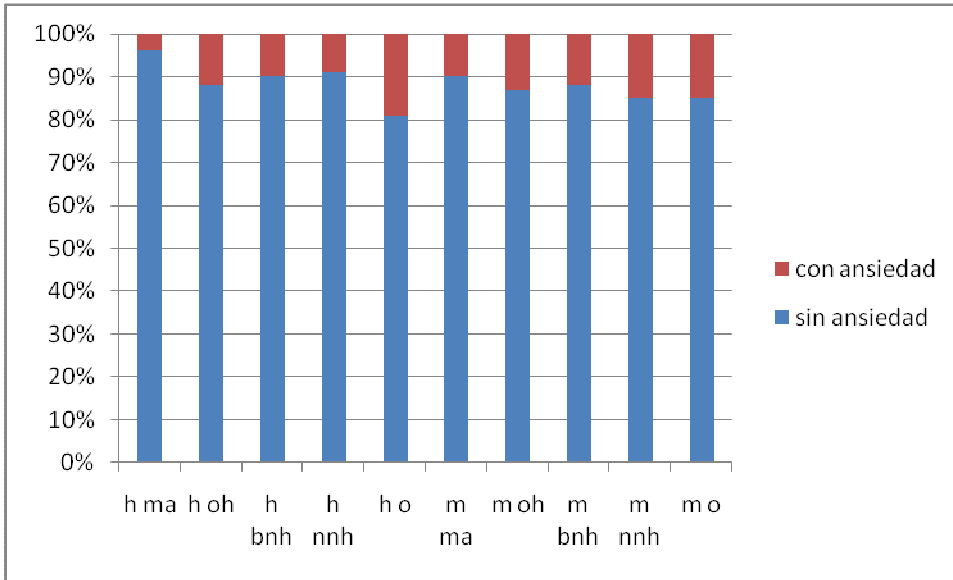
H ma = hombres mexico-americanos
 H oh = hombres otros hispanos
 H bnh = hombres blancos no hispanos
 H nnh = hombres negros no hispanos
 H o = hombres otros
 M ma = mujeres mexico-americanas
 M oh = mujeres otras hispanas
 M bnh = mujeres blancas no hispanas
 M nnh = mujeres negras no hispanas
 M o = mujeres otras

En los casos de ansiedad y pánico se corrobora que por lo general las mujeres padecen más de estos trastornos mentales que los hombres, al igual que con la depresión. La única salvedad es el caso de los hombres *Otros* con ansiedad, pero entre los mexico-americanos se observa una relación entre hombres y mujeres de 6 a 13% para el caso de la depresión, de 4 a 10% para el caso de la ansiedad y de 1 a 9% para el caso del pánico. Una diferencia igual de marcada ocurre con los otros grupos y ha de observarse como una constante al considerar las demás variables.

Tabla 3.2b PORCENTAJES DE ANSIEDAD RESPECTO DE LOS SIN ANSIEDAD

Grupo	hombres			mujeres		
	sin ansiedad	con ansiedad		sin ansiedad	con ansiedad	
		#	%		#	%
Mex-Am	4,882,505.00	198,420.00	4%	4,253,079.00	470,901.00	10%
Otros hisp.	1,694,086.00	222,779.00	12%	1,337,600.00	198,686.00	13%
Blancos no hisp.	23,015,819.00	2,660,831.00	10%	22,876,953.00	3,199,079.00	12%
Negros no hisp.	4,457,212.00	429,853.00	9%	4,851,182.00	833,811.00	15%
Otros	1,816,815.00	419,760.00	19%	2,035,727.00	359,647.00	15%

Gráfica 3.2b PROPORCIÓN DE ANSIEDAD RESPECTO DE LOS SIN ANSIEDAD

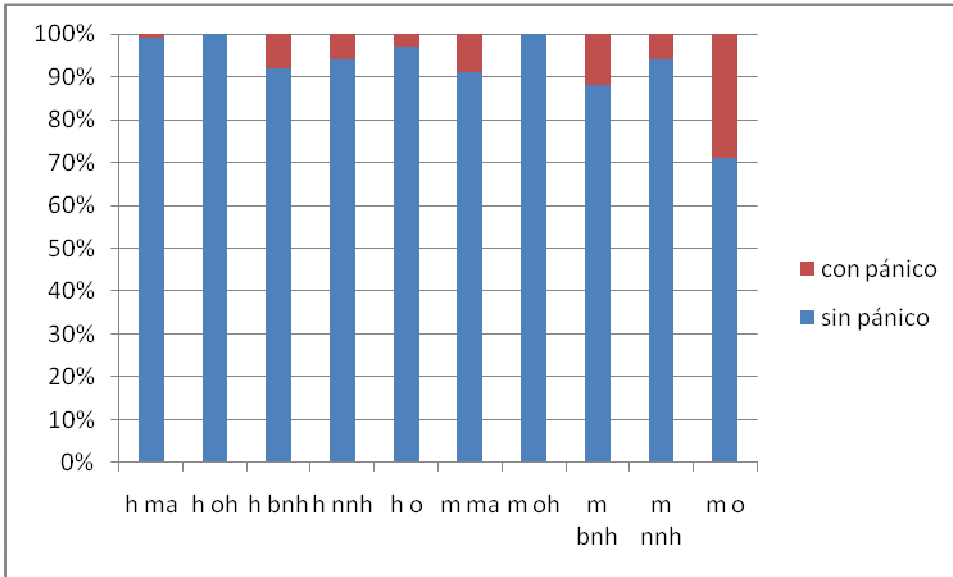


h ma = hombres mexico-americanos
 h oh = hombres otros hispanos
 h bnh = hombres blancos no hispanos
 h nnh = hombres negros no hispanos
 h o = hombres otros
 m ma = mujeres mexico-americanas
 m oh = mujeres otras hispanas
 m bnh = mujeres blancas no hispanas
 m nnh = mujeres negras no hispanas
 m o = mujeres otras

Tabla 3.2c PORCENTAJES DE PÁNICO RESPECTO DE LOS SIN PÁNICO

Grupo	hombres			mujeres		
	sin pánico	con pánico		sin pánico	con pánico	
		#	%		#	%
Mex-Am	5,012,369.00	68,556.00	1%	4,278,202.00	445,778.00	9%
Otros hisp.	1,916,865.00	-	0%	1,536,286.00	-	0%
Blancos no hisp.	23,525,684.00	2,150,966.00	8%	22,917,736.00	3,158,296.00	12%
Negros no hisp.	4,604,344.00	282,721.00	6%	5,337,275.00	347,718.00	6%
Otros	2,161,227.00	75,348.00	3%	1,695,343.00	700,031.00	29%

Gráfica 3.2c PROPORCIÓN DE PÁNICO RESPECTO DE LOS SIN PÁNICO



h ma = hombres mexico-americanos
 h oh = hombres otros hispanos
 h bnh = hombres blancos no hispanos
 h nnh = hombres negros no hispanos
 h o = hombres otros
 m ma = mujeres mexico-americanas
 m oh = mujeres otras hispanas
 m bnh = mujeres blancas no hispanas
 m nnh = mujeres negras no hispanas
 m o = mujeres otras

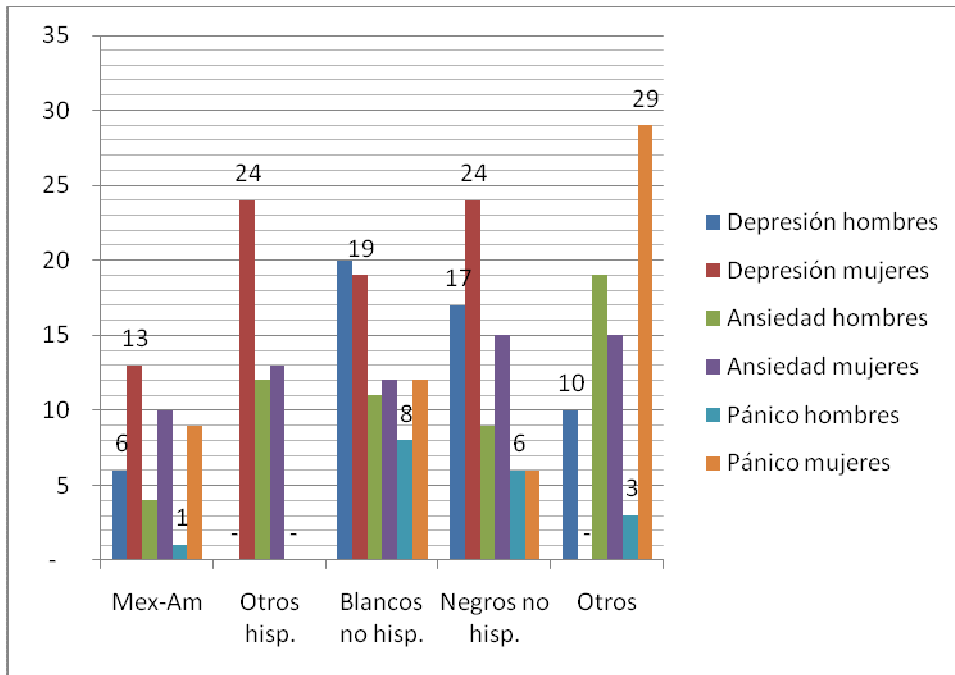
Por lo que respecta al lugar que ocupan los mexico-americanos en porcentajes respecto del total de la población grupal, puede verse en la gráfica 3.2d que se encuentran entre los más bajos índices de trastornos mentales. Los que cuentan con mejor salud mental al respecto de depresión, ansiedad y pánico, son los otros hispanos hombres, otras hispanas mujeres y *Otras* mujeres, pues entre ellos no se registran tales trastornos mentales.

Asimismo, para el caso del pánico son muy reducidos los porcentajes entre hombres *Otros* (3%), hombres negros no hispanos (6%) y hombres blancos no

hispanos (8%).

En cambio, la gran mayoría supera a los mexico-americanos llegando hasta 24% en el caso de las mujeres otras hispanas y negras no hispanas con depresión, y más aún con el porcentaje más alto las mujeres *Otras* con pánico, que alcanzan el 29% del total de su población grupal.

Gráfica 3.2d PORCENTAJES RESPECTO DEL TOTAL DE LA POBLACIÓN GRUPAL



En otras palabras, colocando en primer lugar a los que padecen en menor proporción los tres trastornos mentales, y en último lugar a los grupos de mayor porcentaje de personas con dichos desórdenes, tal relación quedaría de la siguiente manera:

Primer lugar, 0% con trastornos mentales:

- Otros hispanos hombres ante la depresión
- Otros hispanos hombres ante el pánico
- Otras hispanas mujeres ante el pánico
- *Otras* mujeres ante la depresión

Segundo lugar, 1% con pánico:

- **Mexico-americanos hombres**

Tercer lugar, 3% con pánico:

- *Otros* hombres

Cuarto lugar, 4% con ansiedad:

- **Mexico-americanos hombres**

Quinto lugar, 6% con trastornos:

- **Mexico-americanos hombres con depresión**
- Negros no hispanos hombres con pánico
- Negras no hispanas mujeres con pánico

Sexto lugar, 8% con pánico:

- Blancos no hispanos hombres

Séptimo lugar, 9% con trastorno:

- **Mexico-americanas mujeres con pánico**
- Negros no hispanos hombres con ansiedad

Octavo lugar, 10% con trastorno:

- **Mexico-americanas mujeres con ansiedad**
- *Otros* hombres con depresión

Noveno lugar, 11% con ansiedad:

- Blancos no hispanos hombres

Décimo lugar, 12% con trastorno:

- Otros hispanos hombres con ansiedad

- Blancas no hispanas mujeres con ansiedad
- Blancas no hispanas mujeres con pánico

Décimo primer lugar, 13% con trastorno:

- **Mexico-americanas mujeres con depresión**
- Otras hispanas mujeres con ansiedad

Decimo segundo lugar, 15% con ansiedad:

- Negras no hispanas
- *Otras*

Decimo tercer lugar, 17% con depresión:

- Negros no hispanos hombres

Decimo cuarto lugar, 19% con trastorno:

- Blancas no hispanas con depresión
- *Otros* hombres con ansiedad

Decimo quinto lugar, 20% con depresión:

- Blancos no hispanos hombres

Decimo sexto lugar, 24% con depresión:

- Otras hispanas mujeres
- Negras no hispanas mujeres

Decimo séptimo y último lugar, 29% con pánico:

- *Otras* mujeres

Dentro de este orden, los mexico-americanos ocupan el segundo lugar, con un 1% de hombres con pánico respecto del total de la muestra de hombres mexico-americanos; el cuarto lugar, con un 4% de hombres con ansiedad; el quinto lugar, con un 6% de hombres con depresión; el séptimo lugar con un 9% de mujeres con pánico, el octavo lugar con un 10% de mujeres con ansiedad; y el décimoprimer

lugar con un 13% de mujeres con depresión.

En tal sentido, son las mujeres con depresión, ansiedad y pánico las que entre los mexico-americanos requieren con mayor urgencia de atención, debido al alto porcentaje de personas afectadas por dichos trastornos mentales.

No por ello dejan de tener importancia el resto de mexico-americanos afectados, quienes aunque están en los lugares 5to, 4to y 2do, representan como se indica arriba, el 6, 4 y 1% de su población grupal, lo cual indica una presencia de tales alteraciones que no debe dejarse crecer.

Por tanto, a pesar de que cuantitativamente -caso aparte las mujeres con depresión- no es muy difundida la presencia de estos trastornos mentales entre los mexico-americanos, pero dado que aun con cifras menores, se presentan entre los connacionales, es importante hacer un estudio minucioso y buscar soluciones

efectivas al problema.



3.3 Clasificación de los trastornos mentales

Acerca del origen de la depresión, ansiedad y pánico; el Diagnóstico de Salud y Nutrición Nacional (NHANES)

Ilustración 2. Diversas instituciones de salud solicitan voluntarios. indaga entre las siguientes causas determinadas por examen médico: 1. Nervios, 2. Estrés, 3. Ansiedad, 4. Depresión, 5. Enfermedad mental, 6. Medicamentos, 7. Drogas, 8. Alcohol, 9.

Enfermedad física, 10. Lesión física y 11. Diagnóstico no definido.

Existe en el NHANES otra clasificación denominada "causa general del problema", la cual ha sido elegida para trabajar en la presente investigación, ya que la anterior y detallada clasificación de 11 categorías, bien se puede agrupar en la general, dado el escaso monto de datos específicos para la primera.

Tal clasificación general en la presente investigación se nombra *clasificación de los trastornos mentales*, y las 5 categorías que emplea son:

1. No hay problema
2. No es clínicamente significativa
3. Medicamentos, drogas o alcohol
4. Origen físico
5. Síntoma psiquiátrico.

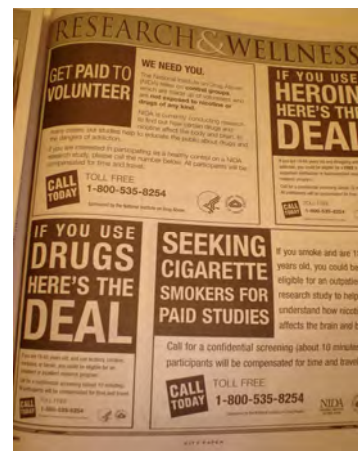


Ilustración 3. Se buscan voluntarios para investigaciones médicas.

En consecuencia, tanto la depresión como la ansiedad y

el pánico detectados en las entrevistas, fueron clasificados en cuatro categorías:

Primera: **No es clínicamente significativa.** Aquella en la que la depresión, ansiedad o pánico clínicamente no se considera plenamente como tal. Se habla de una ligera depresión por ejemplo, pero no se incluye en la categoría de personas psiquiátricamente enfermas de depresión. En las gráficas por razones de espacio,

se le asigna la nomenclatura "2. No cl sig".

Segunda: **Medicamentos, drogas o alcohol.** Agrupa a todos los casos de depresión, ansiedad o pánico originados por el consumo de medicamentos, drogas o alcohol. En las gráficas se le asigna la nomenclatura "3. Medi, Drg Alch "

Tercera: **Origen físico.** Incluye a todos aquellos quienes tienen una depresión, ansiedad o pánico de origen físico, es decir, que manifiestan el trastorno mental correspondiente por causa de alguna otra enfermedad, lesión, operación u otro estado físico. Por tanto, esta categoría abarca a las personas que sufren una alteración mental de este tipo a consecuencia de obesidad, y otros trastornos alimentarios como bulimia y anorexia, cáncer, diabetes, lesiones o mutilaciones derivados de accidentes o guerras, estados post-operatorios, depresión post-parto, etc. En las gráficas se le asigna la nomenclatura "4. Orig fís"

Cuarta: **Síntoma psiquiátrico.** Se incluye en esta categoría a quienes padecen una depresión, ansiedad o pánico considerado como un síntoma puramente psiquiátrico. En las gráficas se le asigna la nomenclatura "5. Sint Psiq."

Cabe aclarar que la primera categoría tiene el número 2, la segunda el 3, la tercera el 4 y la cuarta el 5 debido a que en la encuesta, el número 1 se le asigna a las observaciones que manifiestan inexistencia de problema o trastorno mental. Esta categoría junto con las cifras correspondientes, no fue incluida en el análisis estadístico, pero se puede consultar en los anexos.

En seis tablas y tres gráficas de columnas:

Tabla 3.3.1a Clasificación de la Depresión y Géneros

Tabla 3.3.1b Depresión y Género: Resumen en Porcentajes

Tabla 3.3.2a Clasificación de la Ansiedad y Géneros

Tabla 3.3.2b Ansiedad y Género: Resumen en Porcentajes

Tabla 3.3.3a Clasificación del Pánico y Géneros

Tabla 3.3.3b Pánico y Género: Resumen en Porcentajes

Gráfica 3.3.1 Clasificación de la Depresión y Géneros

Gráfica 3.3.2 Clasificación de la Ansiedad y Géneros

Gráfica 3.3.3 Clasificación del Pánico y Géneros

se presenta un análisis estadístico, donde también por razones de espacio, se expresa en el eje de las X la siguiente nomenclatura, que representa a los grupos poblacionales explicitados para cada una:

h ma = hombres mexico-americanos
h oh = hombres otros hispanos
h bnh = hombres blancos no hispanos
h nnh = hombres negros no hispanos
h o = hombres otros
m ma = mujeres mexico-americanas
m oh = mujeres otras hispanas
m bnh = mujeres blancas no hispanas
m nnh = mujeres negras no hispanas
m o = mujeres otras

Otros incluye tal como se ha venido indicando: indios norteamericanos, probablemente también a los nativos de Alaska, Guam, hawaianos, samoanos,

otros de las Islas Pacífico, indo-asiáticos, chinos, filipinos, japoneses, coreanos, vietnamitas, otros asiáticos o algún otro grupo étnico.

Finalmente en el eje de las Y se ubica la cantidad de habitantes contabilizada con pesos estadísticos.

3.3.1 Clasificación de la depresión y géneros

Tabla 3.3.1a **CLASIFICACIÓN DE LA DEPRESIÓN Y GÉNEROS**

	2. No clinic. sig.	3. Medi, drg, alch.	4. Origen físico	5. Síntoma Psiq.	Total de deprimidos	Población total grupal	Diferencia ⁸⁸
h ma	296,711	-	-	-	296,711	5,080,925	4,784,214
m ma	276,302	-	-	343,033	619,335	4,723,980	4,104,645
h oh					-	1,916,865	1,916,865
m oh	187,341	-	-	182,486	369,827	1,536,286	1,166,459
h bnh	2,621,176	120,524	123,438	1,879,188	4,744,326	25,676,650	20,932,324
m bnh	2,011,475	-	-	3,066,272	5,077,747	26,076,032	20,998,285
h nnh	414,694	-	80,074	291,178	785,946	4,887,065	4,101,119
m nnh	979,102	68,305	-	293,768	1,341,175	5,684,993	4,343,818
h o	206,254	-	-	-	206,254	2,236,575	2,030,321
m o	-	-	-	-	-	2,395,374	2,395,374

h ma = hombres mexico-americanos
h oh = hombres otros hispanos
h bnh = hombres blancos no hispanos
h nnh = hombres negros no hispanos
h o = hombres otros
m ma = mujeres mexico-americanas
m oh = mujeres otras hispanas
m bnh = mujeres blancas no hispanas
m nnh = mujeres negras no hispanas
m o = mujeres otras

⁸⁸ Diferencia entre la población total grupal y el total de deprimidos.

Gráfica 3.3.1 CLASIFICACIÓN DE LA DEPRESIÓN Y GÉNEROS

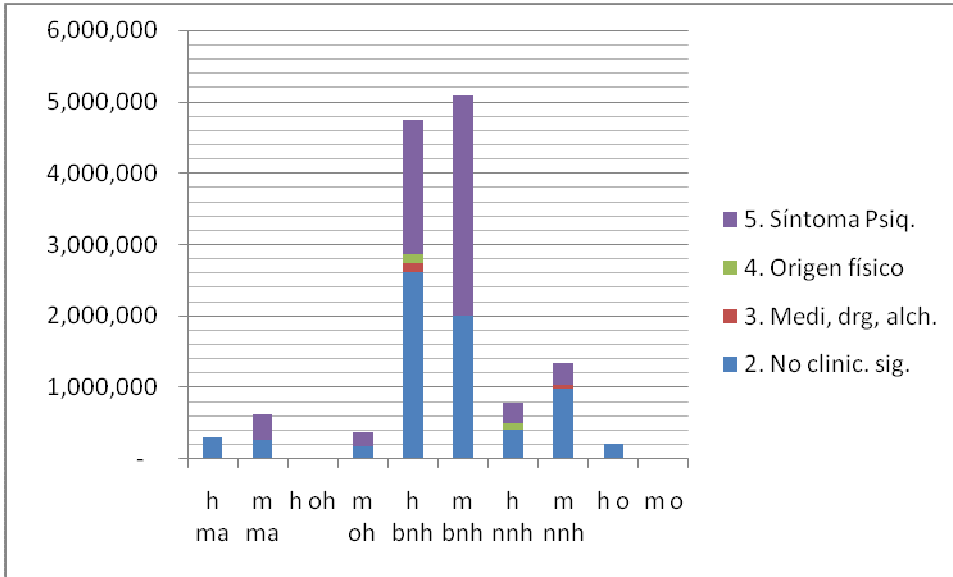


Tabla 3.3.1b DEPRESIÓN Y GÉNERO: RESUMEN EN PORCENTAJES

	2. No clinic. sig. %	5. Síntoma Psiq. %	Total de deprimidos %
hombres mex-americanos	5.84	-	5.84
mujeres mex-americanas	5.85	7.26	13.11
hombres otros hispanos	-	-	-
mujeres otras hispanas	12.19	11.88	24.07
hombres blancos no hisp.	10.21	7.32	18.48
mujeres blancas no hisp.	7.71	11.76	19.47
hombres negros no hisp.	8.49	5.96	16.08
mujeres negras no hisp.	17.22	5.17	23.59
hombres otros	9.22	-	9.22
mujeres otras	-	-	-
Promedios	7.67	4.93	12.99

Considerando la clasificación arriba mencionada, se observa que la población con más incidencia de depresión, es la de las mujeres otras hispanas y mujeres negras no hispanas ya que el 24% de ellas tiene dicho trastorno, y superan a las

mujeres mexico-americanas en 11 puntos porcentuales.



Ilustración 4. Jóvenes hispanas. Desfile del 4 de Julio, día de la Independencia.

Otro dato interesante es que en tres de los cinco grupos poblacionales, es decir entre los mexico-americanos, otros hispanos y blancos

no hispanos, son más las mujeres que los hombres deprimidos (Ver Ilustración 17).

Entre los negros no hispanos únicamente en el caso de la depresión como síntoma psiquiátrico, los hombres reflejan un mayor porcentaje que las mujeres. Y en el caso de los *otros*, solamente los hombres muestran este disturbio. Nótese (ver tabla 3.3.1b) que así como entre este grupo no se detectó depresión como síntoma psiquiátrico, lo cual indica que se trata de depresiones de menor gravedad; lo mismo ocurre con los hombres mexico-americanos y otros hispanos también hombres.

Igualmente, es importante observar la diferencia numérica entre toda clase de depresiones y la depresión como síntoma psiquiátrico. Recuérdese que además de las personas que padecen una depresión leve, clínicamente insignificante, están registradas personas deprimidas por el consumo de algún medicamento, drogas o alcohol; y otras más cuya depresión tiene un origen físico, es decir depresión postoperatoria, o derivada de un accidente, etc. Todas estas variantes, aunque no son considerados como síntoma psiquiátrico, representan una

proporción importante del total de deprimidos.

Sin embargo, la depresión más grave, que sí es considerada como síntoma psiquiátrico, no tiene una proporción menor (salvo los casos ya mencionados de hombres mexico-americanos, otros hispanos y *Otros* hombres y mujeres). Observando la misma tabla 3.3.1b se puede constatar que en el caso de las mujeres mexico-americanas la depresión como síntoma psiquiátrico asciende a casi la mitad del total de deprimidas, lo mismo para las mujeres otras hispanas.

Es menor entre los hombres blancos no hispanos, ya que de un total de 18%, 7% tienen depresión como síntoma psiquiátrico. Algo similar se observa en los hombres negros no hispanos (de 16% = total de deprimidos, en 6% se registra síntoma psiquiátrico) y en las mujeres negras no hispanas: 24% = total de deprimidas, 5% = síntoma psiquiátrico.

En cambio, la proporción más elevada está entre las mujeres blancas no hispanas, pues de un total de 19%, el 12% corresponde a depresión como síntoma psiquiátrico, es decir un poco más de las dos terceras partes de estas mujeres con algún tipo de depresión, padecen la modalidad más grave.

Este contraste entre síntoma psiquiátrico y el trastorno clínicamente no significativo, ha sido presentado para depresión, ansiedad y pánico en las tablas 3.3.1b, 3.3.2b y 3.3.3b respectivamente, y llama la atención que –guardando las importantes discrepancias intergrupales arriba mencionadas- para el caso de

depresión, hay una diferencia de 2.74 puntos porcentuales entre los promedios 7.67 de depresión que no es clínicamente significativa, y 4.93 de depresión como síntoma psiquiátrico. En tanto que dicha diferencia es de 1.53 puntos porcentuales en el caso de ansiedad, y de 2.7 en el caso de pánico, pero de manera invertida.

En otras palabras, mientras que en los casos de depresión y ansiedad son más las personas con trastorno que no es clínicamente significativa, que quienes padecen el trastorno como síntoma psiquiátrico; en el caso del pánico es al revés: hay más personas que tienen pánico como síntoma psiquiátrico (5.14% en promedio), que aquellos quienes lo padecen con menor gravedad, como clínicamente no significativa (únicamente 2.4% en promedio). Esta situación se analiza en el apartado *3.3.3 Clasificación del pánico y géneros*, por ser éste donde el trastorno como síntoma psiquiátrico, se registra con un índice más elevado.

Nótese (tabla 3.3.1) que sólo se registra depresión por medicamentos, drogas y alcohol entre los hombres blancos no hispanos y las mujeres negras no hispanas; la causa queda fuera del alcance de esta investigación. Depresión de origen físico sólo resultó entre los hombres blancos no hispanos y los hombres negros no hispanos, y en esto tiene mucho que ver la problemática de los heridos y mutilados de guerra. Los mexico-americanos tanto hombres como mujeres, así como hombres y mujeres otros hispanos, mujeres blancas no hispanas y *otros* hombres y mujeres; están “limpios” de este tipo de depresión.

Es de tomar en cuenta que los *Otros*, entre quienes se cuenta a los asiáticos,

registran mucho menos depresión en total, que los mexico-americanos; lo cual por una parte parecería extraño, ya que los asiáticos están más lejos de su país de origen y su cultura occidental es más disímil que la latina en relación con la norteamericana; sin embargo se entiende al considerar que llegan a Estados Unidos y permanecen en dicho país, en mejores condiciones de vida que los mexicano-americanos. Esto es; llegan con una escolaridad superior, un nivel socioeconómico más alto y mejor situación migratoria. En consecuencia, su estancia se caracteriza por una mejor situación laboral y mejores condiciones de vida.

Según la tabla 3.3.1b, la depresión entre los mexico-americanos es menor que en los demás grupos (excepto los otros hispanos hombres, y hombres y mujeres otros), es decir, menor que las mujeres otras hispanas, hombres y mujeres blancos no hispanos; y hombres y mujeres negros no hispanos.

Relato 3.3.1

En el aire... mucha violencia de por medio.

Las expresiones de racismo son muchas y varias de ellas muy sutiles. Y visto superficialmente, a reserva de hacer una investigación más exhaustiva, parece más exacerbado este sentimiento en los negros que en los blancos. Aunque por la experiencia que tuve en la primera entrevista de migración, en el aeropuerto, no puedo poner las manos al fuego por esa aceveración, ya que fue una mujer blanca la que mostró mucho despotismo y barreras para el entendimiento. Los negros son un grupo más cerrado. Se nota en los bares, como espacios de recreación y convivencia, cualquiera puede entrar, pero sólo hay negros. Y si entra un latino, no se diga blanco, se le ve raro, hay cierto malestar e incomodidad tan pesados, que es por eso que mejor los latinos se reúnen en otros espacios. Pacíficamente, aparentemente sin violencia, el racismo, la segregación y la auto segregación prevalecen silenciosamente.

Trato de entender a qué se debe tanto gusto por decirle a alguien "I don't speak spanish", a alguien que está cumpliendo y respetando todo el protocolo e indicaciones de la entrevista, pidiendo de buena manera autorización para hablar en español, y está mostrando la mejor disposición para el diálogo. Entiendo que hay en el aire mucha violencia de por medio.

Será interesante seguir investigando.

Viernes 1 de junio de 2007.

3.3.2 Clasificación de la ansiedad y géneros

Tabla 3.3.2a **CLASIFICACIÓN DE LA ANSIEDAD Y GÉNEROS**

	2. No clinic. sig.	3. Medi, drg, alch.	4. Origen físico	5. Síntoma Psiq.	Total con ansiedad	Población total grupal	Diferencia
h ma	135,516	-	-	62,904	198,420	5,080,925	4,882,505
m ma	207,196	-	-	264,705	471,901	4,723,980	4,252,079
h oh	222,779	-	-	-	222,779	1,916,865	1,694,086
m oh	-	187,341	-	11,345	198,686	1,536,286	1,337,600
h bnh	1,235,096	-	-	1,425,735	2,660,831	25,676,650	23,015,819
m bnh	346,571	-	303,110	2,549,398	3,199,079	26,076,032	22,876,953
h nnh	203,918	800,075	-	145,860	1,149,853	4,887,065	3,737,212
m nnh	376,660	-	-	457,150	833,810	5,684,993	4,851,183
h o	344,412	-	-	75,348	419,760	2,236,575	1,816,815
m o	198,251	-	-	161,396	359,647	2,395,374	2,035,727

h ma = hombres mexico-americanos
h oh = hombres otros hispanos
h bnh = hombres blancos no hispanos
h nnh = hombres negros no hispanos
h o = hombres otros
m ma = mujeres mexico-americanas
m oh = mujeres otras hispanas
m bnh = mujeres blancas no hispanas
m nnh = mujeres negras no hispanas
m o = mujeres otras

Gráfica 3.3.2 CLASIFICACIÓN DE LA ANSIEDAD Y GÉNEROS

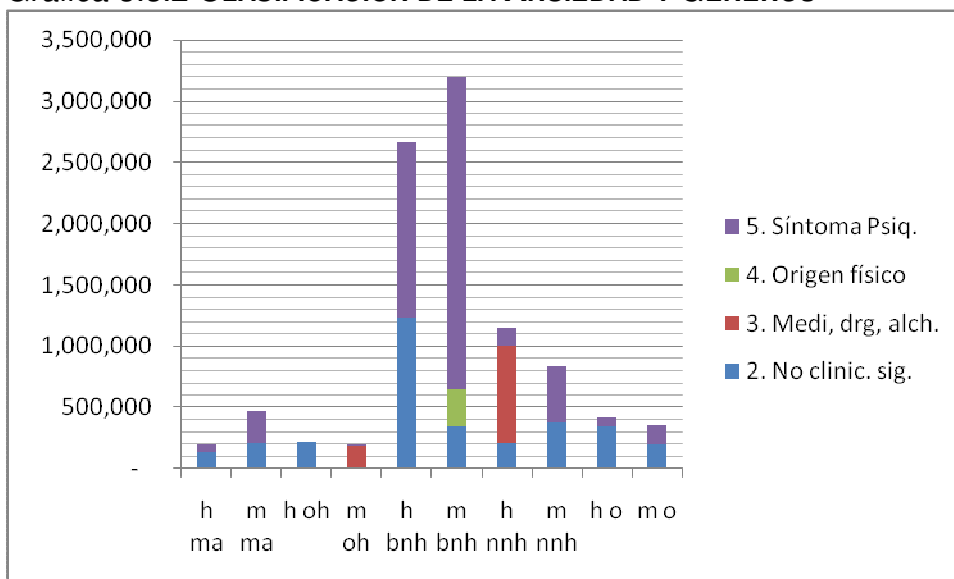


Tabla 3.3.2b ANSIEDAD Y GÉNERO: RESUMEN EN PORCENTAJES

	2. No clinic. sig. %	5. Síntoma Psiq. %	Total con ansiedad %
hombres mex-americanos	2.67	1.24	3.91
mujeres mex-americanas	4.39	5.60	9.99
hombres otros hispanos	11.62	-	11.62
mujeres otras hispanas	-	0.74	12.93
hombres blancos no hisp.	4.81	5.55	10.36
mujeres blancas no hisp.	1.33	9.78	12.27
hombres negros no hisp.	4.17	2.98	23.53
mujeres negras no hisp.	6.63	8.04	14.67
hombres otros	15.40	3.37	18.77
mujeres otras	8.28	6.74	15.01
Promedios	5.93	4.40	13.31

Tomando en cuenta las mismas especificaciones generales enunciadas al principio del apartado 1. *Clasificación de los trastornos mentales*, la situación es diferente, ya que como síntoma psiquiátrico, la ansiedad de las mujeres mexicano-americanas iguala a la de los hombres blancos no hispanos, sólo la superan en proporción, la de las mujeres *Otras*, las mujeres negras no hispanas y las mujeres blancas no hispanas. Es decir, dado que es menor el porcentaje de personas que

padecen ansiedad entre los hombres otros hispanos, los hombres mexicano-americanos, las mujeres otras hispanas, los hombres negros no hispanos y los hombres *otros*; la situación de las mujeres mexicano-americanas con ansiedad no debe tomarse a la ligera.

Por otra parte reportan ansiedad como resultado del consumo de medicamentos, drogas o alcohol (Tabla 3.3.2b), los hombres negros no hispanos, entre quienes por la situación de pobreza étnica mencionada anteriormente, el problema del desempleo entre otros, genera un grave consumo de drogas y alcohol- y las mujeres otras hispanas, éstas en una proporción muy elevada, ya que de 13%, solo el 1% representa ansiedad como síntoma psiquiátrico, en consecuencia el otro 12% puede corresponder al consumo principalmente de medicamentos sin prescripción médica.

La televisión transmite en cantidad excesiva, anuncios de medicamentos contra el insomnio, calmantes, etc; que pueden alterar el sistema nervioso y propiciar estados de ansiedad, y la población latina es en general más propensa a verse afectada por la autoprescripción, dado que en su gran mayoría no cuenta con seguro médico ni tiene las posibilidades para consultar a un galeno. Y aún más vulnerable entre los latinos, resulta el género femenino, cuyo ingreso económico es menor que el del masculino, si no es que nulo.

En tanto que las únicas que registran ansiedad con origen físico son las mujeres blancas no hispanas, y aquí tiene mucho que ver el problema de la obesidad en la

Unión Americana, aunque entre las mujeres negras no hispanas no resultó ansiedad de origen físico, y es en la población de ascendencia afroamericana, donde se registran los mayores índices de pobreza y por tanto mayores problemas de obesidad como consecuencia de una cultura alimentaria pobre. Ocurre que entre las mujeres obesas, a las de ascendencia afroamericana no les afecta esta condición tanto como a las blancas no hispanas.

Cambiando de tópico, es entre las mujeres blancas no hispanas entre quienes hay mayor ansiedad como síntoma psiquiátrico respecto de los demás grupos poblacionales y de género, así como respecto de su total de mujeres con otros tipos de ansiedad, pues de 12%, el 10% está reconocido como síntoma psiquiátrico. También es muy elevada aunque no tanto, la proporción de ansiedad como síntoma psiquiátrico en los siguientes grupos, ya que representa cerca de la mitad del total de personas con ansiedad en su grupo:

- mujeres negras no hispanas (de 15%, el 8% es síntoma psiquiátrico)
- mujeres otras (de 15%, 7% lo es)
- mujeres mexico-americanas (de 10%, 6% lo es)
- hombres blancos no hispanos (de 10%, 6% lo es)

En tanto, la cuarta parte del total de hombres mexico-americanos con ansiedad, la padecen como síntoma psiquiátrico, y donde menor es la proporción es entre los hombres otros hispanos, ya que del 12% que padece ansiedad, ninguno de ellos

es síntoma psiquiátrico. Entre los hombres negros no hispanos de 24%, sólo 3% es síntoma psiquiátrico; entre los hombres otros, de 19% con depresión, sólo 3% es síntoma psiquiátrico; y entre las mujeres otras hispanas de 13%, el 1% es síntoma psiquiátrico.

Queda de manifiesto que la situación de género es desfavorable para las mujeres en el caso de ansiedad como síntoma psiquiátrico, ya que la presencia de este trastorno es mayor entre ellas que entre los hombres para todos los grupos y en una proporción muy elevada:

- Mexico-americanos: Por cada hombre con ansiedad, hay 4.5 mujeres.
- Otros hispanos: Todos los casos de ansiedad como síntoma psiquiátrico corresponden a las mujeres.
- Blancos no hispanos: por cada hombre con este tipo de ansiedad, hay 1.8 mujeres.
- Negros no hispanos: por cada hombre, 2.7 mujeres.
- Otros: por cada hombre, 2 mujeres.

No así cuando se observa el total con ansiedad, donde son más los hombres que las mujeres, para el caso de los otros hispanos, de los negros no hispanos y de los *Otros*.

3.3.3 Clasificación del pánico y géneros

Tabla 3.3.3a **CLASIFICACIÓN DEL PÁNICO Y GÉNEROS**

TABLA 3.3.2c CLASIFICACIÓN DEL PÁNICO Y GÉNEROS							
	2. No clinic. sig.	3. Medi, drg, alch.	4. Origen físico	5. Síntoma Psiq.	Total con pánico	Población total grupal	Diferencia
h ma	-	-	-	68,556	68,556	5,080,925	5,012,369
m ma	165,845	-	-	279,932	445,777	4,723,980	4,278,203
h oh	-	-	-	-	-	1,916,865	1,916,865
m oh	-	-	-	-	-	1,536,286	1,536,286
h bnh	902,037	-	-	1,248,930	2,150,967	25,676,650	23,525,683
m bnh	813,534	-	-	2,344,762	3,158,296	26,076,032	22,917,736
h nnh	133,493	-	-	149,227	282,720	4,887,065	4,604,345
m nnh	80,004	-	-	267,713	347,717	5,684,993	5,337,276
h o	75,348	-	-	-	75,348	2,236,575	2,161,227
m o	161,396	-	-	538,635	700,031	2,395,374	1,695,343

h ma = hombres mexico-americanos
 h oh = hombres otros hispanos
 h bnh = hombres blancos no hispanos
 h nnh = hombres negros no hispanos
 h o = hombres otros
 m ma = mujeres mexico-americanas
 m oh = mujeres otras hispanas
 m bnh = mujeres blancas no hispanas
 m nnh = mujeres negras no hispanas
 m o = mujeres otras

Gráfica 3.3.3 CLASIFICACIÓN DEL PÁNICO Y GÉNEROS

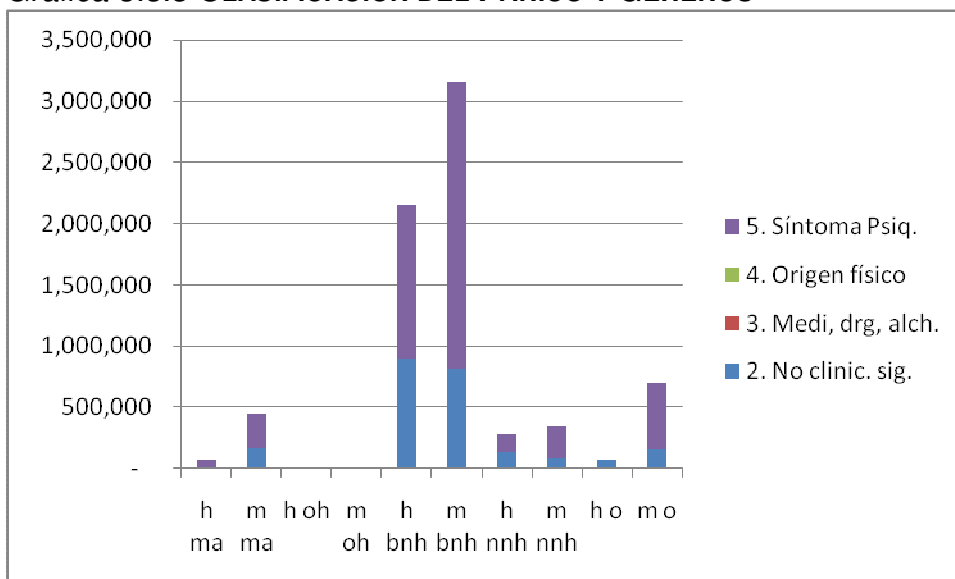


Tabla 3.3.3b PÁNICO Y GÉNERO: RESUMEN EN PORCENTAJES

	2. No clinic. sig. %	5. Síntoma Psiq. %	Total con pánico %
hombres mex-americanos	-	1.35	1.35
mujeres mex-americanas	3.51	5.93	9.44
hombres otros hispanos	-	-	-
mujeres otras hispanas	-	-	-
hombres blancos no hisp.	3.51	4.86	8.38
mujeres blancas no hisp.	3.12	8.99	12.11
hombres negros no hisp.	2.73	3.05	5.79
mujeres negras no hisp.	1.41	4.71	6.12
hombres otros	3.37	-	3.37
mujeres otras	6.74	22.49	29.22
Promedios	2.44	5.14	7.58

Notorio es que el grupo donde está más difundido el pánico, es el de las mujeres *Otras*, con un muy disparado 22.49%, lo cual se explica porque como género y como grupo mayoritariamente migrante, es doblemente vulnerable. En tanto, el tercer lugar (5.93%), -después de las mujeres blancas no hispanas caso aparte que se analiza en seguida- lo ocupan ni más ni menos que las mujeres mexicoamericanas; y las causas habrá que encontrarlas en una problemática similar.

Caso aparte el de los blancos no hispanos, tanto hombres como mujeres, porque son los que reflejan en seguida mayor pánico (4.86% y 8.99% respectivamente). Aunque los negros no hispanos no se quedan atrás (3.05% en el caso de los hombres y 4.71% de las mujeres). Por tanto, surge el tema esbozado en el apartado 3.3.1 acerca del contraste entre el pánico como trastorno que no es clínicamente significativo, y el pánico como síntoma psiquiátrico. Cabe recordar que de los tres trastornos mentales en estudio, es en éste donde es más elevado el porcentaje promedio (5.14%) de personas con pánico como síntoma psiquiátrico.

Es menester tomar en consideración los acontecimientos del 11 de septiembre de 2001 en torno a las Torres Gemelas de Nueva York. Ha sido éste un fenómeno cuyos móviles, aún después de más de 8 años, siguen y seguirán siendo materia de análisis, reflexión y controversia en los ámbitos de múltiples disciplinas tales como la Ciencia Política, la Sociología, las Relaciones Internacionales... Empero, más allá de las causas, y a más de la importancia que ha tenido para especialistas dedicados a comprender y mejorar las relaciones entre los pueblos y las naciones; ha sido un acontecimiento que no deja de conmemorarse tanto desde el gobierno, el cual lo ha canalizado como parte estratégica del ideario de la historia contemporánea, que nutre la ancestral e identitaria actitud bélica de la nación norteamericana; como con igual ahínco continúa recordándose desde la ciudadanía, como un golpe cuyo impacto a la fecha sigue causando repercusiones en aspectos aparentemente imperceptibles de la cotidianeidad social, que sin

embargo están indirecta pero claramente registrados en datos como los que aquí se presentan del Diagnóstico de la Salud y Nutrición Nacional (NHANES). Queda en el tintero el análisis de la evolución del pánico experimentado por la población radicada en Estados Unidos, antes y después de tan impactante acontecimiento.

Tanto como síntoma psiquiátrico, como el total, donde se incluye el pánico que no es clínicamente significativo, tal trastorno está contundentemente más difundido entre las mujeres que entre los hombres en todos los grupos. La variable proporción es de llamar la atención:

- Mexico-americanos: por cada hombre, 6.5 mujeres.
- Otros hispanos: nótese que ni entre hombres ni entre mujeres se registra pánico.
- Blancos no hispanos: por cada hombre, 1.5 mujeres.
- Negros no hispanos: por cada hombre, 1.2 mujeres.
- Otros: por cada hombre, ¡9.2 mujeres!

Resalta la proporción tan elevada de mujeres *Otras* con pánico, ante los hombres de su grupo, lo cual resulta un tema de mucha importancia para los especialistas en estudios sobre asiáticos radicados en Estados Unidos. Sin embargo, la proporción de mujeres mexico-americanas no se queda atrás, por el contrario es la que les sigue. Puede constatarse la misma atenuante en los siguientes casos:

GRUPO	NO ES CLÍNICAMENTE SIGNIFICANTE.	SÍNTOMA PSIQUIÁTRICO
Hombres negros no hispanos	47%	53%
Hombres blancos no hispanos	42%	58%
Mujeres Mexico-americanas	37%	63%
Mujeres blancas no hispanas	26%	74%
Mujeres negras no hispanas	23%	77%
Mujeres <i>Otras</i>	23%	77%

Aún cuando en poco menos de la mitad de las mujeres mexico-americanas con pánico (37%) éste no es clínicamente significativo, sí resulta un trastorno mental bastante difundido, que demanda un estudio más profundo y atención urgente.

3.4 Edad y género para trastornos mentales

El análisis basado en la edad de las personas entrevistadas, se presenta en dos modalidades: la primera tiene una clasificación por grupos de edad, donde:

Clase 1 = De 20 a 29 años de edad.

Clase 2 = De 30 a 39 años de edad.

Este primer enfoque se presenta en las gráficas:

3.4.1a DEPRESIÓN POR GRUPOS DE EDAD

3.4.2a ANSIEDAD POR GRUPOS DE EDAD

3.4.3a PÁNICO POR GRUPOS DE EDAD

En la segunda modalidad para analizar la problemática que nos ocupa a partir de la edad de los hombres y mujeres con depresión, ansiedad y pánico; se presentan tres gráficas de dispersión, donde en el eje de las X se ubica el número de habitantes con pesos estadísticos, y en el eje de las Y las edades. El NHANES⁸⁹ maneja dos indicadores para esta variable: uno donde se estipula los meses de edad al momento de la entrevista, para los estudios que requieren esta especificidad, y otro en el que se expresa la edad en años, es esta segunda modalidad la que se emplea en la presente investigación.

Cabe recordar que la encuesta se aplicó a personas de entre 20 y 39 años de edad, de modo que los datos disponibles están comprendidos dentro de este rango.

Puede consultarse este enfoque por edad en las gráficas:

3.4.1b DEPRESIÓN POR EDAD Y GÉNERO

3.4.2b ANSIEDAD POR EDAD Y GÉNERO

3.4.3b PÁNICO POR EDAD Y GÉNERO

⁸⁹ NHANES: National Health and Nutrition Examination Survey, (Diagnóstico de Salud y Nutrición Nacional.)

3.4.1 Depresión por edad y género

El análisis del problema de la depresión por grupos de edad (ver el resumen en porcentajes de la tabla 3.4.1aa), muestra que la situación de los grupos constituídos primordialmente por migrantes, es decir, mexico-americanos, otros hispanos y otros; es inversa a la de los ciudadanos normalmente establecidos: blancos y negros no hispanos. Esto es, que mientras en los primeros la mayoría de los deprimidos se encuentra en el grupo 1, de 20 a 29 años de edad; en los segundos son mayoría los deprimidos cuya edad oscila entre 30 y 39.



Ilustración 5. En ambos grupos de edad se registra depresión casi por igual.

La diferencia mayor entre ambos grupos de edad, después de los *Otros*, quienes no reportan deprimidos en el grupo 2; se encuentra entre los

mexico-americanos, donde el 72.86% tienen entre 20 y 29 años de edad, y el 27.14% tienen de 30 a 39. En el resto de los grupos poblacionales se encuentran equilibrados ambos grupos de edad: otros hispanos: 50 a 49%, blancos no hispanos: 40 a 59%; sólo en el caso de los negros no hispanos hay una diferencia de más notoreidad: 34 a 64%, lo cual indica claramente la situación invertida, pues en su caso son los del grupo de edad mayor los que más se deprimen.

Observando la tabla 3.4.1a puede apreciarse que la depresión por consumo de medicamentos, drogas, alcohol y origen físico—que sólo se da entre blancos y

negros no hispanos, como se reportó en el apartado 3.3- se presenta de manera exclusiva entre los mayores de 30 años, a excepción de medicamentos, drogas y alcohol entre negros no hispanos, donde son los jóvenes menores de 29 años quienes reportan de manera exclusiva este trastorno.

Es de tomar en cuenta que entre los otros hispanos, aproximadamente la mitad de los deprimidos, cuya depresión no es clínicamente significativa, son menores de 29 años, y la otra mitad, mayores de 30, tienen depresión tipificada como síntoma psiquiátrico. Entre los *Otros*, los deprimidos son menores de 29 años, y como se vió en el apartado 3.3, su depresión es clínicamente insignificante.

Tabla 3.4.1a DEPRESIÓN POR GRUPOS DE EDAD

	Gpo. de Edad	2. No clinic. sig.	3. Medi, drg, alch.	4. Origen físico	5. Síntoma Psiq.	Total de deprimidos	Población total grupal
Mexico-Americanos	Gpo 1	452,444	-	-	214,988	667,432	5,080,925
	Gpo 2	120,569	0	0	128,045	248,614	4,723,980
Otros hispanos	Gpo 1	187,341	0	0	0	187,341	1,916,865
	Gpo 2	0	0	0	182,486	182,486	1,536,286
Blancos no hispanos	Gpo 1	2,011,116	0	0	2,005,043	4,016,159	25,676,650
	Gpo 2	2,621,535	120,524	123,438	2,940,417	5,805,914	26,076,032
Negros no hispanos	Gpo 1	664,355	68,305	0	13,754	746,414	4,887,065
	Gpo 2	729,442	0	80,075	571,192	1,380,709	5,684,993
Otros	Gpo 1	206,254				206,254	2,236,575
	Gpo 2	0	0	0	0	-	2,395,374

Grupo 1 = 20 a 29 años de edad

Grupo 2 = 30 a 39 años de edad

Gráfica 3.4.1a DEPRESIÓN POR GRUPOS DE EDAD

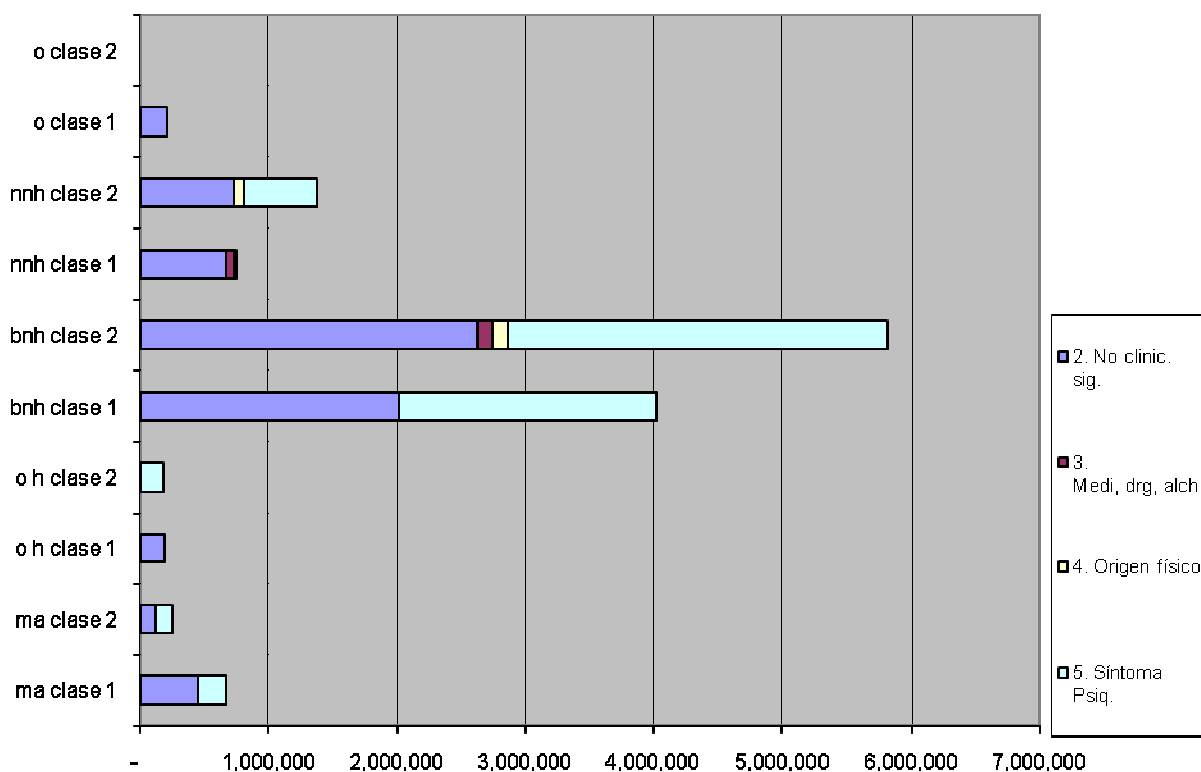


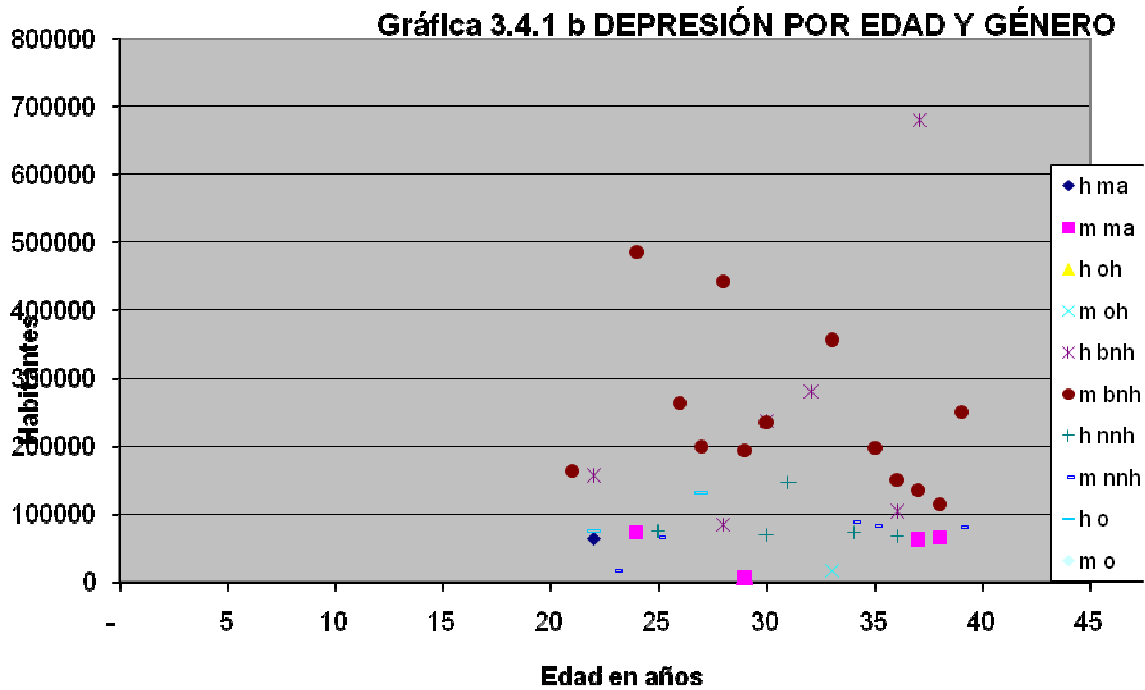
Tabla 3.4.1aa DEPRESIÓN POR GRUPOS DE EDAD: RESUMEN EN PORCENTAJES

	Gpo. de Edad	%	Suma gpo 1 + gpo 2
Mexico-Americanos	Gpo 1	72.86	916,046
	Gpo 2	27.14	
Otros hispanos	Gpo 1	50.66	369,827
	Gpo 2	49.34	
Blancos no hispanos	Gpo 1	40.89	9,822,073
	Gpo 2	59.11	
Negros no hispanos	Gpo 1	35.09	2,127,123
	Gpo 2	64.91	
Otros	Gpo 1	100.00	206,254
	Gpo 2	0.00	

Grupo 1 = 20 a 29 años de edad
 Grupo 2 = 30 a 39 años de edad

Tabla 3.4.1b DEPRESIÓN POR EDAD Y GÉNERO

	Mex-Am		Otros Hispanos		Blancos no hispanos		Negros no hisp.		Otros	
	h ma	m ma	h oh	m oh	h bnh	m bnh	h nnh	m nnh	h o	m o
20										
21						163,171				
22	63,149				156,764				75,348	
23								16,115		
24		72,392				485,085				
25							75,312	63,995		
26						262,186				
27						198,130			130,905	
28					84,913	442,558				
29		7,829				193,436				
30					237,189	233,995	68,904			
31							146,008			
32					279,754					
33				15,612		356,385				
34							73,108	86,829		
35						196,381		81,594		
36					104,450	149,416	67,749			
37		62,652			678,356	134,555				
38		65,393				113,985				
39						249,083		78,936		



- La mayor frecuencia de depresión se observa en los hombres blancos no hispanos de 37 años.
- En segundo lugar se encuentran las mujeres blancas no hispanas de 24 y 28 años.
- En tercer lugar las mujeres blancas no hispanas de 26, 33 y 39 años, así como los hombres negros no hispanos de 31.

Los hombres y mujeres mexico-americanos deprimidos reportan una edad de 22 años para hombres y de 24, 29, 37 y 38 para mujeres.

Es interesante ver que no hay una correlación directamente proporcional entre depresión y edad, sino que se presenta en cualquier edad.

3.4.2 Ansiedad por edad y género

En el caso de ansiedad, únicamente entre los mexico-americanos y los *Otros* es mayor la cantidad de personas afectadas menores de 29 años de edad, que mayores de 30. Entre los primeros, son 63.12% menores de 29 y 36.88% mayores de 30. (Ver tabla 3.4.2aa) Para el resto de los grupos la ansiedad se presenta más entre las personas mayores de 30 años.

Los otros hispanos que reportan ansiedad por medicamentos, drogas o alcohol, son menores de 29 años de edad, en tanto que los negros no hispanos cuya ansiedad tiene el mismo origen, son mayores de 30 años. Asimismo, los blancos no hispanos, únicos en reportar ansiedad de origen físico, son también mayores de 30 años.

Tabla 3.4.2a ANSIEDAD POR GRUPOS DE EDAD

	Gpo. de Edad	2. No clinic. sig.	3. Medi, drg, alch.	4. Origen físico	5. Síntoma Psiq.	Total con ansiedad	Población total grupal
Mexico-Americanos	Gpo 1	223,530	0	0	199,564	423,094	5,080,925
	Gpo 2	119,181	0	0	128,045	247,226	4,723,980
Otros hispanos	Gpo 1	0	187,341	0	11,345	198,686	1,916,865
	Gpo 2	222,779	0	0	0	222,779	1,536,286
Blancos no hispanos	Gpo 1	629,000	0	0	1,591,364	2,220,364	25,676,650
	Gpo 2	952,667	0	303,110	2,383,769	3,639,546	26,076,032
Negros no hispanos	Gpo 1	281,392	0	0	234,584	515,976	4,887,065
	Gpo 2	299,186	80,075	0	368,427	747,688	5,684,993
Otros	Gpo 1	344,412	0	0	326,744	671,156	2,236,575
	Gpo 2	198,251	0	0	0	198,251	2,395,374

Grupo 1 = 20 a 29 años de edad
 Grupo 2 = 30 a 39 años de edad

Gráfica 3.4.2a ANSIEDAD POR GRUPOS DE EDAD

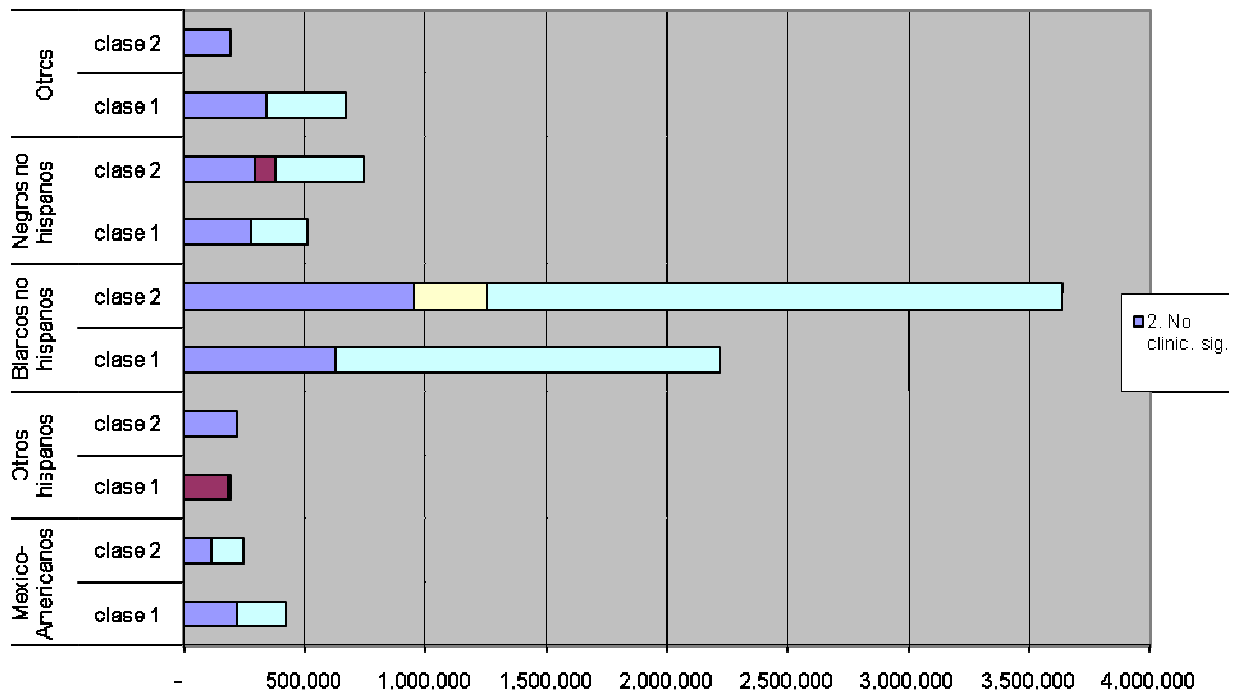


Tabla 3.4.2aa ANSIEDAD POR GRUPOS DE EDAD: RESUMEN EN PORCENTAJES

	Gpo. de Edad	%	Suma gpo 1 + gpo 2
Mexico-Americanos	Gpo 1	63.12	670,320
	Gpo 2	36.88	
Otros hispanos	Gpo 1	47.14	421,465
	Gpo 2	52.86	
Blancos no hispanos	Gpo 1	37.89	5,859,910
	Gpo 2	62.11	
Negros no hispanos	Gpo 1	40.83	1,263,664
	Gpo 2	59.17	
Otros	Gpo 1	77.20	869,407
	Gpo 2	22.80	

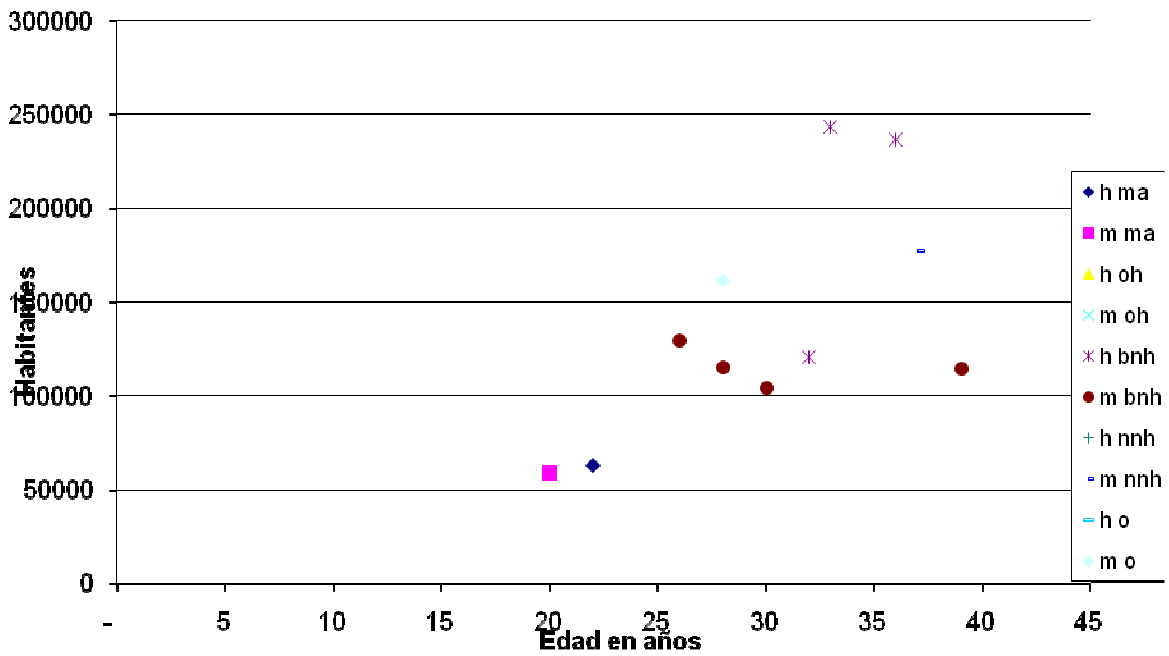
Grupo 1 = 20 a 29 años de edad
 Grupo 2 = 30 a 39 años de edad

En la tabla 3.4.2b puede observarse que son los hombres blancos no hispanos de 33 años los que más frecuencia de ansiedad tienen.

Tabla 3.4.2b ANSIEDAD POR EDAD Y GÉNERO

	Mex-Am		Otros Hispanos		Blancos no hispanos		Negros no hisp.		Otros	
	h ma	m ma	h oh	m oh	h bnh	m bnh	h nnh	m nnh	h o	m o
20		58,727								
21										
22	62,904									
23										
24										
25										
26						129,388				
27										
28						114,972				161,396
29										
30						104,250				
31										
32					120,524					
33					243,513					
34										
35										
36					236,989					
37								177,315		
38										
39						114,528				

Gráfica 3.4.2 b ANSIEDAD POR EDAD Y GÉNERO



Los hombres y mujeres mexico-americanos se encuentran entre los de menor frecuencia de ansiedad, y sus edades son de 22 años para hombres y de 20 para mujeres, como ningún otro grupo poblacional, ya que los demás muestran individuos con este trastorno, con edades de los 26 a los 39 años.

3.4.3 Pánico por edad y género

Tabla 3.4.3a **PÁNICO POR GRUPOS DE EDAD**

	Gpo. de Edad	2. No clinic. sig.	3. Medi, drg, alch.	4. Origen físico	5. Síntoma Psiq.	Total con pánico	Población total grupal
Mexico-Americanos	Gpo 1	63,192	0	0	214,288	277,480	5,080,925
	Gpo 2	102,653	0	0	134,201	236,854	4,723,980
Otros hispanos	Gpo 1	0	0	0	0	0	1,916,865
	Gpo 2	0	0	0	0	0	1,536,286
Blancos no hispanos	Gpo 1	1,025,011	0	0	1,377,831	2,402,842	25,676,650
	Gpo 2	690,560	0	0	2,215,860	2,906,420	26,076,032
Negros no hispanos	Gpo 1	148,263	0	0	16,822	165,085	4,887,065
	Gpo 2	65,235	0	0	400,119	465,354	5,684,993
Otros	Gpo 1	236,744	0	0	321,517	558,261	2,236,575
	Gpo 2	0	0	0	217,119	217,119	2,395,374

Grupo 1 = 20 a 29 años de edad
 Grupo 2 = 30 a 39 años de edad

Gráfica 3.4.3a PÁNICO POR GRUPOS DE EDAD

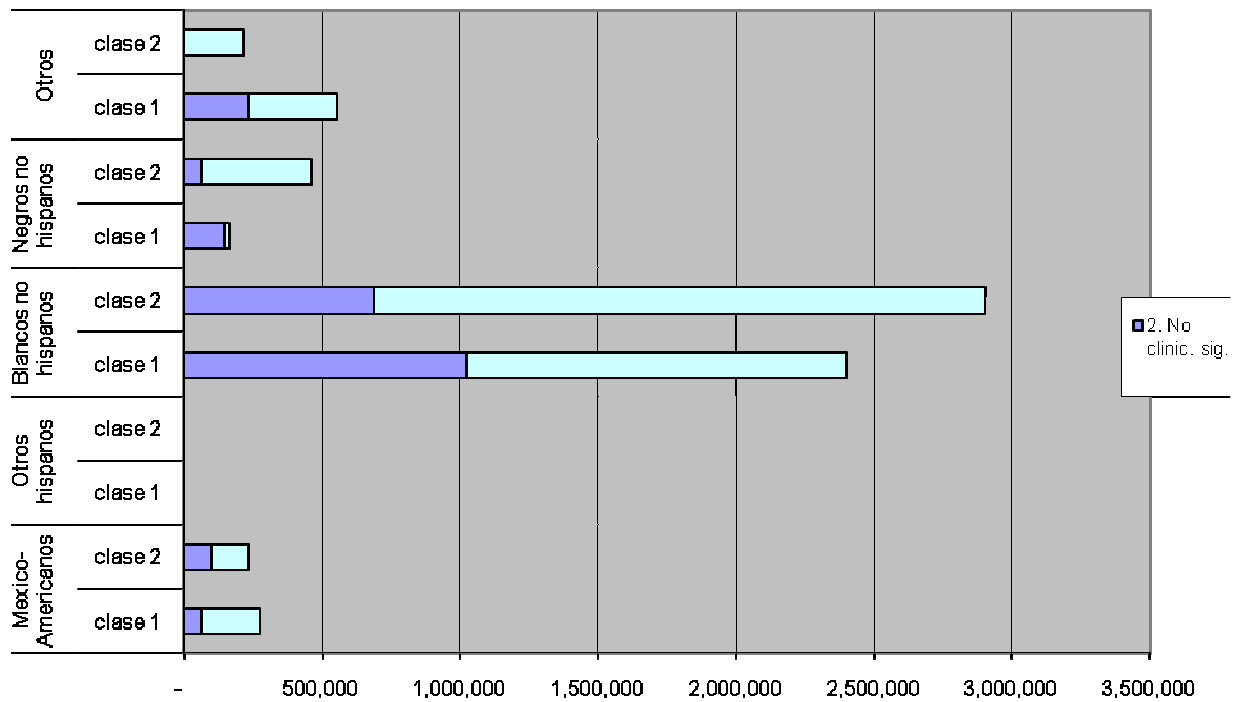


Tabla 3.4.3aa PÁNICO POR GRUPOS DE EDAD: RESUMEN EN PORCENTAJES

	Gpo. de Edad	%	Suma gpo 1 + gpo 2
Mexico-Americanos	Gpo 1	53.95	514,334
	Gpo 2	46.05	
Otros hispanos	Gpo 1	0.00	-
	Gpo 2	0.00	
Blancos no hispanos	Gpo 1	45.26	5,309,262
	Gpo 2	54.74	
Negros no hispanos	Gpo 1	26.19	630,439
	Gpo 2	73.81	
Otros	Gpo 1	72.00	775,380
	Gpo 2	28.00	

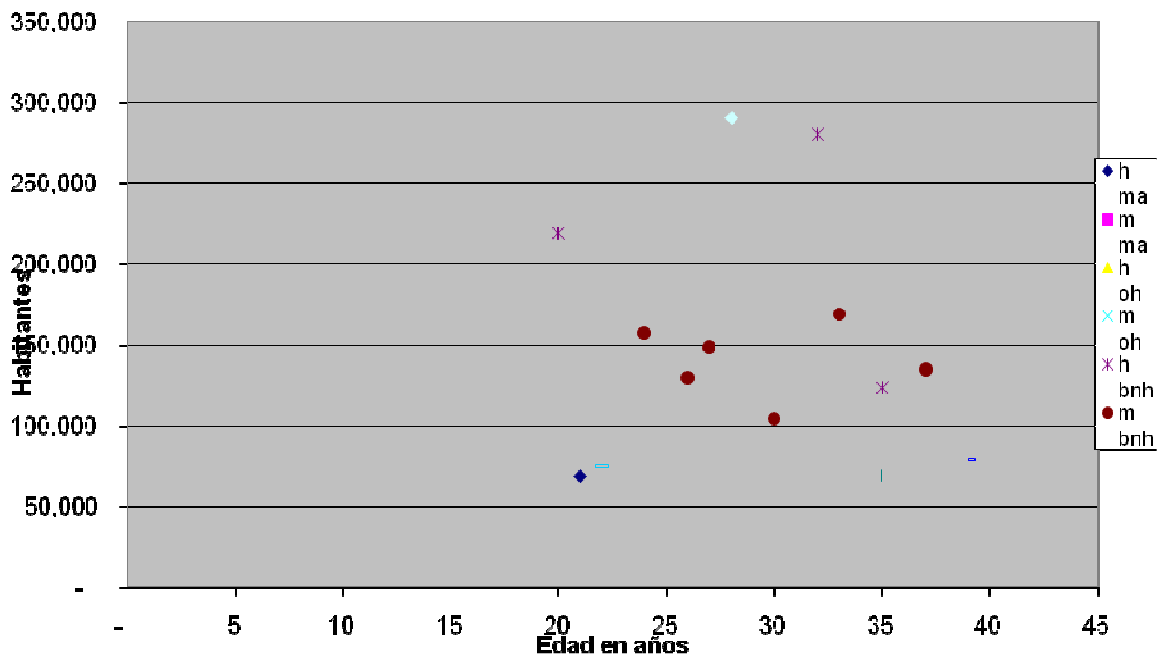
Grupo 1 = 20 a 29 años de edad
 Grupo 2 = 30 a 39 años de edad

Tabla 3.4.3b PÁNICO POR EDAD Y GÉNERO

	Mex-Am		Otros Hispanos		Blancos no hispanos		Negros no hisp.		Otros	
	h ma	m ma	h oh	m oh	h bnh	m bnh	h nnh	m nnh	h o	m o
20					218,706					
21	68,556									
22									75,348	
23										
24						157,015				
25										
26						129,388				
27						148,314				
28										290,228
29										
30						104,250				
31										
32					279,754					
33						168,555				
34										
35					123,645		68,995			
36										
37						134,555				
38										
39								78,936		

Gráfica 3.4.3b PÁNICO POR EDAD Y GÉNERO

Gráfica 3.4.3 PÁNICO POR EDAD Y GÉNERO



La mayor frecuencia de pánico se observa en las mujeres *Otras* de 28 años y en los hombres blancos no hispanos de 32 años.

Todos los demás grupos muestran una frecuencia menor de pánico.

Los hombres mexico-americanos se encuentran entre los de menor frecuencia de pánico, y su edad es de 21 años. Al igual que en el caso de ansiedad, en este caso son los mexico-americanos -aunados a los hombres blancos no hispanos de 20 años- los de menor edad, ya que los demás grupos poblacionales manifiestan casos de pánico de los 22 a los 39 años.

Las mujeres mexico-americanas no registran casos con este trastorno mental.

3.5 Escolaridad y género

A continuación se presentan los niveles de depresión, ansiedad y pánico en tres



gráficas de columnas, donde el eje de las X indica el número de habitantes con pesos estadísticos y el eje de las Y muestra la escolaridad agrupada en tres clases:

Ilustración 6. Secretario de Educación del Estado de Maryland, de origen latino.

< Prepa = Incluye a todos aquellos que no estudiaron, o estudiaron hasta algún grado inferior a la educación media

superior o preparatoria.

Prepa = Abarca a todas las personas que estudiaron algún grado del nivel medio superior, aunque no lo hayan terminado.

> Prepa = Categoría que se refiere a quienes estudiaron algún grado de educación superior.

Dicha escolaridad está señalada para cada uno de los grupos que se han venido manejando:

h ma = hombres mexico-americanos
h oh = hombres otros hispanos
h bnh = hombres blancos no hispanos
h nnh = hombres negros no hispanos
h o = hombres otros
m ma = mujeres mexico-americanas
m oh = mujeres otras hispanas
m bnh = mujeres blancas no hispanas
m nnh = mujeres negras no hispanas
m o = mujeres otras

3.5.1 Depresión por escolaridad y género

Entre los mexico-americanos con depresión, los hombres tienen una escolaridad de algún grado de preparatoria, en tanto que entre las mujeres, adicionalmente a las de este nivel, existe un porcentaje similar al de los hombres (21% respecto de las deprimidas en el total grupal) de mujeres de escolaridad inferior a preparatoria, deprimidas; y las de prepa son menos (11%). Véase tabla 3.5.1

Obsérvese como referencia, que entre los hombres *Otros*, todos los deprimidos

son de escolaridad superior a preparatoria; y es lógico ya que hoy en día casi todos los migrantes asiáticos radicados en Estados Unidos, son profesionistas y estudiantes de nivel superior. Fuera de ese caso, la mayor y más grave concentración (35.24%) existe entre las mujeres blancas no hispanas con estudios superiores al nivel preparatoria; le sigue el 26.44% de hombres negros no hispanos de nivel preparatoria, las concentraciones de mexico-americanos de 21% ya mencionadas, y después la de 18.83% de los hombres negros no hispanos de estudios inferiores a prepa y 17.54% de mujeres blancas no hispanas de nivel preparatoria.

En tanto, los porcentajes más bajos de afectados con relación al resto de deprimidos del total grupal, son obviamente los que tienen nula presencia de deprimidos, es decir, el grupo poblacional de los *Otros* con preparatoria e inferior tanto hombres como mujeres, así como mujeres de escolaridad superior. Con la misma ausencia de deprimidos, se registran casi todos los otros hispanos hombres y mujeres, a excepción de las mujeres de escolaridad inferior; tampoco hay deprimidos entre los mexico-americanos hombres y mujeres de nivel superior, los hombres de escolaridad inferior a prepa; al igual que los hombres blancos no hispanos con preparatoria.

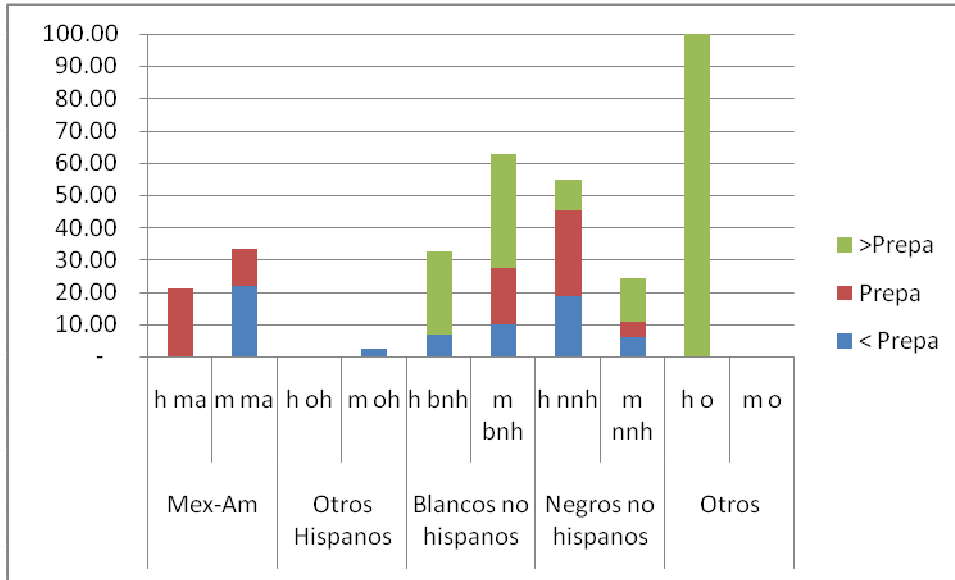
En el caso de los blancos no hispanos, en los tres niveles de escolaridad se deprimen más las mujeres que los hombres. En cambio en el caso de los negros no hispanos, son más los hombres deprimidos con escolaridad inferior a preparatoria y con preparatoria, y sólo entre los de escolaridad superior a

preparatoria, son más las mujeres.

Tabla 3.5.1 **DEPRESIÓN POR ESCOLARIDAD Y GÉNERO**

escolaridad	deprimidos	% respecto de los deprimidos en el total grupal	% respecto del total grupal	deprimidas	% respecto de las deprimidas en el total grupal	% respecto del total grupal
Mexico-Americanos						
	hombres ma			mujeres ma		
< Prepa	-	-	-	135,874	21.94	2.88
Prepa	63,149	21.28	1.24	72,392	11.69	1.53
>Prepa	-	-	-	-	-	-
Otros Hispanos						
	hombres oh			mujeres oh		
< Prepa	-	-	-	15,612	2.52	0.33
Prepa	-	-	-	-	-	-
>Prepa	-	-	-	-	-	-
Blancos no hispanos						
	hombres bnh			mujeres bnh		
< Prepa	328,883	6.93	1.28	502,745	9.90	1.93
Prepa	-	-	-	886,305	17.45	3.40
>Prepa	1,212,542	25.56	4.72	1,789,315	35.24	6.86
Negros no hispanos						
	hombres nnh			mujeres nnh		
< Prepa	147,981	18.83	3.03	78,936	5.89	1.39
Prepa	207,787	26.44	4.25	63,995	4.77	1.13
>Prepa	75,312	9.58	1.54	184,538	13.76	3.25
Otros						
	hombres o			mujeres o		
< Prepa	-	-	-	-	-	-
Prepa	-	-	-	-	-	-
>Prepa	206,254	100.00	9.22	-	-	-

Gráfica 3.5.1 DEPRESIÓN POR ESCOLARIDAD Y GÉNERO. PORCENTAJES



Tanto entre los mexico-americanos como entre los otros hispanos y las mujeres *Otras*, no se registraron casos de depresión en individuos con escolaridad superior.

Lo que salta a primera vista es que el 100% de los hombres *Otros* deprimidos, pertenece al grupo de los de mayor escolaridad. Igualmente es de llamar la atención que la depresión se extiende en un porcentaje más elevado, en los sectores con mayor escolaridad entre los blancos (hombres y mujeres) y entre las mujeres negras no hispanas.

En cambio, tanto entre los mexico-americanos como entre los otros hispanos y las mujeres *Otras*, no se registraron casos de depresión en individuos con escolaridad superior.

En cambio, todos los hombres mexico-americanos deprimidos, tienen una

escolaridad de preparatoria. Ninguno de los hombres mexico-americanos de baja escolaridad reportan depresión, en tanto que las mujeres mexico-americanas de baja escolaridad sí, pues del total de las mujeres mexico-americanas deprimidas, el 21.94% tiene una escolaridad inferior a preparatoria.

3.5.2 Ansiedad por escolaridad y género

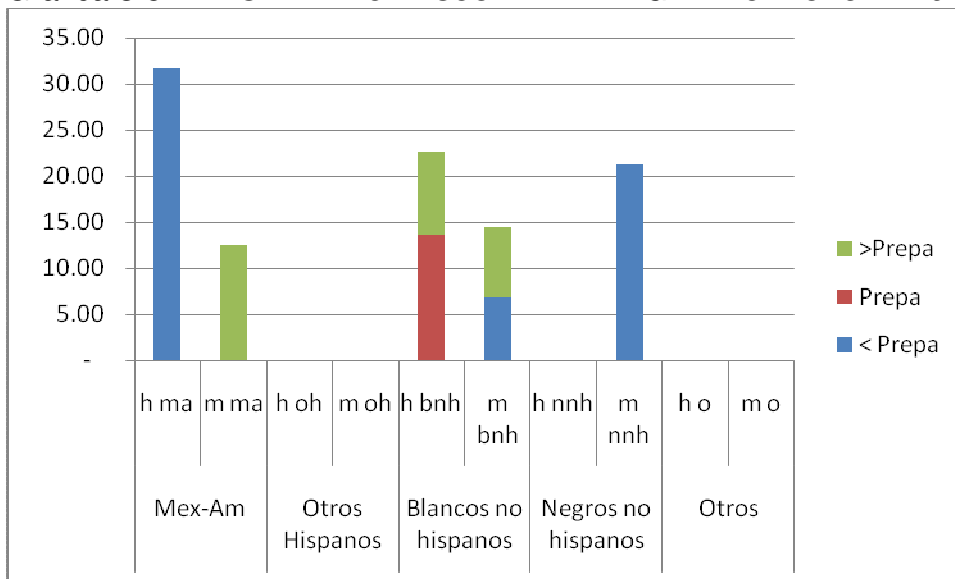
Llama la atención que entre los mexico-americanos, la población de hombres con ansiedad se encuentra entre los de escolaridad inferior a preparatoria, en tanto que la de mujeres se ubica entre las de escolaridad superior a preparatoria. (Tabla 3.5.2)

Entre los hombres blancos no hispanos los que presentan ansiedad tienden a ser de educación superior y principalmente con preparatoria; mientras las mujeres no reportan ansiedad en el nivel de preparatoria, pero sí en los otros dos, de manera equilibrada (6.84 < a Prepa y 7.67% > a Prepa). Y los únicos negros no hispanos que reportan ansiedad son del género femenino, de escolaridad inferior a preparatoria.

Tabla 3.5.2 ANSIEDAD POR ESCOLARIDAD Y GÉNERO

		% respecto de los con ansiedad en el total grupal	% respecto del total grupal		% respecto de las con ansiedad en el total grupal	% respecto del total grupal
Mexico-Americanos						
	hombres ma			mujeres ma		
<Prepa	62,904	31.70	1.24		-	-
Prepa		-	-		-	-
>Prepa	-	-	-	58,727	12.44	1.24
Otros Hispanos						
	hombres oh			mujeres oh		
<Prepa	-	-	-	-	-	-
Prepa	-	-	-	-	-	-
>Prepa	-	-	-	-	-	-
Blancos no hispanos						
	hombres bnh			mujeres bnh		
<Prepa	-	-	-	218,778	6.84	0.84
Prepa	364,037	13.68	1.42	-	-	-
>Prepa	236,989	8.91	0.92	244,360	7.64	0.94
Negros no hispanos						
	hombres nnh			mujeres nnh		
<Prepa	-	-	-	177,315	21.27	3.12
Prepa	-	-	-	-	-	-
>Prepa	-	-	-	-	-	-
Otros						
	hombres o			mujeres o		
<Prepa	-	-	-	-	-	-
Prepa	-	-	-	-	-	-
>Prepa	-	-	-	161,396	44.88	6.74

Gráfica 3.5.2 ANSIEDAD POR ESCOLARIDAD Y GÉNERO. PORCENTAJES



La gráfica 3.5.2 evidencia la preocupante situación de los hombres mexicano-americanos, ya que más del 30% de la población con ansiedad, se agrupa entre los hombres de escolaridad inferior a preparatoria, y constituye el porcentaje más elevado. Después de ellos, les siguen las mujeres negras no hispanas de esta misma escolaridad, con poco más del 25% de sus casos con ansiedad.

El caso de las mujeres mexicano-americanas con ansiedad -de escolaridad superior a preparatoria, nótese- también muestra una cifra importante, ya que el 12.44% es superior a los porcentajes de ansiedad entre mujeres blancas no hispanas.

3.5.3 Pánico por escolaridad y género

Este trastorno, entre los mexicano-americanos, se localiza al 100% entre los hombres de escolaridad de preparatoria, así como la totalidad de los hombres

Otros con pánico, igual que en el caso de ansiedad y probablemente por la misma razón, está en el grupo de los de nivel superior de estudios.

Asimismo entre las mujeres *Otras* y los hombres negros no hispanos es de considerar el elevado porcentaje distribuido entre este grupo de personas con estudios superiores (41.46 y 24.4% del total de su respectivo grupo).

En el otro extremo, el pánico se manifiesta entre las personas de baja escolaridad, con mayor peso en los casos de las mujeres negras no hispanas (22.7%), y los blancos no hispanos (mujeres: 7.56% y hombres: 5.75%).

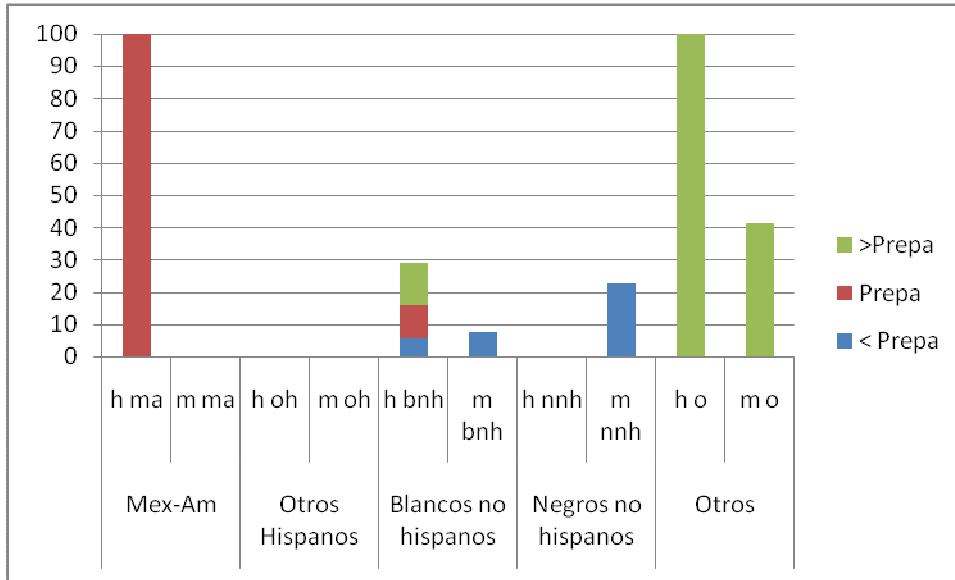
Llama la atención que los otros hispanos casi no registran trastornos mentales en los tres niveles de escolaridad, a excepción de las mujeres de escolaridad mínima con depresión, que apenas alcanzan el 2.52% del total de mujeres otras hispanas deprimidas. Por tanto puede afirmarse que es el grupo que menos presenta la problemática de los trastornos mentales.

En el grupo de *Otros*, sólo se registraron personas de escolaridad superior a preparatoria para los 3 trastornos.

Tabla 3.5.3 PÁNICO POR ESCOLARIDAD Y GÉNERO

		% respecto de los con pánico en el total grupal	% respecto del total grupal		% respecto de las con pánico en el total grupal	% respecto del total grupal
Mexico-Americanos						
	hombres ma			mujeres ma		
< Prepa	-	-	-	-	-	-
Prepa	68,556	100.00	1.35	-	-	-
>Prepa	-	-	-	-	-	-
Otros Hispanos						
	hombres oh			mujeres oh		
< Prepa	-	-	-	-	-	-
Prepa	-	-	-	-	-	-
>Prepa	-	-	-	-	-	-
Blancos no hispanos						
	hombres bnh			mujeres bnh		
< Prepa	123,645	5.75	0.48	238,805	7.56	0.92
Prepa	218,706	10.17	0.85	305,329	9.67	1.17
>Prepa	279,754	13.01	1.09	297,943	9.43	1.14
Negros no hispanos						
	hombres nnh			mujeres nnh		
< Prepa	-	-	-	78,936	22.70	1.39
Prepa	-	-	-	-	-	-
>Prepa	68,995	24.40	1.41	-	-	-
Otros						
	hombres o			mujeres o		
< Prepa	-	-	-	-	-	-
Prepa	-	-	-	-	-	-
>Prepa	75,348	100.00	3.37	290,228	41.46	12.12

Gráfica 3.5.3 PÁNICO POR ESCOLARIDAD Y GÉNERO. PORCENTAJES



3.6 Ingresos



Ilustración 7. Trabajador inmigrante levantando escombros. Baltimore, MD.

Resulta interesante observar la relación entre el nivel de ingresos económicos y el estado de salud mental, específicamente la presencia de depresión, ansiedad y pánico. Para este análisis se indica en

nueve gráficas de dispersión, en el eje de las X, el número de habitantes con pesos estadísticos; y se consideran los tres indicadores ofrecidos por el NHANES⁹⁰: Ingreso de la cabeza de familia, Ingreso total familiar y Umbral de pobreza, mismos que se presentan en el eje de las Y. Para los dos primeros, se emplea una escala de 13 rangos, a saber:

⁹⁰ NHANES: National Health and Nutrition Examination Survey (Diagnóstico de Salud y Nutrición Nacional).

1. 0 a 4,999 dólares anuales
2. 5,000 a 9,999 dólares anuales
3. 10,000 a 14,999 dólares anuales
4. 15,000 a 19,999 dólares anuales
5. 20,000 a 24,999 dólares anuales
6. 25,000 a 34,999 dólares anuales
7. 35,000 a 44,999 dólares anuales
8. 45,000 a 54,999 dólares anuales
9. 55,000 a 64,999 dólares anuales
10. 65,000 a 74,999 dólares anuales
11. Más de 75,000 dólares anuales
12. 20,000 dólares anuales o más
13. 20,000 dólares anuales o menos

Por lo que se refiere al *Umbral de pobreza*, se emplea un índice con décimos y centésimos, de cinco puntos.

Finalmente, al margen derecho de estas gráficas se ubica una leyenda haciendo referencia a los grupos desglosados, enunciados con las siglas de costumbre:

h ma = hombres mexico-americanos
h oh = hombres otros hispanos
h bnh = hombres blancos no hispanos
h nnh = hombres negros no hispanos
h o = hombres otros
m ma = mujeres mexico-americanas
m oh = mujeres otras hispanas
m bnh = mujeres blancas no hispanas
m nnh = mujeres negras no hispanas
m o = mujeres otras

3.6.1 Depresión e Ingresos

Las cifras que se observan en la tabla 3.6.1a corresponden al número de habitantes deprimidos para cada nivel de ingresos, grupo poblacional y género.

Tabla 3.6.1a **DEPRESIÓN E INGRESOS DE LA CABEZA DE FAMILIA**

TABLA 4.1a DEPRESIÓN E INGRESO DE LA CABEZA DE FAMILIA										
	Mex-Am		Otros Hispanos		Blancos no hispanos		Negros no hispanos		Otros	
	h ma	m ma	h oh	m oh	h bnh	m bnh	h nnh	m nnh	h o	m o
1	-	62,652	-	-	-	290,783	-	16,115	-	-
2	-	-	-	15,612	-	271,543	-	78,936	-	-
3	-	-	-	-	-	333,207	-	63,995	-	-
4	-	-	-	-	-	-	65,775	-	-	-
5	-	7,829	-	-	84,913	269,110	67,749	81,594	-	-
6	-	-	-	-	359,135	129,745	222,244	-	130,905	-
7	-	-	-	-	510,716	527,309	-	-	75,348	-
8	-	-	-	-	-	193,436	-	-	-	-
9	63,149	72,392	-	-	-	183,412	-	-	-	-
10	-	-	-	-	237,189	331,947	75,312	-	-	-
11	-	65,393	-	-	349,472	464,404	-	86,829	-	-
12	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
13	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Nivel 1 = 0 a 4,999 dólares anuales
 Nivel 2 = 5,000 a 9,999 dólares anuales
 Nivel 3 = 10,000 a 14,999 dólares anuales
 Nivel 4 = 15,000 a 19,999 dólares anuales
 Nivel 5 = 20,000 a 24,999 dólares anuales
 Nivel 6 = 25,000 a 34,999 dólares anuales
 Nivel 7 = 35,000 a 44,999 dólares anuales
 Nivel 8 = 45,000 a 54,999 dólares anuales
 Nivel 9 = 55,000 a 64,999 dólares anuales
 Nivel 10 = 65,000 a 74,999 dólares anuales
 Nivel 11 = Más de 75,000 dólares anuales
 Nivel 12 = 20,000 dólares anuales o más
 Nivel 13 = 20,000 dólares anuales o menos

H ma = hombres mexico-americanos
 M ma = mujeres mexico-americanas
 H oh = hombres otros hispanos
 M oh = mujeres otras hispanas
 H bnh = hombres blancos no hispanos
 M bnh = mujeres blancas no hispanas
 H nnh = hombres negros no hispanos
 M nnh = mujeres negras no hispanas
 H o = hombres otros
 M o = mujeres otras

La misma cifra es presentada en la tabla 3.6.1aa, convertida a porcentajes; siendo el 100%, el total de cada grupo poblacional y género con depresión. Por ejemplo, la primera cifra en la tabla 3.6.1a indica que hay 62,652 mujeres mexicano-americanas del nivel 1 de ingresos de la cabeza de familia, con depresión. Esta cantidad de mujeres, vista en la tabla 3.6.1aa constituye el 10.12% del total de mujeres mexicano-americanas deprimidas (619,335).

Nótese que en esta tabla 3.6.1aa se incluye también al final de cada columna, el total de personas que declararon su nivel de ingresos, el cual es muy distinto al total de personas con depresión. Esto es, de 296,711 hombres mexicano-americanos con depresión, únicamente el 21% (63,149) declaró en la entrevista su nivel de ingresos. De todos los grupos poblacionales, es el que menos declaró este dato, lo cual se entiende como una consecuencia de las condiciones tan adversas de los trabajadores migrantes para radicar y emplearse clandestinamente. Y aún con visa de trabajo, es decir con permiso para radicar y trabajar en los Estados Unidos, muchos migrantes temen declarar sus ingresos.

Es curioso que después de los hombres mexicano-americanos, son las mujeres negras no hispanas las que casi no declararon su nivel de ingresos, pues apenas lo hizo el 24.42% de ellas. Ni siquiera los grupos que se suponen más estables económicamente, declararon del todo su nivel de ingresos: los hombres blancos no hispanos apenas lo hicieron en un 32.49%; y un poquito más de la mitad de mujeres blancas no hispanas y hombres negros no hispanos deprimidos,

declararon este dato (58.98 y 54.85% respectivamente). Tan sólo los hombres *Otros* declararon, el 100% de ellos, su nivel de ingresos; lo cual constata la aseveración acerca de los mexico-americanos, pues los asiáticos radicados en Estados Unidos, como se ha mencionado con anterioridad, tienen un nivel de escolaridad elevado, una situación migratoria, jurídica y económica estable, y por ende no temen declarar sus ingresos.

Además, es preciso observar que el porcentaje más elevado de depresión se encuentra entre los hombres *Otros* de nivel de ingresos medio (Nivel 6 y 7, con 63.47 y 36.53% del total de ellos deprimidos, respectivamente). También en el nivel 6 de ingresos se encuentra un porcentaje elevado (28.28) de hombres negros no hispanos; y en seguida 10.76 % de hombres blancos no hispanos y 10.38% de mujeres del mismo grupo, también en el nivel 7 de ingresos.

En cambio en el caso de los mexico-americanos las altas concentraciones no se ubican en las clases medias, sino en los extremos: en el único nivel de ingresos en que se registran hombres mexico-americanos deprimidos, es en el nivel 9, uno de los más altos. Y por lo que se refiere a las mujeres mexico-americanas, se registran tres concentraciones cercanas al 10%: una en el nivel de ingresos más bajo, otro en el mismo 9 y uno más en el 11, el nivel más alto de ingresos. En estos tres niveles se encuentran repartidas la mayoría de las mujeres mexico-americanas deprimidas, por igual. Únicamente una minoría de 1.26% de mujeres mexico-americanas se ubica en el nivel 5 de ingresos.



Ilustración 8. Clásica fuente de trabajo para el inmigrante de ingresos medios.

También entre los hombres y mujeres blancos no hispanos, así como entre las mujeres negras no hispanas, después de las altas concentraciones de personas deprimidas en los niveles medios (Ver ilustración 21), las tendencias más elevadas se registran más que en los niveles bajos, en los altos, particularmente en el nivel 11 se ubica el 7.37% de los hombres blancos no hispanos, el 9.15% de las mujeres blancas no hispanas y el 6.47% de las mujeres negras no hispanas.

Sólo en el caso de las mujeres otras hispanas se puede afirmar que existe mayor depresión a mayor pobreza pues el 4.22% de ellas se ubican en el nivel 2 de ingresos. Cabe aclarar para el caso de las mujeres negras no hispanas, que si bien el mayor porcentaje de ellas (6.47%) está en un nivel de ingresos elevado como se mencionó anteriormente, agrupando en tres los 11 niveles de ingresos (bajo, medio y alto); en los tres niveles inferiores se suman 11.86%, lo cual indica que igual que las mujeres otras hispanas, tienen mayor concentración de mujeres deprimidas, en los niveles de ingresos bajos.

Tabla 3.6.1aa DEPRESIÓN E INGRESOS DE LA CABEZA DE FAMILIA: RESUMEN EN PORCENTAJES

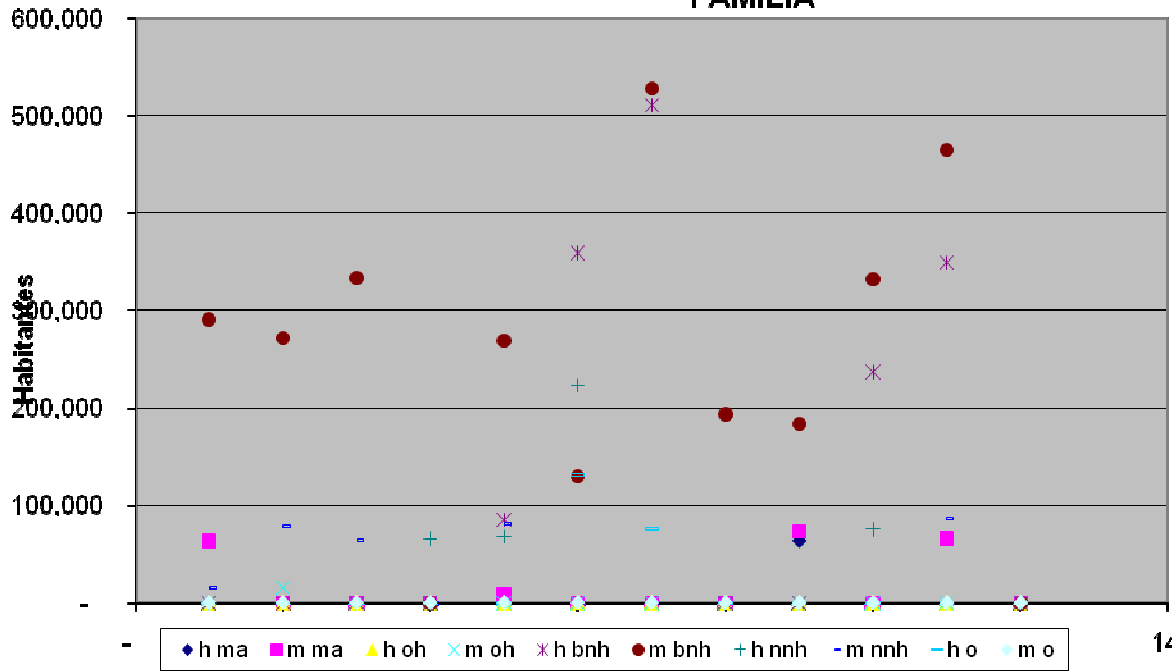
	Mex-Am		Otros Hispanos		Blancos no hispanos		Negros no hispanos		Otros	
	h ma	m ma	h oh	m oh	h bnh	m bnh	h nnh	m nnh	h o	m o
1	-	10.12	-	-	-	5.73	-	1.20	-	-
2	-	-	-	4.22	-	5.35	-	5.89	-	-
3	-	-	-	-	-	6.56	-	4.77	-	-
4	-	-	-	-	-	-	8.37	-	-	-
5	-	1.26	-	-	1.79	5.30	8.62	6.08	-	-
6	-	-	-	-	7.57	2.56	28.28	-	63.47	-
7	-	-	-	-	10.76	10.38	-	-	36.53	-
8	-	-	-	-	-	3.81	-	-	-	-
9	21.28	11.69	-	-	-	3.61	-	-	-	-
10	-	-	-	-	5.00	6.54	9.58	-	-	-
11	-	10.56	-	-	7.37	9.15	-	6.47	-	-
Tot	63,149	202,266	-	151,612	1,541,425	2,994,896	431,080	327,469	206,253	-
Tot%	21.00	32.66	-	41.00	32.49	58.98	54.85	24.42	100.00	-
Tot Dep	296,711	619,335	-	369,827	4,744,326	5,077,747	785,946	1,341,175	206,254	-

Tot = Total de entrevistados que declararon ingresos.

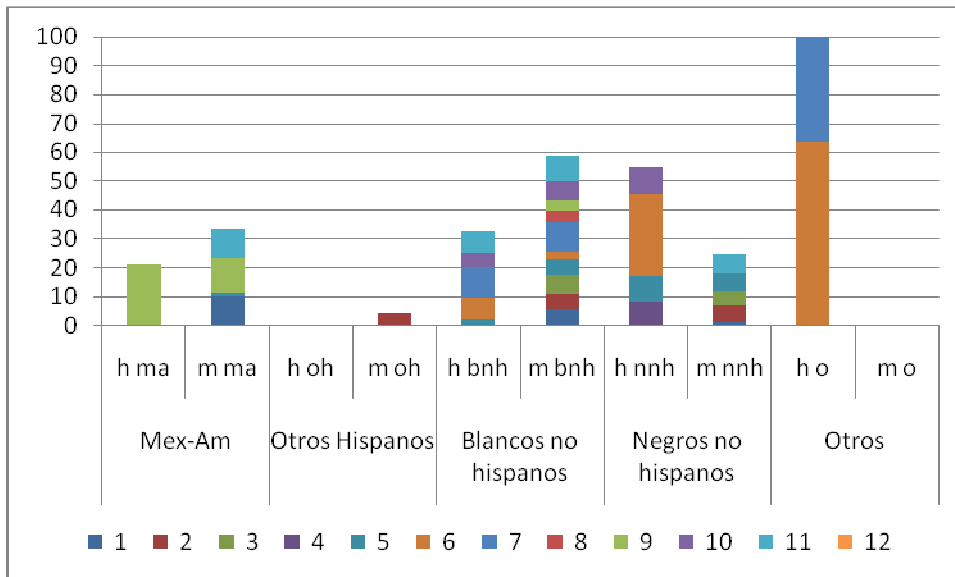
Tot% = Porcentaje del total de entrevistados que declararon ingresos respecto del total de personas con depresión.

Tot Dep = Total de personas con depresión.

Gráfica 3.6.1a DEPRESIÓN E INGRESO DE LA CABEZA DE FAMILIA



Gráfica 3.6.1aa DEPRESIÓN E INGRESOS DE LA CABEZA DE FAMILIA: RESUMEN EN PORCENTAJES



Al observar la situación desde la óptica del ingreso total familiar, (tabla y gráfica 3.6.1bb) la situación es muy similar para el caso de las mujeres mexicoamericanas y otros hispanos; sin embargo varía en los mexicoamericanos, ya que “bajan” del

nivel 9 al 7. En los demás grupos también se observan diferencias; pues los hombres *Otros* se registran ahora en niveles de ingresos más bajos, en el nivel 3 la mayoría (63.47%) y en el 5 el 36.59%.

Relato 3.6.1

Una observación sobre salud e ingresos de los negros no hispanos

La situación de los negros también debe ser especial por lo que a estrés y depresión se refiere, ya que hay muchos desempleados (la fila en el centro de asistencia para desempleados, estaba formada, cuando pasé por ahí, por puros negros) y dice Rubén, que lleva años trabajando con datos de salud para la Universidad Johns Hopkins y el Centro Nacional de Estadística, institución del gobierno federal, que siempre que ha dado seguimiento a alguna enfermedad, sea del hígado, corazón, de transmisión sexual, etc, los que más enfermos están son siempre los negros. La metodología en los análisis en EEUU suele comparar por grupos de origen étnico.

Miércoles 23 de junio de 2007.

La siguiente concentración muy marcada se ubica entre los hombres negros no hispanos (18.98%) de nivel 6 de ingresos; y en el caso de las mujeres blancas no hispanas se observa una diferencia importante, ya que aquí las mayores concentraciones de depresión no están entre los niveles más altos, sino los más bajos ($8.67 + 8.00 + 6.56 = 23.23\%$). Considérese a más de esta suma, el 3.61% adicional que declaró (nivel 13) un ingreso de 20,000 dólares anuales o menos. Para las mujeres negras no hispanas, obsérvese que también son mayores las concentraciones de deprimidas entre los tres niveles de ingresos más bajos.

Entre los hombres blancos no hispanos la mayor concentración de depresión se registra en los niveles de ingresos medios.

El grupo que menos variaciones tiene entre ingreso de la cabeza de familia e ingreso total familiar, es el de los hombres negros no hispanos.

Tabla 3.6.1b DEPRESIÓN E INGRESO TOTAL FAMILIAR

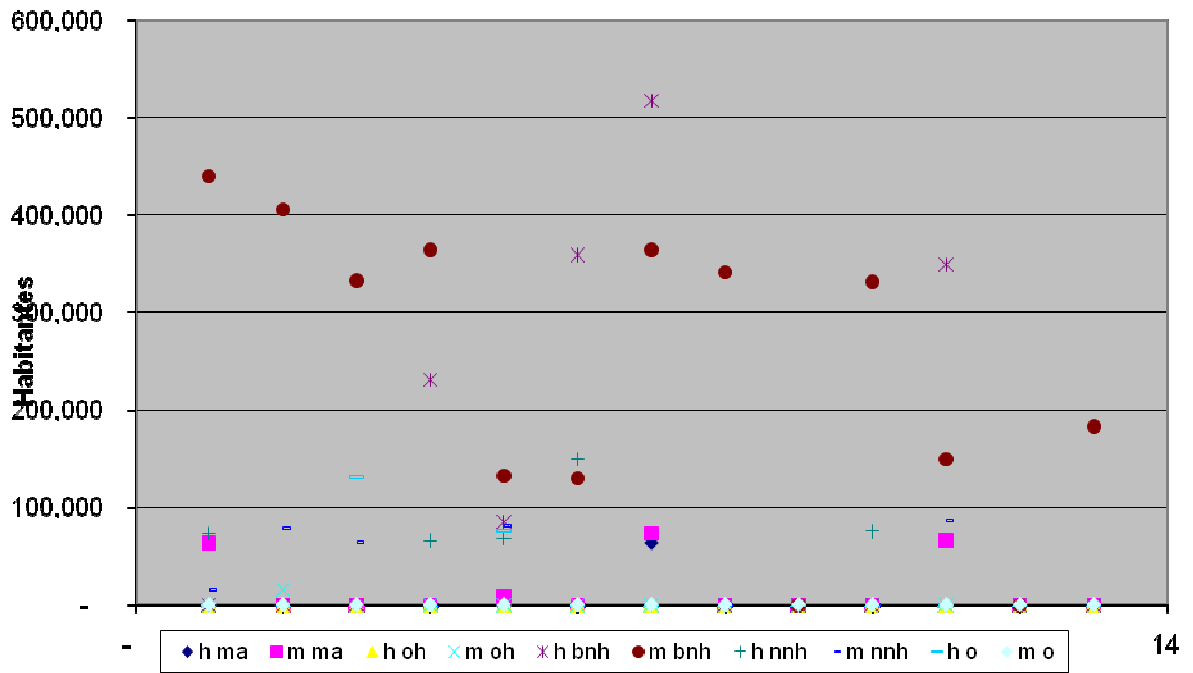
	Mex-Am		Otros Hispanos		Blancos no hispanos		Negros no hispanos		Otros	
	h ma	m ma	h oh	m oh	h bnh	m bnh	h nnh	m nnh	h o	m o
1	-	62,652	-	-	-	440,195	73,108	16,115	-	-
2	-	-	-	15,612	-	406,098	-	78,936	-	-
3	-	-	-	-	-	333,207	-	63,995	130,905	-
4	-	-	-	-	230,962	364,936	65,775	-	-	-
5	-	7,829	-	-	84,913	132,798	67,749	81,594	75,348	-
6	-	-	-	-	359,135	129,745	149,136	-	-	-
7	63,149	72,392	-	-	516,943	364,804	-	-	-	-
8	-	-	-	-	-	341,750	-	-	-	-
9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
10	-	-	-	-	-	331,947	75,312	-	-	-
11	-	65,393	-	-	349,472	149,416	-	86,829	-	-
12	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
13	-	-	-	-	-	183,469	-	-	-	-

Nivel 1 = 0 a 4,999 dólares anuales
 Nivel 2 = 5,000 a 9,999 dólares anuales
 Nivel 3 = 10,000 a 14,999 dólares anuales
 Nivel 4 = 15,000 a 19,999 dólares anuales
 Nivel 5 = 20,000 a 24,999 dólares anuales
 Nivel 6 = 25,000 a 34,999 dólares anuales
 Nivel 7 = 35,000 a 44,999 dólares anuales
 Nivel 8 = 45,000 a 54,999 dólares anuales
 Nivel 9 = 55,000 a 64,999 dólares anuales
 Nivel 10 = 65,000 a 74,999 dólares anuales
 Nivel 11= Más de 75,000 dólares anuales
 Nivel 12= 20,000 dólares anuales o más

Nivel 13= 20,000 dólares anuales o menos

h ma = hombres mexico-americanos
 m ma = mujeres mexico-americanas
 h oh = hombres otros hispanos
 m oh = mujeres otras hispanas
 h bnh = hombres blancos no hispanos
 m bnh = mujeres blancas no hispanas
 h nnh = hombres negros no hispanos
 m nnh = mujeres negras no hispanas
 h o = hombres otros
 m o = mujeres otras

Gráfica 3.6.1b DEPRESIÓN E INGRESO TOTAL FAMILIAR

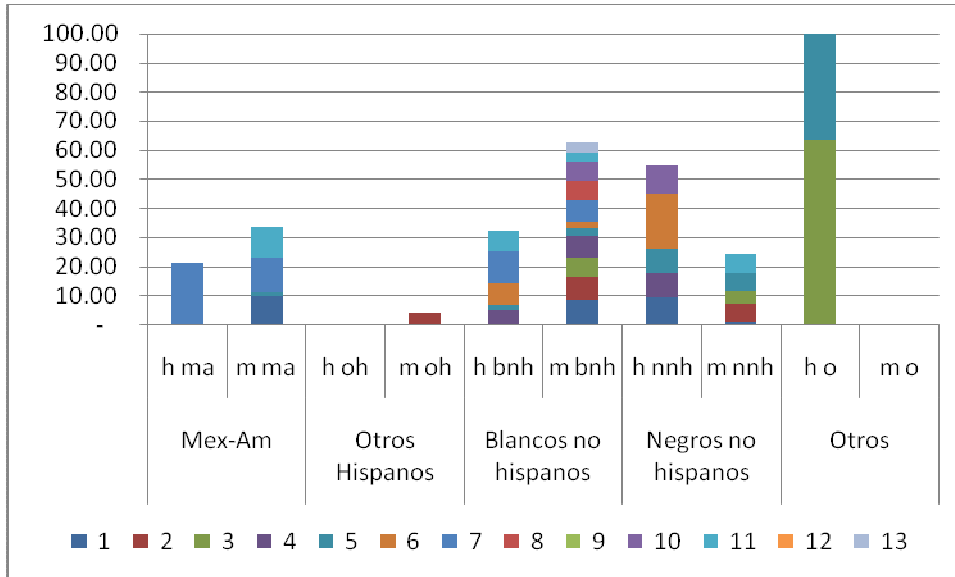


14

Tabla 3.6.1bb DEPRESIÓN E INGRESO TOTAL FAMILIAR: RESUMEN EN PORCENTAJES

	Mex-Am		Otros Hispanos		Blancos no hispanos		Negros no hispanos		Otros	
	h ma	m ma	h oh	m oh	h bnh	m bnh	h nnh	m nnh	h o	m o
1	-	10.12	-	-	-	8.67	9.30	1.20	-	-
2	-	-	-	4.22	-	8.00	-	5.89	-	-
3	-	-	-	-	-	6.56	-	4.77	63.47	-
4	-	-	-	-	4.87	7.19	8.37	-	-	-
5	-	1.26	-	-	1.79	2.62	8.62	6.08	36.53	-
6	-	-	-	-	7.57	2.56	18.98	-	-	-
7	21.28	11.69	-	-	10.90	7.18	-	-	-	-
8	-	-	-	-	-	6.73	-	-	-	-
9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
10	-	-	-	-	-	6.54	9.58	-	-	-
11	-	10.56	-	-	7.37	2.94	-	6.47	-	-
12	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
13	-	-	-	-	-	3.61	-	-	-	-
tot	63,149	208,266	-	15,612	1,541,425	3,178,365	431,080	327,469	206,253	-
tot%	21.28	33.63	-	4.22	32.49	62.59	54.85	24.42	100.00	-
tot dep	296,711	619,335	-	369,827	4,744,326	5,077,747	785,946	1,341,175	206,254	-

Gráfica 3.6.1bb **DEPRESIÓN E INGRESO TOTAL FAMILIAR: RESUMEN EN PORCENTAJES**



Respecto del umbral de pobreza (Ver tabla y gráfica 3.6.1cc), donde se notan con mayor precisión las diferencias por ejemplo entre la mayoría y la minoría de hombres *Otros* (ya que los primeros se encuentran en el índice 0.28, y los segundos casi en el otro extremo, en el índice 2.10). Otra concentración muy elevada se observa en el índice 3.71 con hombres mexicoamericanos.

En los extremos de la gráfica, cerca de los índices 0 y 5, aparentemente hay una mayor densidad que en el centro; sin embargo, el promedio de porcentajes del primer cuartil es de 7.56%, segundo: 4.12%, tercero: 7.27% y cuarto: 7.10%.

Gráfica 3.6.1c DEPRESIÓN Y UMBRAL DE POBREZA

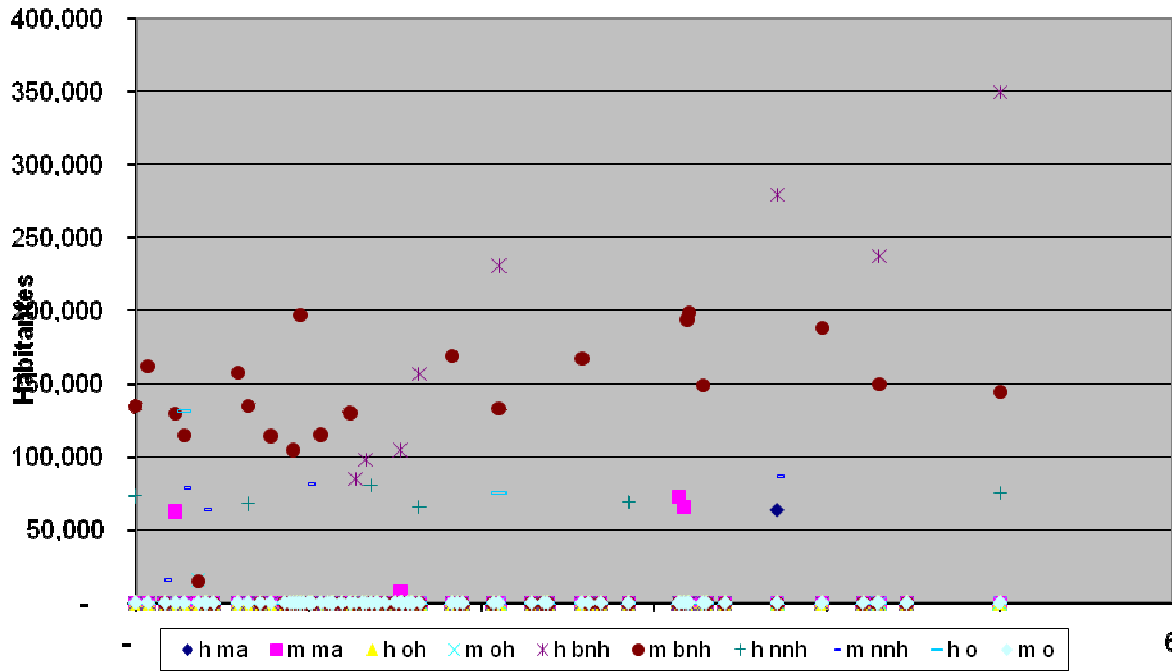


Tabla 3.6.1cc DEPRESIÓN Y UMBRAL DE POBREZA: RESUMEN EN PORCENTAJES

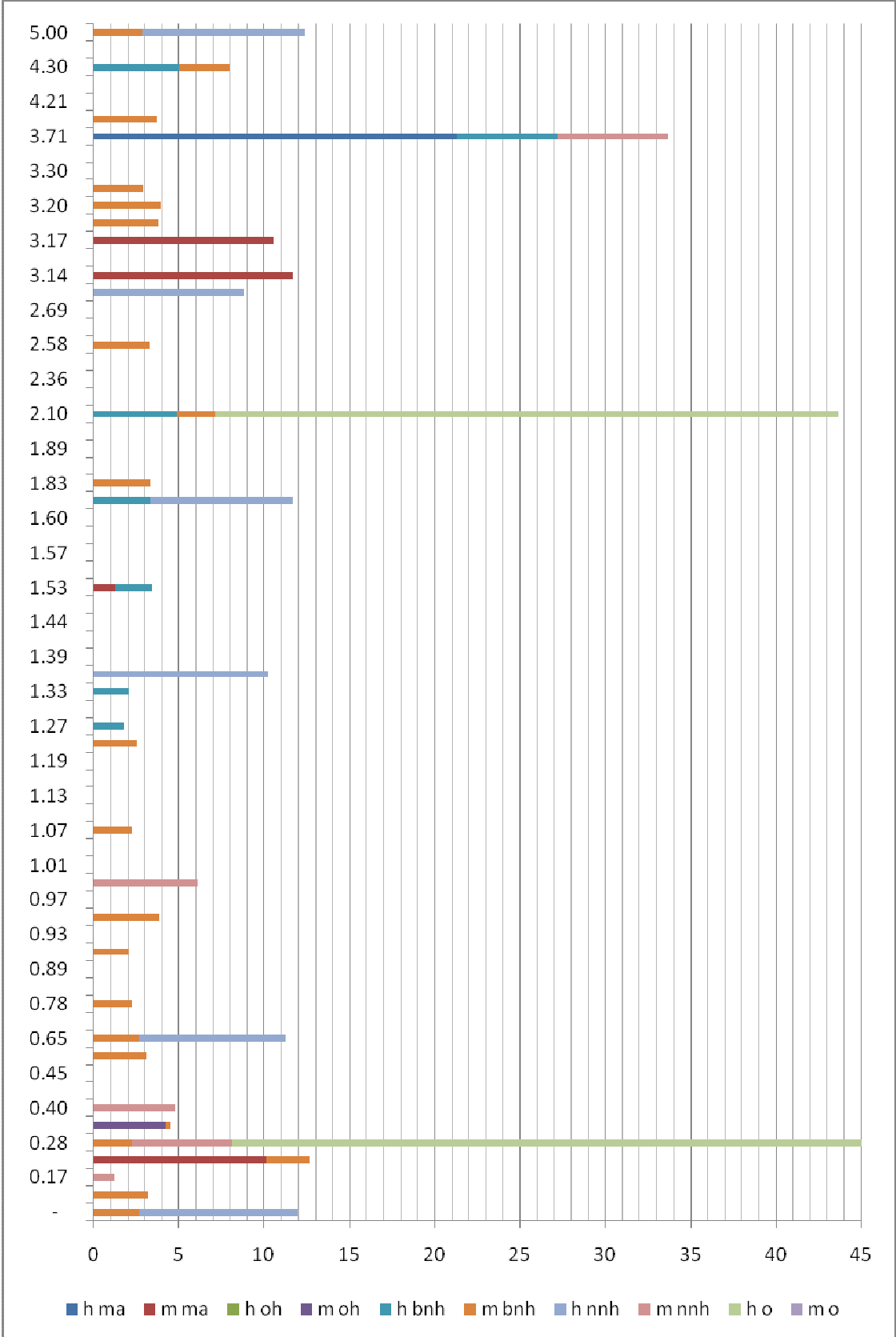
	Mex-Am		Otros Hispanos		Blancos no hispanos		Negros no hispanos		Otros	
	h ma	m ma	h oh	m oh	h bnh	m bnh	h nnh	m nnh	h o	m o
-	-	-	-	-	-	2.65	9.30	-	-	-
0.07	-	-	-	-	-	3.18	-	-	-	-
0.17	-	-	-	-	-	-	-	1.20	-	-
0.23	-	10.12	-	-	-	2.55	-	-	-	-
0.28	-	-	-	-	-	2.26	-	5.89	63.47	-
0.36	-	-	-	4.22	-	0.29	-	-	-	-
0.40	-	-	-	-	-	-	-	4.77	-	-
0.41	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
0.45	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
0.59	-	-	-	-	-	3.09	-	-	-	-
0.65	-	-	-	-	-	2.65	8.62	-	-	-
0.72	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
0.78										

	-	-	-	-	-	2.24	-	-	-	-
0.86	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
0.89	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
0.91	-	-	-	-	-	2.05	-	-	-	-
0.93	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
0.95	-	-	-	-	-	3.87	-	-	-	-
0.97	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1.00	-	-	-	-	-	-	-	6.08	-	-
1.01	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1.02	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1.07	-	-	-	-	-	2.26	-	-	-	-
1.11	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1.13	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1.14	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1.19	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1.24	-	-	-	-	-	2.56	-	-	-	-
1.27	-	-	-	-	1.79	-	-	-	-	-
1.31	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1.33	-	-	-	-	2.06	-	-	-	-	-
1.36	-	-	-	-	-	-	10.21	-	-	-
1.39	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1.40	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1.44	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1.50	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1.53	-	1.26	-	-	2.20	-	-	-	-	-
1.54	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1.57	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1.59	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

1.60	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1.64	-	-	-	-	3.30	-	8.37	-	-	-
1.83	-	-	-	-	-	3.32	-	-	-	-
1.86	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1.89	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2.07	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2.10	-	-	-	-	4.87	2.26	-	-	36.53	-
2.29	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2.36	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2.38	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2.58	-	-	-	-	-	3.28	-	-	-	-
2.62	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2.69	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2.85	-	-	-	-	-	-	8.77	-	-	-
3.14	-	11.69	-	-	-	-	-	-	-	-
3.15	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
3.17	-	10.56	-	-	-	-	-	-	-	-
3.19	-	-	-	-	-	3.81	-	-	-	-
3.20	-	-	-	-	-	3.90	-	-	-	-
3.28	-	-	-	-	-	2.92	-	-	-	-
3.30	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
3.41	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
3.71	21.28	-	-	-	5.90	-	-	6.47	-	-
3.97	-	-	-	-	-	3.70	-	-	-	-
4.21	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
4.29	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
4.30	-	-	-	-	5.00	2.94	-	-	-	-
4.46	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

		-	-	-	-	-	-	-	-	-
5.00		-	-	-	-	2.84	9.58	-	-	-
tot	63,149	208,266	-	15,612	1,541,425	2,994,897	431,080	327,469	206,253	-
tot%	21.28	33.63	-	4.22	32.49	58.98	54.85	24.42	100.00	-
tot dep	296,711	619,335	-	369,827	4,744,326	5,077,747	785,946	1,341,175	206,254	-

Gráfica 3.6.1cc **DEPRESIÓN Y UMBRAL DE POBREZA: RESUMEN EN PORCENAJES**



3.6.2 Ansiedad e ingresos

Se presentan a continuación los datos sobre ansiedad para quienes estén interesados en el tema.

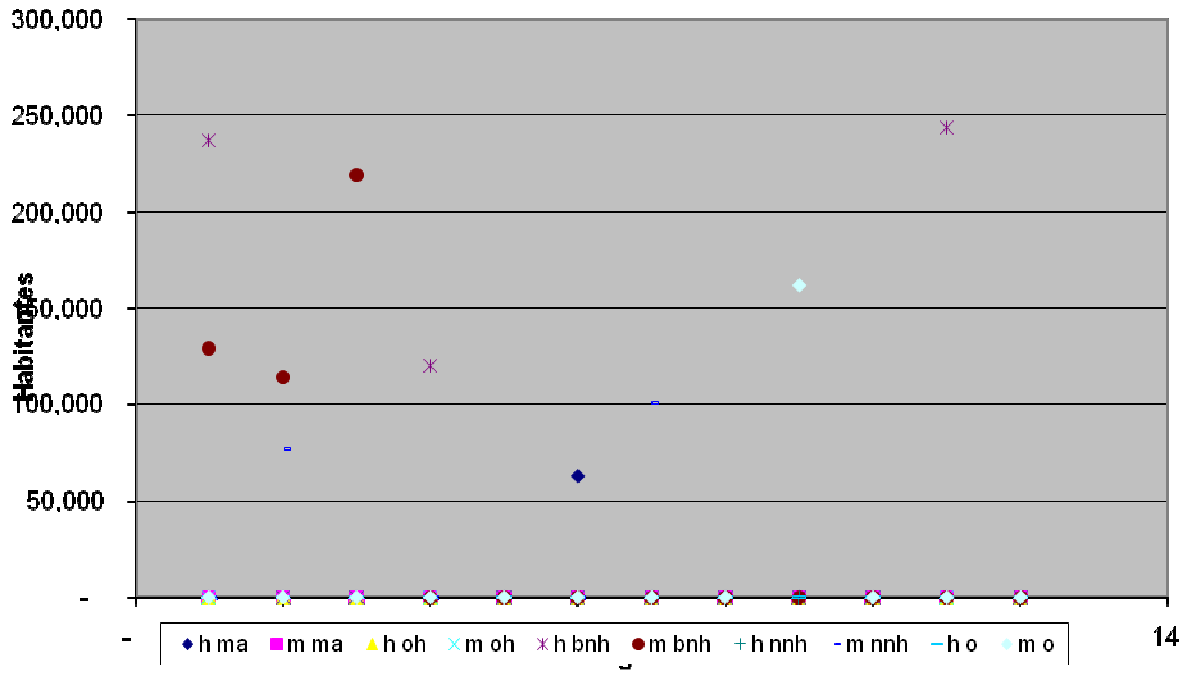
Tabla 3.6.2a ANSIEDAD E INGRESO DE LA CABEZA DE FAMILIA

	Mex-Am		Otros Hispanos		Blancos no hispanos		Negros no hispanos		Otros	
	h ma	m ma	h oh	m oh	h bnh	m bnh	h nnh	m nnh	h o	m o
1	-	-	-	-	236,989	129,388	-	-	-	-
2	-	-	-	-	-	114,528	-	76,891	-	-
3	-	-	-	-	-	219,222	-	-	-	-
4	-	-	-	-	120,524	-	-	-	-	-
5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
6	62,904	-	-	-	-	-	-	-	-	-
7	-	-	-	-	-	-	-	100,423	-	-
8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	161,396
10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
11	-	-	-	-	243,513	-	-	-	-	-
12	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
13	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Nivel 1 = 0 a 4,999 dólares anuales
 Nivel 2 = 5,000 a 9,999 dólares anuales
 Nivel 3 = 10,000 a 14,999 dólares anuales
 Nivel 4 = 15,000 a 19,999 dólares anuales
 Nivel 5 = 20,000 a 24,999 dólares anuales
 Nivel 6 = 25,000 a 34,999 dólares anuales
 Nivel 7 = 35,000 a 44,999 dólares anuales
 Nivel 8 = 45,000 a 54,999 dólares anuales
 Nivel 9 = 55,000 a 64,999 dólares anuales
 Nivel 10 = 65,000 a 74,999 dólares anuales
 Nivel 11= Más de 75,000 dólares anuales
 Nivel 12= 20,000 dólares anuales o más
 Nivel 13= 20,000 dólares anuales o menos

h ma = hombres mexico-americanos
 m ma = mujeres mexico-americanas
 h oh = hombres otros hispanos
 m oh = mujeres otras hispanas
 h bnh = hombres blancos no hispanos
 m bnh = mujeres blancas no hispanas
 h nnh = hombres negros no hispanos
 m nnh = mujeres negras no hispanas
 h o = hombres otros
 m o = mujeres otras

Gráfica 3.6.2a ANSIEDAD E INGRESO DE LA CABEZA DE FAMILIA



14

Tabla 3.6.2b ANSIEDAD E INGRESO TOTAL FAMILIAR

	Mex-Am		Otros Hispánicos		Blancos no hispanos		Negros no hispanos		Otros	
	h ma	m ma	h oh	m oh	h bnh	m bnh	h nnh	m nnh	h o	m o
1	-	-	-	-	236,989	129,388	-	-	-	-
2	-	-	-	-	-	114,528	-	76,891	-	-
3	-	-	-	-	-	219,222	-	100,423	-	-
4	-	-	-	-	120,524	-	-	-	-	-
5	62,904	-	-	-	-	-	-	-	-	-
6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	161,396
7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
11	-	-	-	-	243,513	-	-	-	-	-
12	-	58,727	-	-	-	-	-	-	-	-
13	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

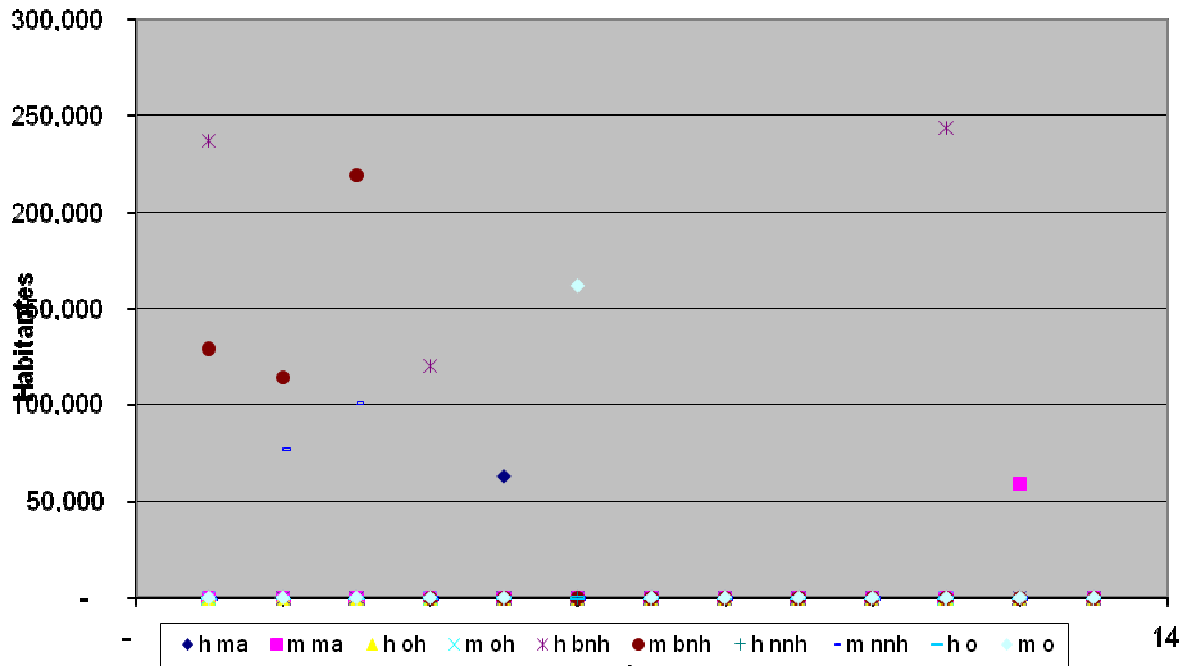
Nivel 1 = 0 a 4,999 dólares anuales
 Nivel 2 = 5,000 a 9,999 dólares anuales
 Nivel 3 = 10,000 a 14,999 dólares anuales
 Nivel 4 = 15,000 a 19,999 dólares anuales
 Nivel 5 = 20,000 a 24,999 dólares anuales
 Nivel 6 = 25,000 a 34,999 dólares anuales
 Nivel 7 = 35,000 a 44,999 dólares anuales
 Nivel 8 = 45,000 a 54,999 dólares anuales

Nivel 9 = 55,000 a 64,999 dólares anuales
 Nivel 10 = 65,000 a 74,999 dólares anuales
 Nivel 11 = Más de 75,000 dólares anuales
 Nivel 12 = 20,000 dólares anuales o más
 Nivel 13 = 20,000 dólares anuales o menos

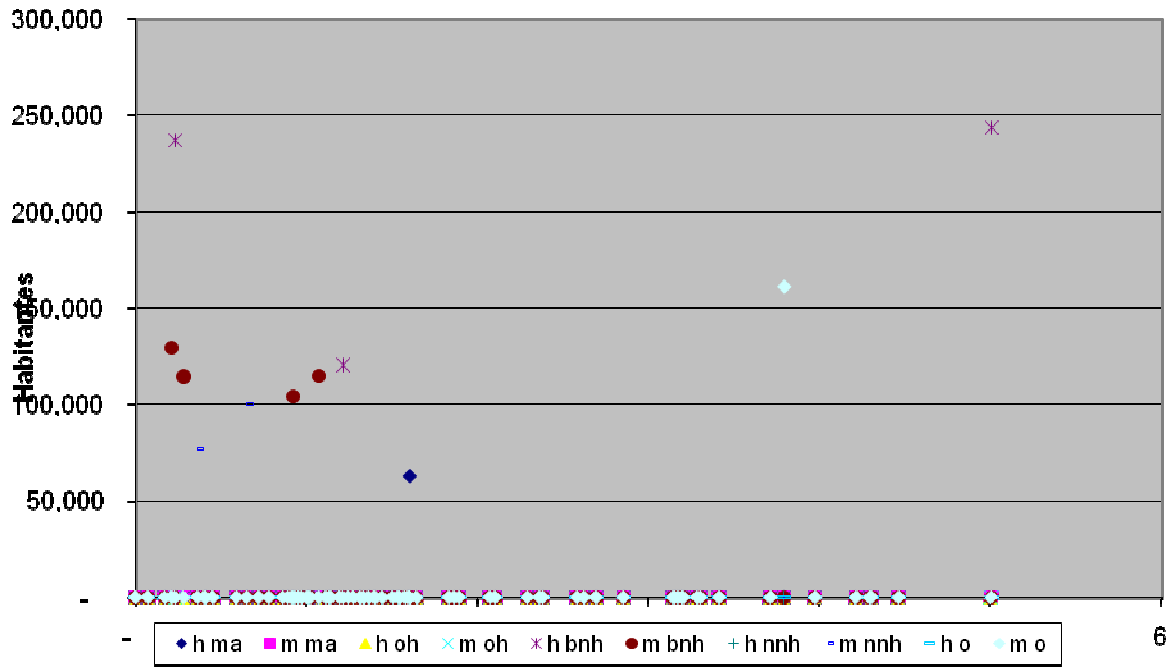
h ma = hombres mexico-americanos
 m ma = mujeres mexico-americanas
 h oh = hombres otros hispanos
 m oh = mujeres otras hispanas
 h bnh = hombres blancos no hispanos

m bnh = mujeres blancas no hispanas
 h nnh = hombres negros no hispanos
 m nnh = mujeres negras no hispanas
 h o = hombres otros
 m o = mujeres otras

Gráfica 3.6.2b ANSIEDAD E INGRESO TOTAL FAMILIAR



Gráfica 3.6.2c ANSIEDAD Y UMBRAL DE POBREZA



3.6.3 Pánico e ingresos

En seguida, los datos en torno al trastorno mental de pánico, para quienes se interesen en ahondar conocimientos sobre el tema.

Tabla 3.6.3a PÁNICO E INGRESO DE LA CABEZA DE FAMILIA

	Mex-Am		Otros Hispanos		Blancos no hispanos		Negros no hispanos		Otros	
	h ma	m ma	h oh	m oh	h bnh	m bnh	h nnh	m nnh	h o	m o
1	-	-	-	-	-	129,388	-	-	-	-
2	-	-	-	-	-	157,015	-	78,936	-	-
3	68,556	-	-	-	-	104,250	-	-	-	-
4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	128,833
5	-	-	-	-	108,074	134,555	-	-	-	-
6	-	-	-	-	234,276	-	-	-	-	-

7	-	-	-	-	279,754	148,314	-	-	75,348	-
8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
9	-	-	-	-	-	168,555	-	-	-	161,396
10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
11	-	-	-	-	-	-	68,995	-	-	-
12	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Nivel 1 = 0 a 4,999 dólares anuales
 Nivel 2 = 5,000 a 9,999 dólares anuales
 Nivel 3 = 10,000 a 14,999 dólares anuales
 Nivel 4 = 15,000 a 19,999 dólares anuales
 Nivel 5 = 20,000 a 24,999 dólares anuales
 Nivel 6 = 25,000 a 34,999 dólares anuales
 Nivel 7 = 35,000 a 44,999 dólares anuales
 Nivel 8 = 45,000 a 54,999 dólares anuales
 Nivel 9 = 55,000 a 64,999 dólares anuales
 Nivel 10 = 65,000 a 74,999 dólares anuales
 Nivel 11 = Más de 75,000 dólares anuales
 Nivel 12 = 20,000 dólares anuales o más
 Nivel 13 = 20,000 dólares anuales o menos

h ma = hombres mexico-americanos
 m ma = mujeres mexico-americanas
 h oh = hombres otros hispanos
 m oh = mujeres otras hispanas
 h bnh = hombres blancos no hispanos
 m bnh = mujeres blancas no hispanas
 h nnh = hombres negros no hispanos
 m nnh = mujeres negras no hispanas
 h o = hombres otros
 m o = mujeres otras

Gráfica 3.6.3a PÁNICO E INGRESO DE LA CABEZA DE FAMILIA

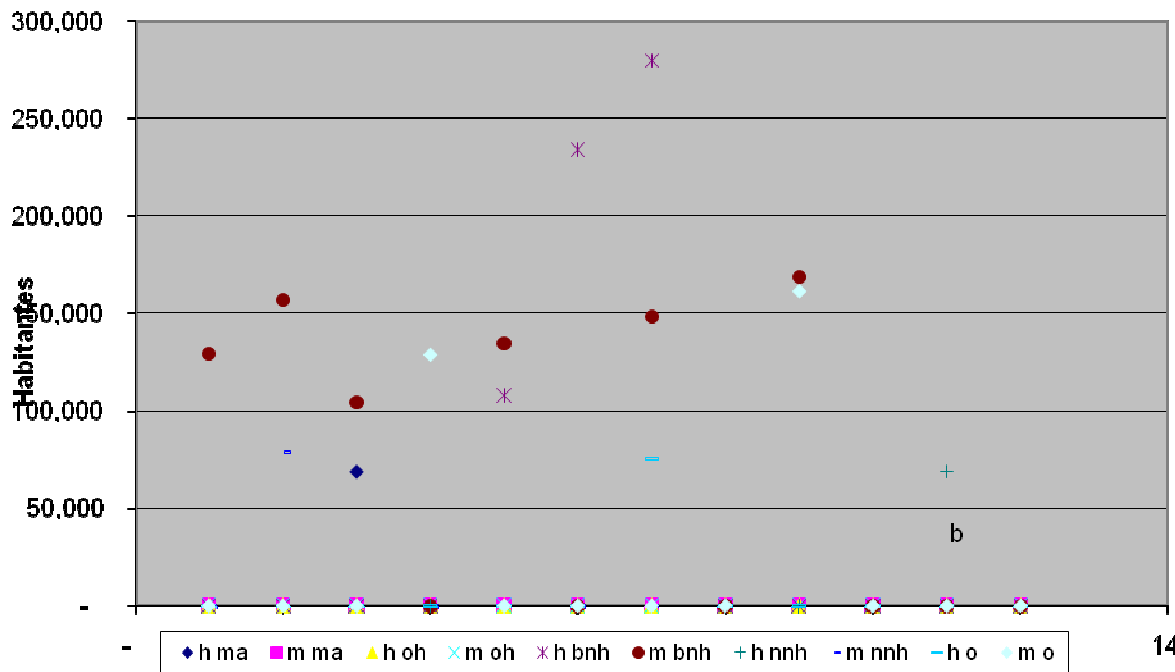


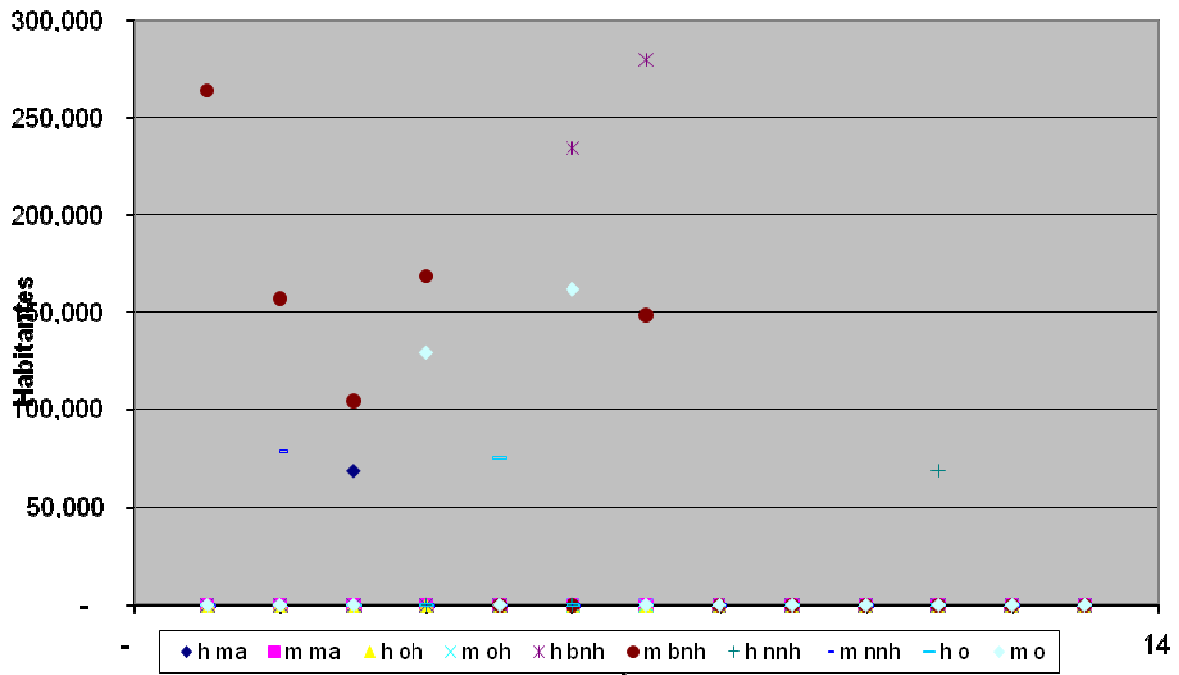
Tabla 3.6.3b PÁNICO E INGRESO TOTAL FAMILIAR

	Mex-Am		Otros Hispanos		Blancos no hispanos		Negros no hispanos		Otros	
	h ma	m ma	h oh	m oh	h bnh	m bnh	h nnh	m nnh	h o	m o
1	-	-	-	-	-	263,943	-	-	-	-
2	-	-	-	-	-	157,015	-	78,936	-	-
3	68,556	-	-	-	-	104,250	-	-	-	-
4	-	-	-	-	-	168,555	-	-	-	128,833
5	-	-	-	-	-	-	-	-	75,348	-
6	-	-	-	-	234,276	-	-	-	-	161,396
7	-	-	-	-	279,754	148,314	-	-	-	-
8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
11	-	-	-	-	-	-	68,995	-	-	-
12	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
13	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

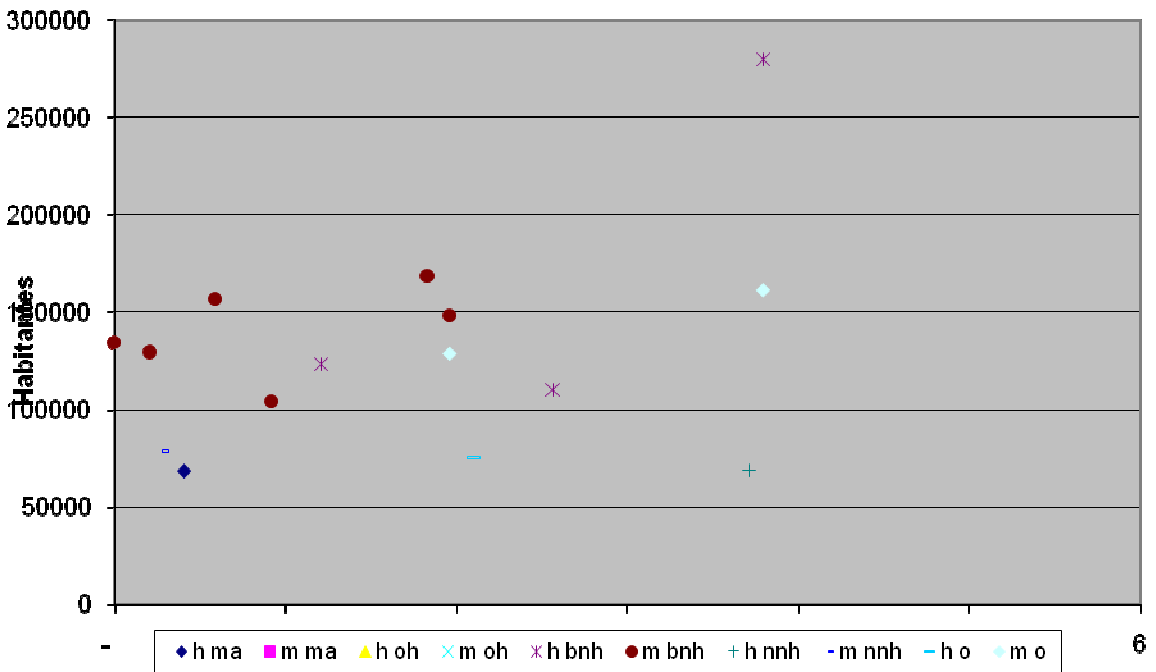
Nivel 1 = 0 a 4,999 dólares anuales
 Nivel 2 = 5,000 a 9,999 dólares anuales
 Nivel 3 = 10,000 a 14,999 dólares anuales
 Nivel 4 = 15,000 a 19,999 dólares anuales
 Nivel 5 = 20,000 a 24,999 dólares anuales
 Nivel 6 = 25,000 a 34,999 dólares anuales
 Nivel 7 = 35,000 a 44,999 dólares anuales
 Nivel 8 = 45,000 a 54,999 dólares anuales
 Nivel 9 = 55,000 a 64,999 dólares anuales
 Nivel 10 = 65,000 a 74,999 dólares anuales
 Nivel 11= Más de 75,000 dólares anuales
 Nivel 12= 20,000 dólares anuales o más
 Nivel 13= 20,000 dólares anuales o menos

h ma = hombres mexico-americanos
 m ma = mujeres mexico-americanas
 h oh = hombres otros hispanos
 m oh = mujeres otras hispanas
 h bnh = hombres blancos no hispanos
 m bnh = mujeres blancas no hispanas
 h nnh = hombres negros no hispanos
 m nnh = mujeres negras no hispanas
 h o = hombres otros
 m o = mujeres otras

Gráfica 3.6.3b PÁNICO E INGRESO TOTAL FAMILIAR



Gráfica 3.6.3c PÁNICO Y UMBRAL DE POBREZA



3.7 Estado Civil

En este apartado se cruzan las siguientes variables:

Depresión con un análisis profundo, Ansiedad y Pánico con únicamente presentación de datos; grupos de hombres y mujeres mexico-americanos, otros hispanos, blancos no hispanos, negros no hispanos y otros; y estado civil, con los siguientes indicadores:

1. Casados
2. Viudos
3. Divorciados
4. Separados
5. Nunca casados
6. Viviendo con compañero(a)

El número de habitantes se presenta también con pesos estadísticos.

Tabla 3.7.1 CASADOS CON DEPRESIÓN

CASADOS		Sin depresión		Con depresión		Total
		#	%	#	%	
Mex-Americanos	hom	2,706,473	100.0	-	-	2,706,473
	muj	2,736,779	100.0	-	-	2,736,779
Otros hispanos	hom	418,114	100.0	-	-	418,114
	muj	565,595	100.0	-	-	565,595
Blancos no hisp.	hom	10,738,722		867,719		

			92.5		7.5	11,606,441
	muj	13,278,458	90.9	1,330,297	9.1	14,608,755
Negros no hisp.	hom	1,137,947	83.6	223,293	16.4	1,361,240
	muj	1,354,411	88.9	168,423	11.1	1,522,834
Otros	hom	795,389	100.0	-	-	795,389
	muj	1,174,751	100.0	-	-	1,174,751

Gráfica 3.7.1 CASADOS CON DEPRESIÓN

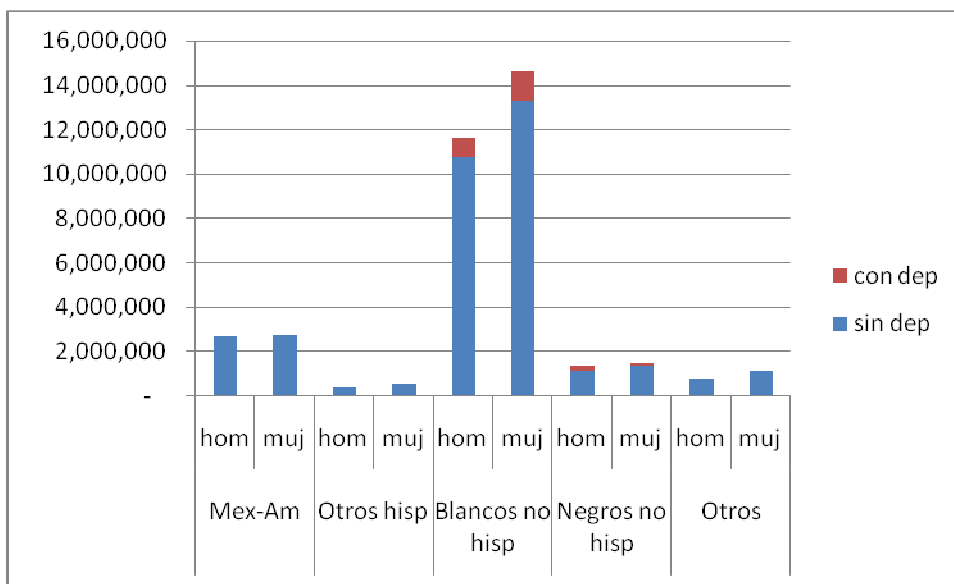


Tabla 3.7.2 VIUDOS CON DEPRESIÓN

VIUDOS		Sin depresión		Con depresión		Total
		#	%	#	%	
Mex-Am	hom	80,307	100.0	-	-	80,307
	muj	-	-	-	-	-
Otros hisp	hom	-	-	-	-	-
	muj	-	-	-	-	-
Blancos no hisp	hom	-	-	-	-	-
	muj	-	-	-	-	-
Negros no hisp	hom	-	-	-	-	-
	muj	120,792	100.0	-	-	120,792
Otros	hom	-	-	-	-	-
	muj	-	-	-	-	-

Tabla 3.7.3 DIVORCIADOS CON DEPRESIÓN

DIVORCIADOS		Sin depresión		Con depresión		Total
		#	%	#	%	
Mex-Am	hom	-	-	-	-	-
	muj	81,628	56.6	62,652	43.4	144,280
Otros hisp	hom	-	-	-	-	-
	muj	166,875	100.0	-	-	166,875
Blancos no hisp	hom	1,223,187	81.4	279,754	18.6	1,502,941
	muj	1,386,590	72.0	540,065	28.0	1,926,655
Negros no hisp	hom	110,752	100.0	-	-	110,752
	muj	242,915	100.0	-	-	242,915
Otros	hom	-	-	-	-	-
	muj	-	-	-	-	-

Gráfica 3.7.3 DIVORCIADOS CON DEPRESIÓN

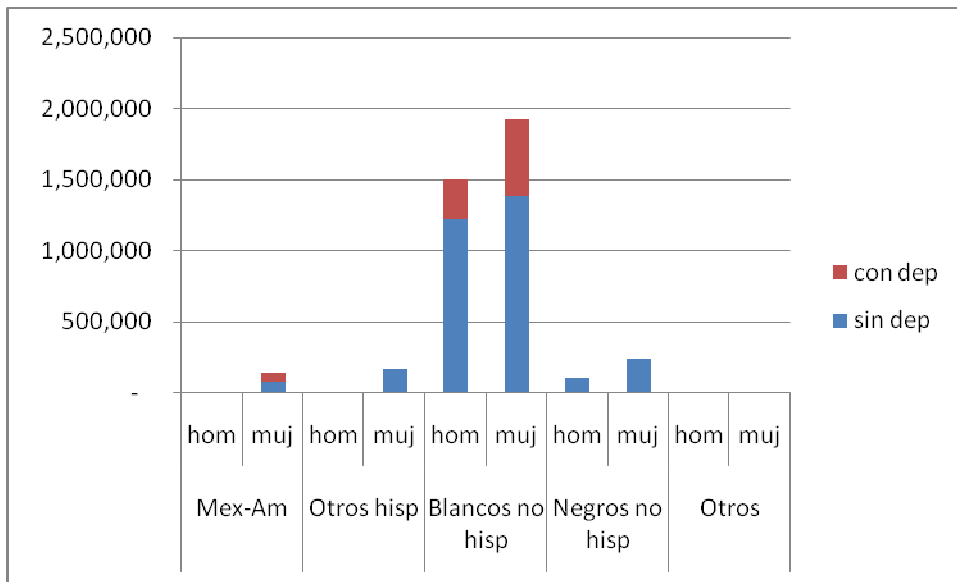


Tabla 3.7.4 SEPARADOS CON DEPRESIÓN

SEPARADOS		Sin depresión		Con depresión		Total
		#	%	#	%	
Mex-Am	hom	-	-	63,149	100.0	63,149
	muj	-	-	-	-	-
Otros hisp	hom	-	-	-	-	-
	muj	-	-	-	-	-

Blancos no hisp	hom	444,486	73.9	156,764	26.1	601,250
	muj	507,875	79.7	129,388	20.3	637,263
Negros no hisp	hom	65,775	48.8	68,904	51.2	134,679
	muj	262,812	100.0	-	-	262,812
Otros	hom	-	-	-	-	-
	muj	168,159	100.0	-	-	168,159

Gráfica 3.7.4 SEPARADOS CON DEPRESIÓN

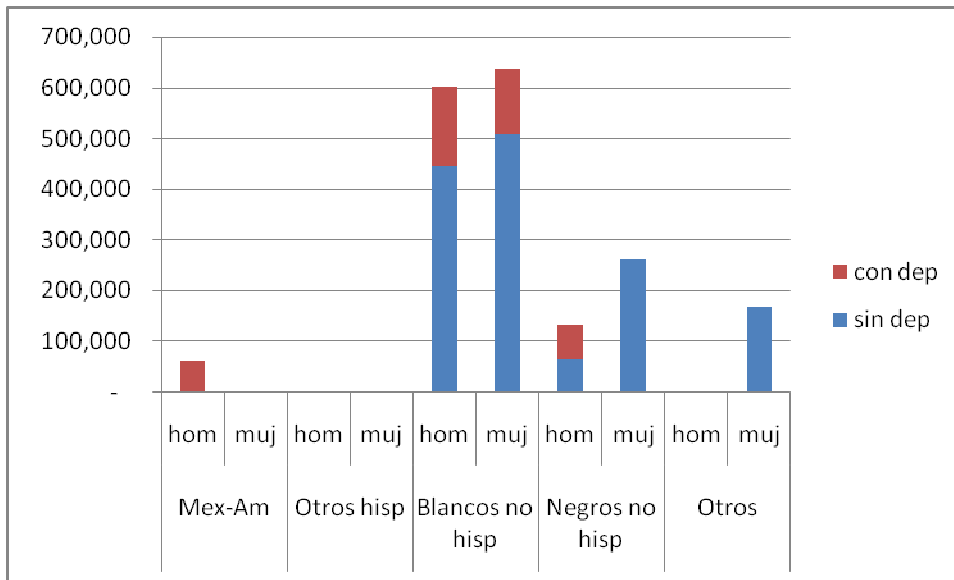


Tabla 3.7.5 NUNCA CASADOS CON DEPRESIÓN

NUNCA CASADOS		Sin depresión		Con depresión		Total
		#	%	#	%	
Mex-Am	hom	1,469,296	100.0	-	-	1,469,296
	muj	859,404	99.1	7,829	0.9	867,233
Otros hisp	hom	1,498,751	100.0	-	-	1,498,751
	muj	755,396	98.0	15,612	2.0	771,008
Blancos no hisp	hom	8,769,001	97.4	237,189	2.6	9,006,190
	muj	4,948,497	84.9	877,260	15.1	5,825,757
Negros no hisp	hom	2,763,610	97.7	65,775	2.3	2,829,385

	muj	2,826,289	94.7	159,046	5.3	2,985,335
	hom	1,061,616	83.7	206,254	16.3	1,267,870
Otros	muj	842,609	100.0	-	-	842,609

Gráfica 3.7.5 NUNCA CASADOS CON DEPRESIÓN

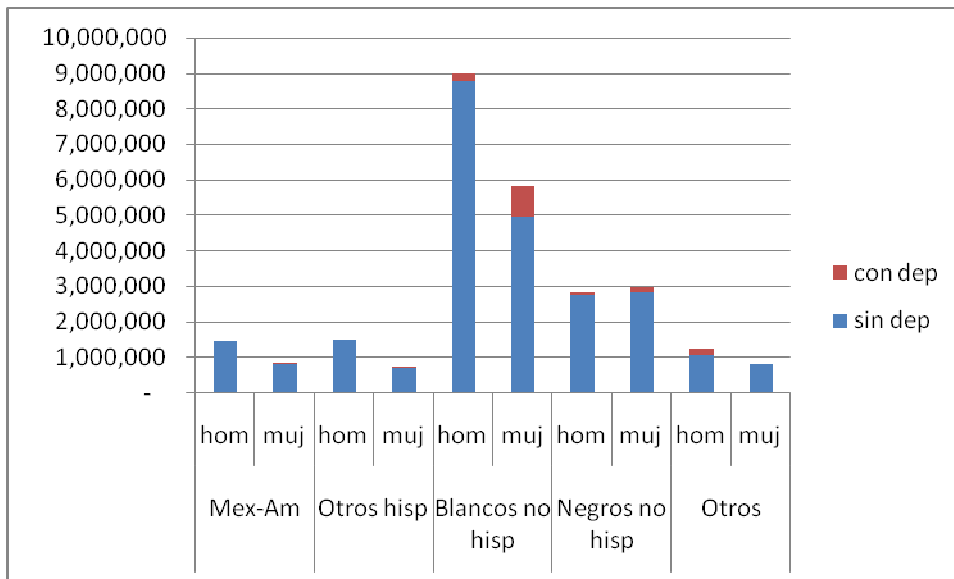
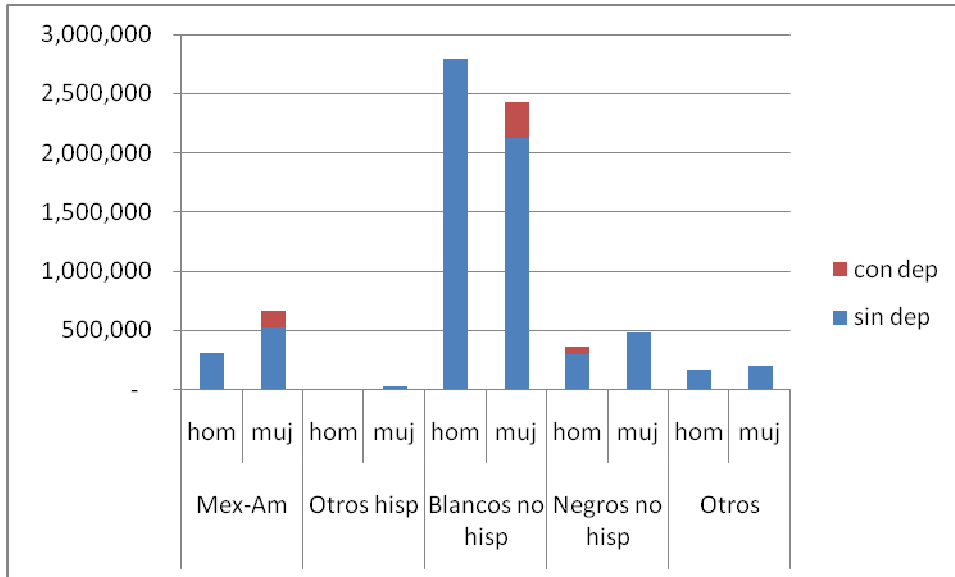


Tabla 3.7.6 VIVIENDO CON COMPAÑERO, CON DEPRESIÓN

VIVIENDO CON COMPAÑERO		Sin depresión		Con depresión		Total
		#	%	#	%	
Mex-Am	hom	317,811	100.0	-	-	317,811
	muj	534,075	79.5	137,785	20.5	671,860
Otros hisp	hom	-	-	-	-	-
	muj	32,809	100.0	-	-	32,809
Blancos no hisp	hom	2,797,081	100.0	-	-	2,797,081
	muj	2,129,954	87.6	301,354	12.4	2,431,308
Negros no hisp	hom	296,852	80.2	73,108	19.8	369,960
	muj	485,180	100.0	-	-	485,180
Otros	hom	173,316	100.0	-	-	173,316
	muj	209,856		-	-	209,856

			100.0		
--	--	--	-------	--	--

Gráfica 3.7.6 VIVIENDO CON COMPAÑERO, CON DEPRESIÓN



Se observa en términos generales que, sin separar a la sociedad norteamericana en grupos, los casos que en lo absoluto no padecen depresión, ansiedad ni pánico, son los de aquellos cuyo estado civil es la viudez.

Por el contrario, los grupos que mayor porcentaje de personas con depresión presentan son los siguientes, en orden descendente:

Tabla 3.7.7 LOS MAYORES PORCENTAJES DE DEPRESIÓN PARA ESTADO CIVIL

LUG	ESTADO CIVIL	GRUPO	GÉNERO	%
1	Separados	Mexicoamericanos	Hombres	100
2	Separados	Negros no hisp.	Hombres	51.2
3	Divorciadas	Mexicoamericanas	Mujeres	43.4
4	Divorciadas	Blancas no hisp.	Mujeres	28.0

5	Separados	Blancos no hisp.	Hombres	26.1
6	Viviendo con compañero	Mexicoamericanas	Mujeres	20.5
7	Separadas	Blancas no hisp.	Mujeres	20.3
8	Viviendo con compañera	Negros no hisp.	Hombres	19.8
9	Divorciados	Blancos no hisp.	Hombres	18.6
10	Casados	Negros no hisp.	Hombres	16.4
11	Nunca casados	Otros	Hombres	16.3
12	Nunca casadas	Blancas no hisp.	Mujeres	15.1

Es grave y digno de atención, que el 100% de los hombres mexicoamericanos separados, está deprimido. Al respecto surgen a consideración algunos elementos:



Ilustración 9. Los mexico-norteamericanos separados son los que más se deprimen.

Es evidente que muchos migrantes connacionales acuden al vecino país del norte para sostener económicamente a una familia, por tanto van casados, y aunque la esposa se quede en México y por muchos años permanezcan geográficamente separados, no cambian jurídicamente su estado

civil. Contribuye a este índice que peor no puede ser, la lamentable consecuencia de una problemática económica miserable de nuestro país: en tanto que el hombre se esfuerza mandando remesas y viviendo en un medio ajeno al suyo, lejos de su familia; con el paso de los años la mujer en muchos casos termina “sola” por lo que a pareja se refiere, lo cual afecta no sólo a ella sino también en el varón

provoca desánimo y hasta depresión; o también en muchos de los casos, con los años la esposa del migrante termina haciendo vida con otro hombre, y aquí es donde se incrementa tanto la propensión a la depresión.

Esta misma razón explica que no se registren casos de hombres mexicoamericanos divorciados radicando en EEUU, como se analiza más adelante.



Ilustración 10. Negros no hispanos separados, 51.2% deprimidos.

El siguiente grupo con mayor porcentaje de personas con depresión, (ver tabla 3.7.7) es el de los negros no hispanos separados, con 51.2%; y en tercer lugar vuelven a figurar los mexicoamericanos, ahora del género femenino: 43.4% de las divorciadas, sufren de este trastorno.

¡Y cómo no! Cuando en primer lugar la barrera del idioma y de estar en una sociedad con procedimientos distintos a los conocidos, dificulta a la mayoría de las migrantes mexicanas casadas que se encuentran sin empleo remunerado, fungiendo como amas de casa; la obtención –después de un divorcio- de un buen empleo y por ende afecta seriamente la posibilidad de sostenerse económicamente.

En segundo lugar, en la idiosincrasia común mexicana (y también norteamericana a pesar de los pujantes esfuerzos educativos propios de una nación primermundista) el concepto de divorcio no deja de tener un peso excesivamente

duro que literalmente desmoraliza a cualquiera, más a quienes ante la presencia de una cultura ajena que amenaza su propia identidad, se apegan a valores conservadores, tradicionalistas y/o católicos.

Aparte de que socialmente una mujer, como es también el caso de la mayoría de las migrantes mexicanas, que por las barreras culturales y el mismo hecho de no tener un empleo remunerado no ha hecho suficiente vida social; es más vulnerable después del divorcio cuando a su situación económica, psicológica, familiar y todo lo que tienen muy bien estudiado y atendido en México instituciones como los Centros de Atención a la Violencia Intrafamiliar (CAVIs) que dan asistencia a mujeres con problemáticas similares; se agrega un problema por todas estas características, de aislamiento muy grave y desde casi todos los ámbitos, propicio para la depresión.

Y nuevamente se presenta una cifra alta entre las mujeres mexicoamericanas: el 20.5% de las que viven con compañero, están deprimidas. Ello se explica por las mismas razones económicas, sociales y culturales enunciadas en los párrafos anteriores para el caso de las divorciadas, a más de la inestabilidad jurídica que les infringe el hecho de no estar casadas, ya que si bien, vivir con su compañero (en lugar de estar casadas) no confiere tanta carga moral-familiar como en su propio país; si aún viviendo en México en unión libre existen ciertas dificultades que afectan principalmente a la mujer, en EEUU la situación es más complicada por “detalles” como el no contar con derecho a seguro social, lo cual es muy

grave¹⁰⁹, entre otras a las que ni soñando aspiran muchos de los mexicoamericanos, como la obtención de créditos para vivienda pero que a este 20.5% de mujeres viviendo con compañero, les representan condiciones de contundente significado para su salud mental.

Cabe considerar aquí la condición en que se encuentran viviendo no sólo mexicoamericanas sino también otras migrantes (sin excluir por ser minoría en este caso, al género masculino), que pueden residir en EEUU legalmente por un periodo de 3 meses mediante la *Visa de prometida* (o prometido en su caso). Documento que expide el gobierno norteamericano a quienes tienen un noviazgo de no más de dos años con un(a) residente legal en los Estados Unidos¹¹⁰. Para fines estadísticos este tipo de residentes se incluye en el mismo estado civil (viviendo con compañero). Constituye un factor más de riesgo para la depresión, dadas las implicaciones de migrar (dejar empleo, familia, y muchos más vínculos identitarios), pues estas mujeres están a expensas de que la visa sea autorizada o denegada, y de que en la estancia de 3 meses se resuelva o no su situación migratoria y por ende el resto de su situación personal.

¹⁰⁹ Un ciudadano norteamericano que pierde el derecho a seguro social, por desempleo u otra condición, llega a enfermarse de algo más o menos grave y termina en banca rota, en la calle, como *homeless* (sin hogar) acabado por los altos costos médicos. Más vulnerables son quienes no tienen la ciudadanía, así que la condición socioeconómica de las y los migrantes se torna muy similar a la esclavitud. Ver: Secretaría de Salud **et. al.** 2007. pp. 13 (Una gran proporción de inmigrantes mexicanos adultos viven en situación de pobreza), 19 (Los trabajos cubiertos por inmigrantes mexicanos son con frecuencia los que pagan los menores salarios), 21 (el tipo de trabajos que generalmente emplean a inmigrantes mexicanos son los que menos ofrecen seguros de salud, dejando a la mayoría de estos trabajadores sin cobertura médica), 24 (riesgos ocupacionales).

¹¹⁰ Ver www.fiancevisa.gov

Solamente son más abundantes que este grupo de mexicoamericanas viviendo con compañero, en cuanto a presencia de depresión, dos grupos: Mujeres blancas no hispanas divorciadas (28.0%) y hombres blancos no hispanos separados (26.1%).

Por ende los estados civiles en los cuales se observa mayor porcentaje de depresión son la separación (49.42% en promedio) y el divorcio (30%).

No figuran entre los mayores porcentajes de depresión los viudos, y los casados sólo se observan en una minoría de hombres negros no hispanos (16.4%).

En el otro extremo, se reportan con 0% de depresión los siguientes grupos:

- ✓ **Casados hombres y mujeres mexicoamericanos.**
- ✓ Casados hombres y mujeres otros hispanos.
- ✓ Casados hombres y mujeres *Otros*.
- ✓ **Viudos hombres mexicoamericanos.**
- ✓ Viudas mujeres negras no hispanas.
- ✓ Divorciadas mujeres otras hispanas.
- ✓ Divorciados hombres y mujeres negros no hispanos.
- ✓ Separadas mujeres negras no hispanas.
- ✓ Separadas mujeres *Otras*.
- ✓ **Nunca casados hombres mexicoamericanos.**
- ✓ Nunca casados hombres otros hispanos.
- ✓ Nunca casadas mujeres *Otras*.

- ✓ **Viviendo con compañera hombres mexicoamericanos.**
- ✓ Viviendo con compañero mujeres otras hispanas.
- ✓ Viviendo con compañera hombres blancos no hispanos.
- ✓ Viviendo con compañero mujeres negras no hispanas.
- ✓ Viviendo con compañero hombres y mujeres *Otros*.

En el listado anterior puede apreciarse que destacan cuatro grupos de mexicoamericanos entre quienes no se registran casos de depresión: hombres y mujeres casadas, hombres viudos, hombres nunca casados y hombres viviendo con compañera; de lo cual se deduce que del género femenino, únicamente las casadas no reportaron dicho trastorno; en tanto que a la inversa, de los 6 estados civiles, los hombres se preservan con 0% de depresión, en 4 de ellos; más el caso de divorcio, donde no se registraron hombres mexicoamericanos en ese estado civil, por tanto no se puede afirmar si hay deprimidos o no.

Esta ausencia de divorciados se explica por las mismas condiciones ya relatadas en que migra la mayoría de los hombres mexicoamericanos casados. Aún después de haber vivido muchos años lejos de su esposa, no es su deseo divorciarse y distintos motivos, tales como las posibilidades de conservar y/o ascender en el empleo y en general las condiciones socio-económicas en los Estados Unidos, les brindan mejores perspectivas como casados, que como divorciados, sobre todos en los estados donde la legislación es altamente conservadora; lo cual, al igual que en el caso de las mujeres, es una expectativa difícil aún de concebir –por la gran dificultad de su realización- entre la mayoría de

los migrantes, a quienes por su situación indocumentada, ante la autoridad y la sociedad norteamericanas les vale lo mismo ser casados que tener cualquier otro estado civil. Pero para el caso de los hombres, resulta ser un valor interno que familiar y psicológicamente les ayuda mucho a los casados (ver tabla y gráfica 3.7.1) y resulta devastador para los separados (tabla y gráfica 3.7.4).

Por otra parte, el menor porcentaje de casos con depresión se observa en los siguientes grupos:

Tabla 3.7.8 LOS MENORES PORCENTAJES DE DEPRESIÓN PARA ESTADO CIVIL

LUG	ESTADO CIVIL	GRUPO	GÉNERO	%
1	Nunca casadas	Mexicoamericanas	Mujeres	0.9
2	Nunca casadas	Otras hispanas	Mujeres	2.0
3	Nunca casados	Negros no hisp.	Hombres	2.3
4	Nunca casados	Blancos no hisp.	Hombres	2.6
5	Nunca casadas	Negras no hisp.	Mujeres	5.3
6	Casados	Blancos no hisp.	Hombres	7.5
7	Casadas	Blancas no hisp.	Mujeres	9.1
8	Casadas	Negras no hisp.	Mujeres	11.1
9	Viviendo con compañero	Blancas no hisp.	Mujeres	12.4
10	Nunca casadas	Blancas no hisp.	Mujeres	15.1
11	Nunca casados	Otros	Hombres	16.3
12	Divorciados	Blancos no hisp.	Hombres	18.6

13	Viviendo con compeñera	Negros no hisp.	Hombres	19.8
----	------------------------	-----------------	---------	------

De mucha valía resulta observar que el grupo que menos depresión padece, después de los ya mencionados viudos, es –entre todos- el de las mujeres mexicanoamericanas nunca casadas. Entre ellas figuran gloriosamente trabajadoras de la maquila y del campo que se van a EEUU como hijas de familia (algunas en compañía de su familia, las más, solas) quienes lejos de tener mejor situación que los migrantes masculinos; padecen mayores adversidades por su condición de género; así como estudiantes varias (del idioma inglés, de cursos cortos, licenciaturas o posgrados); quienes tienen una situación socio-económica muy diferente y por ende mayores posibilidades de salvarse del trastorno que nos ocupa.

En este sentido, llama la atención que destacan entre los grupos de menor porcentaje de depresión y son mayoría, los nunca casados (ver tabla 3.7.8), que además de las mexicanoamericanas que dicho sea nuevamente, encabezan la lista (menos del 1% de las nunca casadas, tiene depresión), son –en orden ascendente- mujeres otras hispanas (2.0%), hombres negros no hispanos (2.3%), hombres blancos no hispanos (2.6%), mujeres negras no hispanas (5.3%), mujeres blancas no hispanas (15.1%) y hombres *Otros* (16.3%).

Es de considerar también que reportan un relativamente bajo porcentaje de

depresión, los casados blancos no hispanos hombres (7.5%) y mujeres (9.1%); así como las casadas negras no hispanas (11.1%); lo cual habla de una estabilidad significativa en el estado matrimonial de estos grupos (blancos y negras no hispanos).

Entre los de menor porcentaje de depresión no figuran separados, los cuales más bien apuntan porcentajes altos de este trastorno, véase tabla 3.7.7, donde cuatro grupos se hacen presentes, haciendo en promedio (49.42%) la mayoría a nivel nacional respecto de los otros estados civiles con mayor porcentaje de depresión.

3.8 País de nacimiento y depresión



Ilustración 11. Nacidos en México, menos deprimidos que los mexicanos nacidos en EEUU.

Es importante considerar que los mexicoamericanos con depresión nacidos en Estados Unidos, son 4.43% respecto del total de su grupo en el caso de los hombres y 7.55% de las mujeres; mientras que entre los mexicoamericanos nacidos en México radicados en EEUU, no se registraron hombres deprimidos, y

únicamente el 2.59% de las mujeres provenientes de nuestro país, manifestó depresión. Ver tabla 3.8.

Este dato es importante para las valoraciones que se hagan respecto de los demás indicadores que determinan la salud mental de los mexicoamericanos radicados en Estados Unidos, pues el problema de depresión se manifiesta mayormente entre los mexicoamericanos nacidos en Estados Unidos que entre los

nacidos en México. (Ver gráficas 3.8.1 y 3.8.2).

La misma advertencia se expresa en este apartado respecto de las mujeres blancas no hispanas, quienes en indicadores anteriores manifestaron tan altos índices de depresión: resulta que de entre las mujeres blancas no hispanas nacidas en EEUU, 12.86% de ellas están deprimidas; sin embargo no corresponden al total de blancas no hispanas deprimidas. Hay un 7.58% más de mujeres deprimidas entre las blancas no hispanas nacidas en otro país.

Por otra parte, de entre los nacidos en EEUU, los que más se deprimen son, en orden descendente:

- Hombres *Otros*, 14.20%
- Mujeres blancas no hispanas, 12.86%
- Hombres negros no hispanos, 9.54%
- **Mujeres mexicoamericanas, 7.55%**

Resulta curioso que los que más se deprimen no son blancos y negros no hispanos nacidos en EEUU, como se había observado a través de otros indicadores, sino hombres *Otros* nacidos en EEUU, que pueden ser -tal como se explicita en el apartado 2.1 *El NHANES como base de datos, inciso m) Variables demográficas usadas-*: indios norteamericanos, probablemente también nativos de Alaska, Guam, hawaianos, samoanos, otros de las Islas Pacífico, y nacidos en

territorios norteamericanos de ascendencia indo-asiática, china, filipina, japonesa, coreana, vietnamita, de otras nacionalidades asiáticas o de algún otro grupo étnico.

Después de ellos y las mujeres blancas no hispanas y hombres negros no hispanos, figuran como el cuarto grupo de nacidos en EEUU que más se deprime, las mujeres mexicoamericanas, con un 7.55%.

Por el contrario, de los nacidos en EEUU reportan 0% de depresión los hombres otros hispanos y las mujeres *Otras*. Y de este mismo país de nacimiento, los que menos depresión registran son, en orden ascendente:

- ✓ Otras hispanas mujeres, 1.87%
- ✓ **Hombres mexicoamericanos, 4.43%**
- ✓ Hombres blancos no hispanos, 6.25%
- ✓ Mujeres negras no hispanas, 6.36%

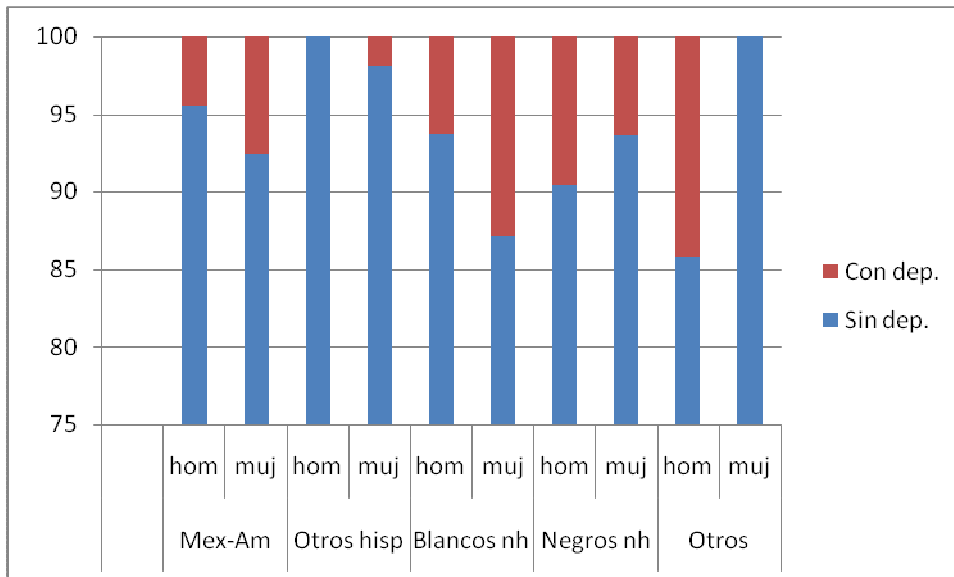
Nótese que los hombres mexicoamericanos ocupan un buen segundo lugar entre los nacidos en EEUU que menos se deprimen.

Tabla 3.8 PAÍS DE NACIMIENTO Y DEPRESIÓN

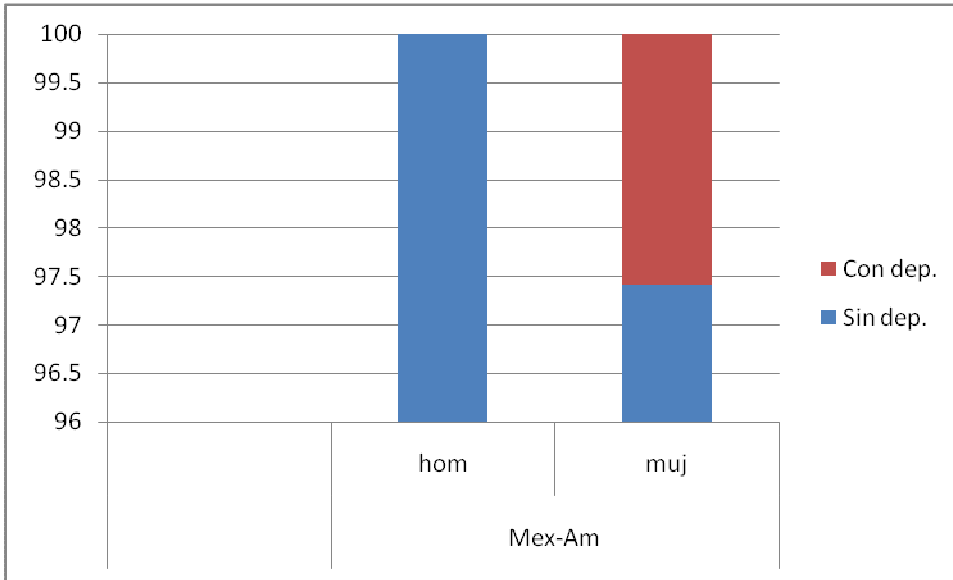
EEUU		Sin depresión		Con depresión		Total
		#	%	#	%	
Mex-Americanos	hom	1,360,889	95.57	63,149	4.43	1,424,038
	muj	1,748,549	92.45	142,873	7.55	1,891,422
Otros hispanos	hom	118,657	100.00	-	-	118,657
	muj	821,025	98.13	15,612	1.87	836,637
Blancos no hisp.	hom	23,129,549	93.75	1,541,425	6.25	24,670,974
	muj	20,633,180	87.14	3,045,566	12.86	23,678,746

Negros no hisp.	hom	4,089,068	90.46	431,080	9.54	4,520,148
	muj	4,825,281	93.64	327,470	6.36	5,152,751
Otros	hom	790,916	85.80	130,905	14.20	921,821
	muj	1,060,206	100.00	-	-	1,060,206
		Sin depresión		Con depresión		Total
MÉXICO		#	%	#	%	
Mex-Americanos	hom	3,212,999	100.00	-	-	3,212,999
	muj	2,463,337	97.41	65,393	2.59	2,528,730
		Sin depresión		Con depresión		Total
OTRO PAÍS		#	%	#	%	
Otros hispanos	hom	1,798,208	100.00	-	-	1,798,208
	muj	699,650	100.00	-	-	699,650
Blancos no hisp.	hom	842,928	100.00	-	-	842,928
	muj	1,618,195	92.42	132,798	7.58	1,750,993
Negros no hisp.	hom	285,868	100.00	-	-	285,868
	muj	467,117	100.00	-	-	467,117
Otros	hom	1,239,405	94.27	75,348	5.73	1,314,753
	muj	1,335,168	100.00	-	-	1,335,168

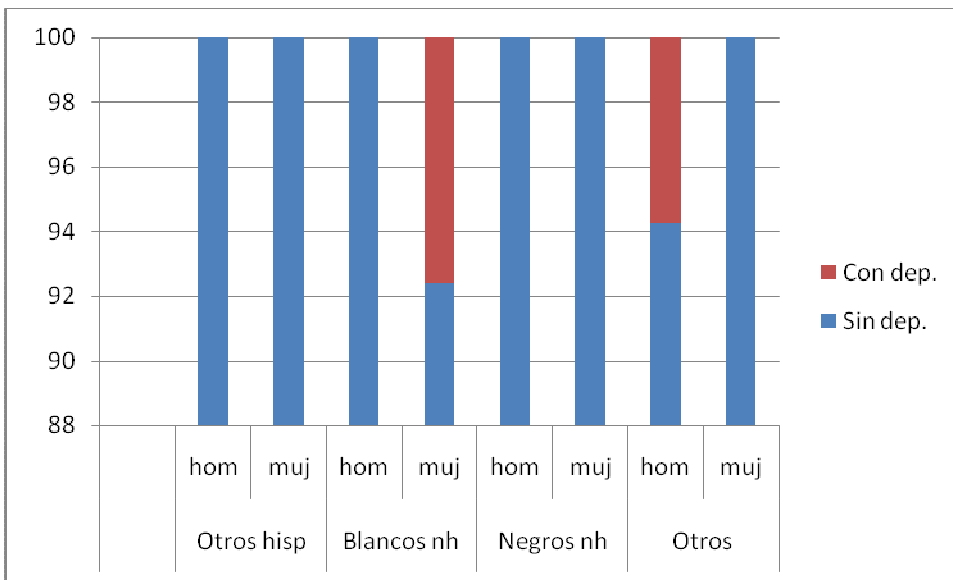
Gráfica 3.8.1 NACIDOS EN ESTADOS UNIDOS Y DEPRESIÓN



Gráfica 3.8.2 NACIDOS EN MÉXICO Y DEPRESIÓN



Gráfica 3.8.3 NACIDOS EN OTRO PAÍS Y DEPRESIÓN



3.9 Ciudadanía, seguro social y fuerzas armadas

Para ciudadanía no hay datos disponibles, entendida como se especifica en el código de clasificación del NHANES¹¹¹ desglosado en el *capítulo dos, apartado 2.1, inciso m) variables demográficas*. Es decir, no hay datos suficientes para

¹¹¹ NHANES: National Health and Nutrition Examination Survey (Diagnóstico de Salud y Nutrición Nacional).

analizar las diferencias de depresión entre los migrantes con nacionalidad mexicana y los mexicanos que se han nacionalizado norteamericanos.

Tampoco hay datos disponibles para seguro social, muchos trabajadores migrantes temporales evitan decir en las entrevistas gubernamentales si tienen seguro o no, ante la amenaza de la deportación, de modo que será en otro momento cuando se indague sobre las características del contraste entre los migrantes mexicoamericanos que padecen depresión y no cuentan con esta seguridad principalmente para una atención médica; y aquellos pocos casos de los migrantes deprimidos quienes por alguna razón sí tienen dicho seguro. Puede suponerse que el hecho de tener seguro médico no hace gran diferencia, como tampoco se observa menos depresión en grupos que cuentan casi en su totalidad con seguro médico, como los de los blancos no hispanos y negros no hispanos.



Ilustración 12. Policía montada. Desfile del 4 de Julio, Día de la Independencia.

Al indagar acerca de la depresión, ansiedad y pánico entre los individuos enlistados en las fuerzas armadas de los Estados Unidos de Norteamérica, ocurre lo mismo que con la clasificación detallada de 11 categorías respecto del *Diagnóstico médico acerca del origen de los*

trastornos mentales: se observan datos poco significantes, ya que ninguno resulta positivo para los tres trastornos mentales en estudio, a excepción del 0.86% de los blancos no hispanos de entre 30 y 40 años, y el 1.24% de los negros no hispanos del mismo grupo de edad. Los demás grupos de edad y poblacionales, no reportan

depresión, ansiedad ni pánico. Por lo cual dicho análisis quedó descartado del cuerpo principal de la presente investigación. Sin embargo, los datos primarios se pueden consultar en los anexos.

3.10 Conclusiones

En este apartado se presentan las reflexiones derivadas de los rasgos identificados en los capítulos anteriores, y se postula la influencia que tiene esta investigación en la actualización gnoseológica acerca del fenómeno de la depresión ligada a la transmigración, así como las posibles acciones tendientes a mejorar las condiciones de vida de los migrantes mexico-americanos de Estados Unidos.

Al definir las condiciones particulares que dan luz sobre el estilo de vida de cada subgrupo, se vislumbran situaciones de riesgo también peculiares para cada sector sociocultural. En este sentido resulta esclarecedor

Tal como se puede observar en el apartado “conteo general” del capítulo 3, el grupo social más deprimido es el de los blancos no hispanos. Se entiende entonces que si bien los mexico-americanos se encuentran menos afectados por este mal; pueden ser perjudicados por las consecuencias de que los blancos no hispanos lo padecen.

Ello, en función de los múltiples factores que determinan la susceptibilidad ante la

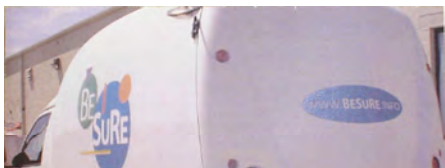


Ilustración 13. Camioneta para la investigación en calle con voluntarios.

depresión en cada grupo. Al respecto, cabe considerar que ya en varios estudios se ha postulado la noción de causalidad básica, en la que un *medio* común puede originar trastornos diferentes en grupos distintos, según su vulnerabilidad (Cassel, 1976: 107-123; Renaud, 1992: 49-66)¹¹². En este sentido, resulta evidente que las condiciones primordialmente culturales hacen una sensible diferencia, sin embargo, al analizar subgrupos, como género, edad, etc; la red causal se muestra más compleja, tal como se detalla a continuación.



Ilustración 14. Proyecto Be Sure efectúa exámenes médicos de proyectos específicos.

Del apartado 3.1 se deduce que la situación en que los blancos no hispanos son aparentemente los más afectados por la depresión, cambia al analizar los porcentajes de gente deprimida respecto del total de su propio grupo poblacional.

Tal como se observó en el apartado *3.2 Porcentajes de trastornos*, son las mujeres con depresión, ansiedad y pánico las que entre los mexico-americanos requieren con mayor urgencia de atención, debido al alto porcentaje de mujeres afectadas por dichos trastornos mentales.

No por ello dejan de tener importancia el resto de mexico-americanos afectados, quienes aunque están en los lugares 5to, 4to y 2do, representan como se indica arriba, el 6, 4 y 1% de su población grupal, lo cual indica una presencia de tales

¹¹² Citados por Menéndez, L. 1998 p. 44.

alteraciones que no debe dejarse crecer.

Por tanto, a pesar de que cuantitativamente -caso aparte las mujeres con depresión- no es muy difundida la presencia de estos trastornos mentales entre los mexico-americanos, pero dado que aun con cifras menores, se presentan entre los connacionales, es importante continuar investigando y buscar soluciones efectivas al problema.

Las redes de soporte que como comunidad [Méndez Rodríguez, 2007; Vallentin, 2009] han tendido los mexico-americanos, constituyen un apoyo social que para prevenir la difusión de la depresión, ha resultado bastante efectivo.

Esta fortaleza que los diversos vínculos brindan a la comunidad, la hacen menos susceptible que el grupo de negros no hispanos donde los lazos comunitarios son menores, y aún más al grupo de blancos no hispanos, que como comunidad, se encuentra más disgregado. Ya desde 1982 Kaplan propuso orientar las acciones preventivas hacia los factores psicosociales de susceptibilidad, y no tanto hacia la identificación temprana y el tratamiento¹¹³.

Así, la respuesta social como comunidad, es fundamental, y entre los mexico-americanos resulta además de evidente, digno de reforzarse, cuidarse y fomentarse.

¹¹³ Kaplan B. **et.al.** *Apoyo social y salud*. En: Jaco EG. (Comp.), *Pacientes, médicos y enfermedades*. México, 1982. IMSS Colección Salud y Seguridad Social. Pp. 175-197, citado por Infante Castañeda, Claudia, 1994 p. 218.

Cuando se observa en la tabla 3.61aa *Depresión e Ingresos de la cabeza de familia: resumen en porcentajes*, que en varios grupos mientras menor es el ingreso, más casos de depresión hay; se constatan las tesis donde se afirma que sobre todo en tiempos de crisis, el salario afecta a la salud, y más aún el empleo¹¹⁴, de modo que así como la pérdida del empleo y los cambios bruscos en la organización del trabajo, son de las causas más comunes de suicidio¹¹⁵; de la misma manera tales acontecimientos en la vida de los trabajadores, incrementan la ocurrencia de casos de depresión.

Sin embargo es menester considerar que también en varios grupos, incluidos los mexico-americanos de hombres y de mujeres, las concentraciones más altas de deprimidos, se encuentran entre los de ingresos más bajos y más altos, a diferencia del resto de los grupos poblacionales, los cuales reportan más personas deprimidas en los niveles medios de ingresos.

De esto se derivan tres conclusiones: en primer lugar, los mexico-americanos de ingresos intermedios, por tener una situación económica más o menos llevadera, es posible que tengan también una situación familiar, afectiva también estable, a más de un factor de mucho peso entre los migrantes: permanece bien nutrido y arraigado el sueño americano de tener la posibilidad de ser mejores personas y lograr mejoría general para sus familias. Ello puede contribuir mas no garantiza el

¹¹⁴ Laurell, A. Cristina. 1990 p.152.

¹¹⁵ Brodsky, C.M. 1977. pp.216-229. Citado por A. Cristina Laurell, 1990 p. 152.

mantener alejada a la depresión.

En segundo lugar, dado que entre los mexico-americanos con ingresos muy elevados hay una incidencia de depresión significativa, cabe considerar aquí la importancia que tiene en términos de prevención y resolución, el hecho de que al ser los únicos hombres mexico-americanos que se deprimen, aquellos con uno de los niveles más altos de ingresos; resulta una tarea fundamental indagar sus circunstancias, en busca de causas determinantes de su depresión. Son de resaltar tres condiciones de vida, sobre las cuales habría que poner atención en términos preventivos y resolutivos: 1) las diferencias de género que aún subsisten tanto en Estados Unidos como en México por lo que se refiere a la ocupación de puestos elevados en el sistema laboral, entre las que se observa mayor presencia de hombres que de mujeres, y que hacen recaer el peso de la manutención familiar con mayor rigor sobre el género masculino; lo cual tiende a causar mayor riesgo de estrés y desatención a aspectos de la vida diversos al laboral, tales como el social, recreativo o familiar. Desequilibrio que resulta propicio para la depresión; 2) otros rasgos del estilo de vida de muchos de los mexico-americanos de ingresos elevados, entiéndase profesionistas¹¹⁶ de alto rendimiento al servicio de los grandes consorcios, del gobierno o de instituciones educativas, quienes por temporadas viven en soledad, separados de sus familias, las cuales por motivos varios destacando entre ellos las leyes migratorias, permanecen temporal o indefinidamente en México; situación que por las dificultades para resolver la situación migratoria de sus familiares más allegados; por la simple soledad, o aún

¹¹⁶ Castaños-Lomnitz, Heriberta, (Coord), 2007.

más complejamente, por los trastornos que ésta ocasiona respecto de hábitos vitales como el descanso, la alimentación o la recreación, también puede propiciar la depresión y 3) Los Ciudadanos anglo sajones y negros van colocándose en los puestos más cómodos, con menores cargas de trabajo, y van quedando vacantes los puestos que implican mayores cargas de trabajo.

Relato 3.10.1

Contratación de talentos mexicanos

En Estados Unidos, cuando se trata de contratar a un empleado, los mexicanos en particular tienen fama de trabajadores. De que se esfuerzan mucho, cumplen, no violan las reglas. Son más cotizados que otros latinos, que los negros y que los asiáticos, para los empleos de todos los niveles. Si un mexicano llega a esferas de alto nivel docente, investigativo, o como empleado en general, por el simple hecho de ser mexicano tiene preferencia en la selección de personal. Aún ante los ciudadanos anglosajones y negros, que conocen mejor sus derechos, pueden ser más faltistas, tienden a caer en la comodidad, -no todos, eso sí- pero los mexicanos se han ganado la fama de tesoneros, perseverantes, acostumbrados a hacer sacrificios de horarios, o tareas extras, a prueba de adversidades. No está reglamentado pero se ha vuelto costumbre generalizada el ver así a los migrantes mexicanos profesionistas.

Viernes 1ro de junio de 2007.

Es así como la estratificación escalafonaria y la distribución del trabajo, en conjunción con las condiciones de ciudadanía, migratorias y de libre mercado para el trabajo (trabajar sin contrato, con modalidades como la de *free lanz* o la de quedar desempleado, con todas las consecuencias que implica: sin vivienda, sin seguro médico, en calidad de *homeless*¹¹⁷), constituyen fuertes cargas que

¹¹⁷ *Homeless*, término empleado para designar a las personas que por no tener empleo, se quedan sin vivienda, sin ingresos, sin seguro médico.

aunadas a alguna otra de las condiciones ya mencionadas, varias de ellas o todas; favorecen el desarrollo de la depresión.

Y en tercer lugar, los focos de atención para la superación y prevención del trastorno que nos ocupa, resultan tan importantes en los factores que señalan las demás variables aquí analizadas (situación de género, origen étnico, causas de la depresión, edad, escolaridad, estado civil y país de nacimiento), como en los casos de los bajos ingresos y el desempleo. Basta observar la siguiente cápsula como muestra de los incontables casos de esta compleja relación entre variantes del empleo, y depresión.

Palabras de Gabriele Muccino y James Lassiter, Director y Co-Productor de la película **The Pursuit of Happiness (En Busca de la Felicidad)**¹¹⁸

Cuando la producción llegó a la Iglesia del Glide Memorial de San Francisco, donde estuvo el verdadero Chris Gardner, Gabriele supo que dar veracidad a esas escenas requería de algo inusual en una película:

Gabrielle Muccino: -“Le dije a mi primer asistente: Yo creo que la única manera de hacer esta película, es contratando verdaderas personas sin hogar, se ven distintos a todos los demás de esta ciudad.”

James Lassiter: -“Una semana después leía el diario y leí a un hombre [sin hogar] que estaba hablando de lo que le hizo a su autoestima estar actualmente empleado... y recibir un cheque... y el proceso de ir a cobrarlo... ¡Lo que eso le significó en confianza y autoestima!. Creo que ha sido probablemente lo mejor que hemos hecho al realizar esta película. ”.

¹¹⁸ Muccino, Gabriele (Director), Lassiter, James (Co-productor) *Haciendo la búsqueda: una toma italiana de un sueño americano*, material extra en **The pursuit of happiness** (La búsqueda de la felicidad) Columbia Pictures Industries, 2006.

Por tanto es preciso actuar de una manera organizada, abarcar muchos campos de la sociedad y con un desempeño interdisciplinario.

“De una manera general, lo que se necesita es un cambio en el modo de vida antes que un comentario sobre él, que es todo lo que han logrado algunos métodos tradicionales de educación de la salud” (Mckeown, 1982: 122)

La presencia de depresión en los migrantes en general, se delimita por una problemática en la que no encuentran una congruencia entre sus metas, entre sus capacidades para lograrlas dentro del contexto de la sociedad receptora y las normas y condiciones de dicha sociedad: principalmente las metas de mexico-americanos y otros hispanos de reunir un ingreso económico que les permita sobrevivir en un país con un costo de vida más elevado que en los países de origen y a la vez tener un excedente para mandar remesas a sus familias, por mencionar las metas económicas, sin que por ello tengan menor importancia otras metas psicosociales de los migrantes como las relacionadas con el sueño americano, entran en conflicto con las capacidades para su realización, por dificultades inherentes a la condición de migrante, como son la diferencia de idioma, las dificultades o imposibilidad de tener condiciones de vida (salud, vivienda, etc.) favorables; y en conflicto también con las normas que rigen desde el Estado hacia los migrantes indocumentados, en las que priva la clandestinidad y discriminación. En estos puntos puede encontrar mucha mejoría la situación de la depresión, en cambios que se esperan por parte del gobierno entrante de Barack Obama en las políticas públicas, al sistema de seguridad social y en materia de

reforma migratoria principalmente.

Habiendo identificado las tendencias de las condiciones de la depresión entre los mexico-americanos radicados en Estados Unidos, se perfila el reto de los futuros servicios de salud para la población, tal como lo plantea el enfoque preventivo de la teoría de la transición epidemiológica [Infante, 1994: 224].

En este sentido las organizaciones que atienden las necesidades de salud de los migrantes, podrán considerar la situación aquí presentada para realizar con mayor efectividad la equidad ante las diferencias social o económicamente existentes. Equidad en la respuesta social organizada, en el acceso considerando las variaciones de utilización basadas en diferencias sociales como el grado de escolaridad o de ingreso. Y equidad en la calidad de la atención, independientemente de las condiciones socioeconómicas personales o propias de grupo social (Infante, 1994: 225).

Muy importante es la fase preventiva considerando estos trastornos como parte de un proceso social, y la comprensión holística del trastorno que nos ocupa será fundamental para una mejor atención.

“Cuando menos tres pasos son necesarios: el fortalecimiento del papel médico en la medicina ambiental, con mejoras apropiadas en el entrenamiento, un acercamiento más coordinado a los diferentes peligros ambientales

(ocupacionales, domésticos, yatrogénicos¹¹⁹, etc.) tanto central como localmente; un ataque serio contra los riesgos asociados con la investigación y el tratamiento médicos (Mckeown, 1982: 124-125).

“El diálogo social es un medio eficaz para determinar medidas que permitan abordar esos problemas de seguridad y salud. Un ejemplo de esto es el acuerdo marco de 1998 establecido por el Comité Paritario de Servicios Postales, el cual procura prevenir los peligros relacionados con el trabajo y promover la seguridad y la salud mediante la mejora de los métodos de trabajo y la formación en lo relativo a la identificación y prevención de los riesgos y a la utilización de equipo adecuado, así como otras medidas de seguridad y salud”.

Considerando las causas de la depresión que se vinculan con las variables aquí analizadas, pueden ubicarse las de tipo inmediato y las de tipo estructural. Generalmente las políticas de prevención en materia de salud se aplican a las causas inmediatas (Menéndez E., 1990: 36-38)¹²⁰, lo cual genera resultados relativos y no de fondo. Más allá de las políticas públicas, la orientación que la ciudadanía elija para su salud, con carácter individual o colectivo; independientemente de sus posibilidades y preferencias para solicitar asistencia médica; puede enfocarse en tres niveles que apunta McKinlay: la orientación desde la economía política, por lo que de manera estructural determina la depresión, la de la prevención de conductas de riesgo y la de la atención curativa (Mac Kinlay, 1981: 613-633).

Las causas estructurales pueden ser modificadas desde el nivel micro, en el que

¹¹⁹ Yatrología, del griego *iatros*, médico, y *logos*, tratado. Ciencia de la medicina. Yatrogénico, del ámbito de la ciencia médica.

¹²⁰ Citado por Infante Castañeda, Claudia, **ibid. em.**

individuos aislados y en colectivos, al tener como meta tratamientos de curación y prevención llevan a cabo medidas que repercuten en los núcleos más amplios o de nivel macro. Medidas de corrección de ciertos hábitos de vida, buscando el restablecimiento del equilibrio entre mente, cuerpo y alma. En este tenor, destacan entre las casi infinitas posibilidades, el cultivar una mente virtuosa, restándole poder a la ignorancia.

“Cuando se dice que la mente ignorante es perversa o está en el error, se habla de la manera en que yerra a propósito de la realidad.” (Dalai Lama, 2001: 34)

La referencia a las casi infinitas posibilidades para restablecer el equilibrio entre mente, cuerpo y alma; a más de abarcar la variedad de disciplinas que a ello se dedican, citadas en el *Anexo 1. Recursos para la atención a enfermedades mentales como la depresión*; concierne al empoderamiento de los recursos ancestrales con que cuentan las comunidades transmigrantes.

Esto habrá de mejorar mucho los casos de depresión, considerando que los médicos egresados en su gran mayoría son absorbidos por la estructura hospitalaria predominantemente urbana (Infante, 1994: 221), a la cual no tienen acceso la mayoría de los migrantes. Esto enfoca la atención hacia una reorientación del médico, y hacia la atención de la salud en el medio rural.

Para ello la antropología médica tiene un camino andado dentro del cual se puede profundizar en futuras investigaciones, acerca del estudio de “creencias y prácticas relacionadas con la enfermedad y de los sistemas culturales y/o

ideológicos que operan a través de las prácticas de control de enfermedad” (Menéndez E, 1990: 27-36)¹²¹.

Respecto de la orientación que la ciudadanía elija para su salud, con carácter individual o colectivo, es importante considerar el modo en que las personas con depresión perciben esta condición, y en consecuencia la forma en que busca atención.

“Diversos autores mencionan que entre el 30 y el 90% de los casos en los que se detecta un padecimiento nunca llegan a ser motivo de demanda de atención”¹²²

En torno a la forma como las personas viven y perciben sus enfermedades, valdrá la pena ahondar en la perspectiva del enfermo y de su familia, así como en la perspectiva del personal involucrado en la atención de salud.

Se ha hecho mucho, mas no suficiente énfasis en las campañas de divulgación para incrementar la participación de la población en la atención de sus enfermedades. Habría que considerar el fenómeno que de manera similar ocurre con los procesos electorales: cuando tras la insistencia institucional a que la ciudadanía participe en procesos que a ella no le interesan; es necesario dar cauce a las investigaciones en el sentido de los intereses o preferencias hacia donde apunta el sentir comunitario, para tener un nivel decoroso de efectividad en

¹²¹ Citado por Infante Castañeda, Claudia. 1994 p. 214.

¹²² Claudia Infante Castañeda retoma el concepto *iceberg* para denominar al conjunto de individuos que, percibiendo una necesidad de salud, acuden a los servicios. Dos fuentes resultan de interés al respecto: 1) Robinson D. 1973 pp. 31-33. Y 2) Wadsworth MEJ, **et. al**, 1971.

el diseño de programas de promoción, prevención, autocuidado y participación comunitaria.

Después están los casos que ni siquiera se detectan.

Sería importante explorar las manifestaciones de depresión a partir del estilo de vida, lo cual también contribuiría grandemente a esclarecer esta enfermedad, así como a redefinir los tratamientos y prevención.

El concepto de estilo de vida se ha explorado en Inglaterra desde el siglo antepasado (Cox, 1987)¹²³, y además de facilitar la articulación de interpretaciones materialistas y no materialistas, funge como vínculo de comprensión entre el universo gnoseológico de los conceptos *clases sociales* y *grupos intermedios* (étnicos, ocupacionales, de edad, etc.); y propicia la ubicación de las determinaciones últimas (Infante, 1994: 213).

Para definir las políticas de prevención, habrán de tomarse en cuenta las creencias y prácticas relacionadas con la enfermedad y los sistemas culturales y/o ideológicos que operan en las prácticas de control de la depresión, donde la antropología médica tiene ya un camino andado (Infante, 1994: 214).

Dado que se ha demostrado la baja participación de la población en la toma de decisiones preventivas ante la depresión, habrá que tomar en cuenta también

¹²³ Citado por Infante Castañeda, Claudia, 1994.

causas como falta de información sobre qué es depresión, a qué especialista acudir, falta de confianza en la medicina moderna (**Ibid. em.:** 215) y las limitaciones de accesibilidad a los sistemas de seguridad médica.

Queda también para futuras investigaciones:

- Reconstruir las estrategias de atención a los mexico-americanos que padecen depresión.
- Reconstruir la vida cotidiana en que se procesa dicho padecimiento de manera sincrónica y diacrónica.
- Elaborar un sistema completo de causalidad, a partir del diagnóstico y el análisis estadístico aquí presentados.
- Definir la problemática del padecimiento de la depresión que experimentan los mexico-americanos radicados en EEUU como proceso¹²⁴.
- Encontrar puntos de convergencia entre el saber popular y el saber médico en la atención con resultados favorables¹²⁵.
- Conciliar los enfoques de la socioantropología y de las ciencias médicas respecto de la carrera del paciente¹²⁶ mexicoamericano con depresión¹²⁷.

Todo lo cual contribuirá a comprender mejor y resolver con mayor aptitud el

¹²⁴ Bibeau, G. y Corin, E. aportan una vasta propuesta en torno al enfoque del padecimiento como proceso y la importancia de la causalidad. Ver: *Culturaliser l'épidémiologie psychiatrique. Les systèmes de signes, de sens et d'action en santé mentale*, 1995. Citado por Menéndez, L. 1998 p. 47.

¹²⁵ Ver los avances efectuados por Cooper, Lisa A. **et. al.** 2001.

¹²⁶ Menéndez, Eduardo L. cita una investigación en la que se propone el uso del concepto/instrumento *carrera del enfermo*: Becker 1963.

¹²⁷ Muy esclarecedores de los avances contemporáneos en materia de carrera del paciente con depresión, son los estudios de Cooper, Lisa A. **et. al.** 2000, 2003, 2006(1), 2006(2).

problema que nos ocupa.

3.10 Conclusiones

En este apartado se presentan las reflexiones derivadas de los rasgos identificados en los capítulos anteriores, y se postula la influencia que tiene esta investigación en la actualización gnoseológica acerca del fenómeno de la depresión ligada a la transmigración, así como las posibles acciones tendientes a mejorar las condiciones de vida de los migrantes mexico-americanos de Estados Unidos.

Al definir las condiciones particulares que dan luz sobre el estilo de vida de cada subgrupo, se vislumbran situaciones de riesgo también peculiares para cada sector sociocultural. En este sentido resulta esclarecedor

Tal como se puede observar en el apartado “conteo general” del capítulo 3, el grupo social más deprimido es el de los blancos no hispanos. Se entiende entonces que si bien los mexico-americanos se encuentran menos afectados por este mal; pueden ser perjudicados por las consecuencias de que los blancos no hispanos lo padecen.

Ello, en función de los múltiples factores que determinan la susceptibilidad ante la



Ilustración 1. Camioneta para la investigación en calle con voluntarios.

depresión en cada grupo. Al respecto, cabe considerar que ya en varios estudios se ha postulado la noción de causalidad básica, en la que un *medio* común puede originar trastornos diferentes en grupos distintos, según su vulnerabilidad (Cassel, 1976: 107-123; Renaud, 1992: 49-66)⁹⁴. En este sentido, resulta evidente que las condiciones primordialmente culturales hacen una sensible diferencia, sin embargo, al analizar subgrupos, como género, edad, etc; la red causal se muestra más compleja, tal como se detalla a continuación.



Ilustración 2. Proyecto Be Sure efectúa exámenes médicos de proyectos específicos.

Del apartado 3.1 se deduce que la situación en que los blancos no hispanos son aparentemente los más afectados por la depresión, cambia al analizar los porcentajes de gente deprimida respecto del total de su propio grupo poblacional.

Tal como se observó en el apartado *3.2 Porcentajes de trastornos*, son las mujeres con depresión, ansiedad y pánico las que entre los mexico-americanos requieren con mayor urgencia de atención, debido al alto porcentaje de mujeres afectadas por dichos trastornos mentales.

No por ello dejan de tener importancia el resto de mexico-americanos afectados, quienes aunque están en los lugares 5to, 4to y 2do, representan como se indica arriba, el 6, 4 y 1% de su población grupal, lo cual indica una presencia de tales

⁹⁴ Citados por Menéndez, L. 1998 p. 44.

alteraciones que no debe dejarse crecer.

Por tanto, a pesar de que cuantitativamente -caso aparte las mujeres con depresión- no es muy difundida la presencia de estos trastornos mentales entre los mexico-americanos, pero dado que aun con cifras menores, se presentan entre los connacionales, es importante continuar investigando y buscar soluciones efectivas al problema.

Las redes de soporte que como comunidad [Méndez Rodríguez, 2007; Vallentin, 2009] han tendido los mexico-americanos, constituyen un apoyo social que para prevenir la difusión de la depresión, ha resultado bastante efectivo.

Esta fortaleza que los diversos vínculos brindan a la comunidad, la hacen menos susceptible que el grupo de negros no hispanos donde los lazos comunitarios son menores, y aún más al grupo de blancos no hispanos, que como comunidad, se encuentra más disgregado. Ya desde 1982 Kaplan propuso orientar las acciones preventivas hacia los factores psicosociales de susceptibilidad, y no tanto hacia la identificación temprana y el tratamiento⁹⁵.

Así, la respuesta social como comunidad, es fundamental, y entre los mexico-americanos resulta además de evidente, digno de reforzarse, cuidarse y fomentarse.

⁹⁵ Kaplan B. **et.al.** *Apoyo social y salud*. En: Jaco EG. (Comp.), *Pacientes, médicos y enfermedades*. México, 1982. IMSS Colección Salud y Seguridad Social. Pp. 175-197, citado por Infante Castañeda, Claudia, 1994 p. 218.

Cuando se observa en la tabla 3.61aa *Depresión e Ingresos de la cabeza de familia: resumen en porcentajes*, que en varios grupos mientras menor es el ingreso, más casos de depresión hay; se constatan las tesis donde se afirma que sobre todo en tiempos de crisis, el salario afecta a la salud, y más aún el empleo⁹⁶, de modo que así como la pérdida del empleo y los cambios bruscos en la organización del trabajo, son de las causas más comunes de suicidio⁹⁷; de la misma manera tales acontecimientos en la vida de los trabajadores, incrementan la ocurrencia de casos de depresión.

Sin embargo es menester considerar que también en varios grupos, incluidos los mexico-americanos de hombres y de mujeres, las concentraciones más altas de deprimidos, se encuentran entre los de ingresos más bajos y más altos, a diferencia del resto de los grupos poblacionales, los cuales reportan más personas deprimidas en los niveles medios de ingresos.

De esto se derivan tres conclusiones: en primer lugar, los mexico-americanos de ingresos intermedios, por tener una situación económica más o menos llevadera, es posible que tengan también una situación familiar, afectiva también estable, a más de un factor de mucho peso entre los migrantes: permanece bien nutrido y arraigado el sueño americano de tener la posibilidad de ser mejores personas y lograr mejoría general para sus familias. Ello puede contribuir mas no garantiza el

⁹⁶ Laurell, A. Cristina. 1990 p.152.

⁹⁷ Brodsky, C.M. 1977. pp.216-229. Citado por A. Cristina Laurell, 1990 p. 152.

mantener alejada a la depresión.

En segundo lugar, dado que entre los mexico-americanos con ingresos muy elevados hay una incidencia de depresión significativa, cabe considerar aquí la importancia que tiene en términos de prevención y resolución, el hecho de que al ser los únicos hombres mexico-americanos que se deprimen, aquellos con uno de los niveles más altos de ingresos; resulta una tarea fundamental indagar sus circunstancias, en busca de causas determinantes de su depresión. Son de resaltar tres condiciones de vida, sobre las cuales habría que poner atención en términos preventivos y resolutivos: 1) las diferencias de género que aún subsisten tanto en Estados Unidos como en México por lo que se refiere a la ocupación de puestos elevados en el sistema laboral, entre las que se observa mayor presencia de hombres que de mujeres, y que hacen recaer el peso de la manutención familiar con mayor rigor sobre el género masculino; lo cual tiende a causar mayor riesgo de estrés y desatención a aspectos de la vida diversos al laboral, tales como el social, recreativo o familiar. Desequilibrio que resulta propicio para la depresión; 2) otros rasgos del estilo de vida de muchos de los mexico-americanos de ingresos elevados, entiéndase profesionistas⁹⁸ de alto rendimiento al servicio de los grandes consorcios, del gobierno o de instituciones educativas, quienes por temporadas viven en soledad, separados de sus familias, las cuales por motivos varios destacando entre ellos las leyes migratorias, permanecen temporal o indefinidamente en México; situación que por las dificultades para resolver la situación migratoria de sus familiares más allegados; por la simple soledad, o aún

⁹⁸ Castaños-Lomnitz, Heriberta, (Coord), 2007.

más complejamente, por los trastornos que ésta ocasiona respecto de hábitos vitales como el descanso, la alimentación o la recreación, también puede propiciar la depresión y 3) Los Ciudadanos anglo sajones y negros van colocándose en los puestos más cómodos, con menores cargas de trabajo, y van quedando vacantes los puestos que implican mayores cargas de trabajo.

Relato 3.10.1

Contratación de talentos mexicanos

En Estados Unidos, cuando se trata de contratar a un empleado, los mexicanos en particular tienen fama de trabajadores. De que se esfuerzan mucho, cumplen, no violan las reglas. Son más cotizados que otros latinos, que los negros y que los asiáticos, para los empleos de todos los niveles. Si un mexicano llega a esferas de alto nivel docente, investigativo, o como empleado en general, por el simple hecho de ser mexicano tiene preferencia en la selección de personal. Aún ante los ciudadanos anglosajones y negros, que conocen mejor sus derechos, pueden ser más faltistas, tienden a caer en la comodidad, -no todos, eso sí- pero los mexicanos se han ganado la fama de tesoneros, perseverantes, acostumbrados a hacer sacrificios de horarios, o tareas extras, a prueba de adversidades. No está reglamentado pero se ha vuelto costumbre generalizada el ver así a los migrantes mexicanos profesionistas.

Viernes 1ro de junio de 2007.

Es así como la estratificación escalafonaria y la distribución del trabajo, en conjunción con las condiciones de ciudadanía, migratorias y de libre mercado para el trabajo (trabajar sin contrato, con modalidades como la de *free lanz* o la de quedar desempleado, con todas las consecuencias que implica: sin vivienda, sin seguro médico, en calidad de *homeless*⁹⁹), constituyen fuertes cargas que

⁹⁹ *Homeless*, término empleado para designar a las personas que por no tener empleo, se quedan sin vivienda, sin ingresos, sin seguro médico.

aunadas a alguna otra de las condiciones ya mencionadas, varias de ellas o todas; favorecen el desarrollo de la depresión.

Y en tercer lugar, los focos de atención para la superación y prevención del trastorno que nos ocupa, resultan tan importantes en los factores que señalan las demás variables aquí analizadas (situación de género, origen étnico, causas de la depresión, edad, escolaridad, estado civil y país de nacimiento), como en los casos de los bajos ingresos y el desempleo. Basta observar la siguiente cápsula como muestra de los incontables casos de esta compleja relación entre variantes del empleo, y depresión.

Palabras de Gabriele Muccino y James Lassiter, Director y Co-Productor de la película **The Pursuit of Happiness (En Busca de la Felicidad)**¹⁰⁰

Cuando la producción llegó a la Iglesia del Glide Memorial de San Francisco, donde estuvo el verdadero Chris Gardner, Gabriele supo que dar veracidad a esas escenas requería de algo inusual en una película:

Gabrielle Muccino: -“Le dije a mi primer asistente: Yo creo que la única manera de hacer esta película, es contratando verdaderas personas sin hogar, se ven distintos a todos los demás de esta ciudad.”

James Lassiter: -“Una semana después leía el diario y leí a un hombre [sin hogar] que estaba hablando de lo que le hizo a su autoestima estar actualmente empleado... y recibir un cheque... y el proceso de ir a cobrarlo... ¡Lo que eso le significó en confianza y autoestima!. Creo que ha sido probablemente lo mejor que hemos hecho al realizar esta película. ”.

¹⁰⁰ Muccino, Gabriele (Director), Lassiter, James (Co-productor) *Haciendo la búsqueda: una toma italiana de un sueño americano*, material extra en **The pursuit of happiness** (La búsqueda de la felicidad) Columbia Pictures Industries, 2006.

Por tanto es preciso actuar de una manera organizada, abarcar muchos campos de la sociedad y con un desempeño interdisciplinario.

“De una manera general, lo que se necesita es un cambio en el modo de vida antes que un comentario sobre él, que es todo lo que han logrado algunos métodos tradicionales de educación de la salud” (Mckeown, 1982: 122)

La presencia de depresión en los migrantes en general, se delimita por una problemática en la que no encuentran una congruencia entre sus metas, entre sus capacidades para lograrlas dentro del contexto de la sociedad receptora y las normas y condiciones de dicha sociedad: principalmente las metas de mexicano-americanos y otros hispanos de reunir un ingreso económico que les permita sobrevivir en un país con un costo de vida más elevado que en los países de origen y a la vez tener un excedente para mandar remesas a sus familias, por mencionar las metas económicas, sin que por ello tengan menor importancia otras metas psicosociales de los migrantes como las relacionadas con el sueño americano, entran en conflicto con las capacidades para su realización, por dificultades inherentes a la condición de migrante, como son la diferencia de idioma, las dificultades o imposibilidad de tener condiciones de vida (salud, vivienda, etc.) favorables; y en conflicto también con las normas que rigen desde el Estado hacia los migrantes indocumentados, en las que priva la clandestinidad y discriminación. En estos puntos puede encontrar mucha mejoría la situación de la depresión, en cambios que se esperan por parte del gobierno entrante de Barack Obama en las políticas públicas, al sistema de seguridad social y en materia de

reforma migratoria principalmente.

Habiendo identificado las tendencias de las condiciones de la depresión entre los mexico-americanos radicados en Estados Unidos, se perfila el reto de los futuros servicios de salud para la población, tal como lo plantea el enfoque preventivo de la teoría de la transición epidemiológica [Infante, 1994: 224].

En este sentido las organizaciones que atienden las necesidades de salud de los migrantes, podrán considerar la situación aquí presentada para realizar con mayor efectividad la equidad ante las diferencias social o económicamente existentes. Equidad en la respuesta social organizada, en el acceso considerando las variaciones de utilización basadas en diferencias sociales como el grado de escolaridad o de ingreso. Y equidad en la calidad de la atención, independientemente de las condiciones socioeconómicas personales o propias de grupo social (Infante, 1994: 225).

Muy importante es la fase preventiva considerando estos trastornos como parte de un proceso social, y la comprensión holística del trastorno que nos ocupa será fundamental para una mejor atención.

“Cuando menos tres pasos son necesarios: el fortalecimiento del papel médico en la medicina ambiental, con mejoras apropiadas en el entrenamiento, un acercamiento más coordinado a los diferentes peligros ambientales

(ocupacionales, domésticos, yatrogénicos¹⁰¹, etc.) tanto central como localmente; un ataque serio contra los riesgos asociados con la investigación y el tratamiento médicos (Mckeown, 1982: 124-125).

“El diálogo social es un medio eficaz para determinar medidas que permitan abordar esos problemas de seguridad y salud. Un ejemplo de esto es el acuerdo marco de 1998 establecido por el Comité Paritario de Servicios Postales, el cual procura prevenir los peligros relacionados con el trabajo y promover la seguridad y la salud mediante la mejora de los métodos de trabajo y la formación en lo relativo a la identificación y prevención de los riesgos y a la utilización de equipo adecuado, así como otras medidas de seguridad y salud”.

Considerando las causas de la depresión que se vinculan con las variables aquí analizadas, pueden ubicarse las de tipo inmediato y las de tipo estructural. Generalmente las políticas de prevención en materia de salud se aplican a las causas inmediatas (Menéndez E., 1990: 36-38)¹⁰², lo cual genera resultados relativos y no de fondo. Más allá de las políticas públicas, la orientación que la ciudadanía elija para su salud, con carácter individual o colectivo; independientemente de sus posibilidades y preferencias para solicitar asistencia médica; puede enfocarse en tres niveles que apunta McKinlay: la orientación desde la economía política, por lo que de manera estructural determina la depresión, la de la prevención de conductas de riesgo y la de la atención curativa (Mac Kinlay, 1981: 613-633).

Las causas estructurales pueden ser modificadas desde el nivel micro, en el que

¹⁰¹ Yatrología, del griego *iatros*, médico, y *logos*, tratado. Ciencia de la medicina. Yatrogénico, del ámbito de la ciencia médica.

¹⁰² Citado por Infante Castañeda, Claudia, **ibid. em.**

individuos aislados y en colectivos, al tener como meta tratamientos de curación y prevención llevan a cabo medidas que repercuten en los núcleos más amplios o de nivel macro. Medidas de corrección de ciertos hábitos de vida, buscando el restablecimiento del equilibrio entre mente, cuerpo y alma. En este tenor, destacan entre las casi infinitas posibilidades, el cultivar una mente virtuosa, restándole poder a la ignorancia.

“Cuando se dice que la mente ignorante es perversa o está en el error, se habla de la manera en que yerra a propósito de la realidad.” (Dalai Lama, 2001: 34)

La referencia a las casi infinitas posibilidades para restablecer el equilibrio entre mente, cuerpo y alma; a más de abarcar la variedad de disciplinas que a ello se dedican, citadas en el *Anexo 1. Recursos para la atención a enfermedades mentales como la depresión*; concierne al empoderamiento de los recursos ancestrales con que cuentan las comunidades transmigrantes.

Esto habrá de mejorar mucho los casos de depresión, considerando que los médicos egresados en su gran mayoría son absorbidos por la estructura hospitalaria predominantemente urbana (Infante, 1994: 221), a la cual no tienen acceso la mayoría de los migrantes. Esto enfoca la atención hacia una reorientación del médico, y hacia la atención de la salud en el medio rural.

Para ello la antropología médica tiene un camino andado dentro del cual se puede profundizar en futuras investigaciones, acerca del estudio de “creencias y prácticas relacionadas con la enfermedad y de los sistemas culturales y/o

ideológicos que operan a través de las prácticas de control de enfermedad” (Menéndez E, 1990: 27-36)¹⁰³.

Respecto de la orientación que la ciudadanía elija para su salud, con carácter individual o colectivo, es importante considerar el modo en que las personas con depresión perciben esta condición, y en consecuencia la forma en que busca atención.

“Diversos autores mencionan que entre el 30 y el 90% de los casos en los que se detecta un padecimiento nunca llegan a ser motivo de demanda de atención”¹⁰⁴

En torno a la forma como las personas viven y perciben sus enfermedades, valdrá la pena ahondar en la perspectiva del enfermo y de su familia, así como en la perspectiva del personal involucrado en la atención de salud.

Se ha hecho mucho, mas no suficiente énfasis en las campañas de divulgación para incrementar la participación de la población en la atención de sus enfermedades. Habría que considerar el fenómeno que de manera similar ocurre con los procesos electorales: cuando tras la insistencia institucional a que la ciudadanía participe en procesos que a ella no le interesan; es necesario dar cauce a las investigaciones en el sentido de los intereses o preferencias hacia donde apunta el sentir comunitario, para tener un nivel decoroso de efectividad en

¹⁰³ Citatdo por Infante Castañeda, Claudia. 1994 p. 214.

¹⁰⁴ Claudia Infante Castañeda retoma el concepto *iceberg* para denominar al conjunto de individuos que, percibiendo una necesidad de salud, acuden a los servicios. Dos fuentes resultan de interés al respecto: 1) Robinson D. 1973 pp. 31-33. Y 2) Wadsworth MEJ, **et. al**, 1971.

el diseño de programas de promoción, prevención, autocuidado y participación comunitaria.

Después están los casos que ni siquiera se detectan.

Sería importante explorar las manifestaciones de depresión a partir del estilo de vida, lo cual también contribuiría grandemente a esclarecer esta enfermedad, así como a redefinir los tratamientos y prevención.

El concepto de estilo de vida se ha explorado en Inglaterra desde el siglo antepasado (Cox, 1987)¹⁰⁵, y además de facilitar la articulación de interpretaciones materialistas y no materialistas, funge como vínculo de comprensión entre el universo gnoseológico de los conceptos *clases sociales* y *grupos intermedios* (étnicos, ocupacionales, de edad, etc.); y propicia la ubicación de las determinaciones últimas (Infante, 1994: 213).

Para definir las políticas de prevención, habrán de tomarse en cuenta las creencias y prácticas relacionadas con la enfermedad y los sistemas culturales y/o ideológicos que operan en las prácticas de control de la depresión, donde la antropología médica tiene ya un camino andado (Infante, 1994: 214).

Dado que se ha demostrado la baja participación de la población en la toma de decisiones preventivas ante la depresión, habrá que tomar en cuenta también

¹⁰⁵ Citado por Infante Castañeda, Claudia, 1994.

causas como falta de información sobre qué es depresión, a qué especialista acudir, falta de confianza en la medicina moderna (**ibid. em.:** 215) y las limitaciones de accesibilidad a los sistemas de seguridad médica.

Queda también para futuras investigaciones:

- Reconstruir las estrategias de atención a los mexico-americanos que padecen depresión.
- Reconstruir la vida cotidiana en que se procesa dicho padecimiento de manera sincrónica y diacrónica.
- Elaborar un sistema completo de causalidad, a partir del diagnóstico y el análisis estadístico aquí presentados.
- Definir la problemática del padecimiento de la depresión que experimentan los mexico-americanos radicados en EEUU como proceso¹⁰⁶.
- Encontrar puntos de convergencia entre el saber popular y el saber médico en la atención con resultados favorables¹⁰⁷.
- Conciliar los enfoques de la socioantropología y de las ciencias médicas respecto de la carrera del paciente¹⁰⁸ mexicoamericano con depresión¹⁰⁹.

Todo lo cual contribuirá a comprender mejor y resolver con mayor aptitud el

¹⁰⁶ Bibeau, G. y Corin, E. aportan una vasta propuesta en torno al enfoque del padecimiento como proceso y la importancia de la causalidad. Ver: *Culturaliser l'épidémiologie psychiatrique. Les systèmes de signes, de sens et d'action en santé mentale*, 1995. Citado por Menéndez, L. 1998 p. 47.

¹⁰⁷ Ver los avances efectuados por Cooper, Lisa A. **et. al.** 2001.

¹⁰⁸ Menéndez, Eduardo L. cita una investigación en la que se propone el uso del concepto/instrumento *carrera del enfermo*: Becker 1963.

¹⁰⁹ Muy esclarecedores de los avances contemporáneos en materia de carrera del paciente con depresión, son los estudios de Cooper, Lisa A. **et. al.** 2000, 2003, 2006(1), 2006(2).

problema que nos ocupa.

BIBLIOGRAFÍA

- Apple, Dorrian (Editor) 1960. *Sociological studies of health and sickness. A source book for the health professions*. Cap. 9: Cultural components in responses to pain, pp. 118-133. Boston University. The Blakistom Division, McGraw Hill. 350 pp.
- Bastide, Roger 1979. *Sociología de las enfermedades mentales*. pp. 20-177. México: Siglo XXI, 364 pp.
- Becker, H. (1963)1971. *Los extraños. Sociología de la desviación*, Buenos Aires: Tiempo Contemporáneo.
- Bibeau, G. y Corin, E. 1995. Culturaliser l'épidemiologie psychiatrique. Les syst^emes de signes, de sens et d'action en santé mentale, en *La construction de l'anthropologie quebecoise. Melanges offerts á Marc-Adelard Tremblay*. Charest **et. al.** Sainte Foy: Les Presses de L'Université de Laval.
- Breilh, J. 1979. *Epidemiología: economía, medicina y política*. Quito: Universidad Central.
- Brodsky, C.M. 1977. Suicide attributed to work, *Suicide Life Threat Behavior*, vol. 7, núm.4, pp.216-229.
- Callaghan, Patrick y Khalil, Elizabeth B. (Investigación en proceso). *Pragmatic randomised controlled trial of a preferred intensity exercise programme to improve physiological and associated psychological, social and wellbeing outcomes of women living with depression*. University of Nottingham Carter.

- Cassano P, Fava M. 2002. Depression and public health, an overview. *Journal of Psychosomatic Research*, 53: 849-857.
- Cassel, J.C. 1976. The contribution of the social environment to host resistance, en *American Journal of Epidemiology*, num. 104.
- Castaños-Lomnitz, Heriberta, Coord. 2007. *La migración de talentos en México*. Porrúa- Instituto de Investigaciones Económicas, UNAM, Colecc. Jesús Silva Herzog.
- Charcot, Jean-Martin, *Lecciones sobre las enfermedades del sistema nervioso*. París: 1872-1883.
- Cisneros Puebla, César 2000, Schütz: de la tipificación cotidiana a la cuantificación empírica, en *Sociológica* 15 (43): pp. 59-86.
- Clark, Margaret 1959. *Health in the mexican-american culture. A community study*. pp. 183-211. University of California Press. Berkeley and Los Angeles, 253 pp.
- Cochran SV, Rabinowitz FE. 2000. *Men and Depression: clinical and empirical perspectives*. San Diego: Academic Press.
- Cooper, Lisa A. **et. al.** 2001. How important is intrinsic spirituality in depression care?, a comparison of white and african-american primary care patients, en *Journal of General Internal Medicine*. 16: 634-638.
- Cooper, Lisa A. **et. al.** 2003. The acceptability of treatment for depression among african-american, hispanic, and white primary care patients, en *Medical Care*, 41:479-498.
- Cooper, Lisa A. **et. al.** 2004. Disparities in care of depression among primary care patients, en *Journal of General Internal Medicine*. 19: 120-126.

- Cooper, Lisa A. **et. al.** 2006(1). Attitudes & illness factors associated with low perceived need for depression treatment among Young adults, en *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 41: 746-754.
- Cooper, Lisa A. **et. al.** 2006(2). Involvement in decision making is associated with improvement in depression, en *Medical Care*. 44: 398-405.
- Cooper, Lisa A., González, J.J., **et. al.** 2000. Primary care patients' opinions regarding the importance of various aspects of care for depression, en *General Hospital Psychiatry*, 22(3): 163-173.
- Cortés, Fernando y Rosa María Rubalcava 1987. Teoría, estadística e información en *Revista Mexicana de Sociología* 49 (1): pp. 353 - 365. México: IIS-UNAM.
- Cortés, Fernando 1997. Consideraciones epistemológicas sobre algunos temas de la estadística social: una mirada desde la epistemología genética en *Estudios Sociológicos* 15 (45): pp. 835 - 856.
- Cox B. **et.al.** 1990. Health and Life Style Survey: Preliminary Report. London, Health Promotion Research Trust, 1987, in: Townsend P., Davidson N. Whitehad M., *Inequalities in Health (The Black Report and The Health Divide)*. Londres: Penguin Books.
- Cyranowski JM, Frank E, Young E, Shear MK 2000. Adolescent onset of the gender difference in lifetime rates of major depression, en *Archives of General Psychiatry*, 57: 21-27.
- Dalai Lama, Acharya Kamalashila, **et. al.** 2001. ¿Qué es la mente?, en *La meditación paso a paso*. Barcelona: Grijalbo. 209pp.
- Dasgupta, Partha e Ismael Serageldin 2000. *Social capital: a multifaceted*

perspective. Washington D.C.: Banco Mundial.

De Almeida-Filho, Naomar 2000. *La ciencia tímida. Ensayos de deconstrucción de la epidemiología*. Buenos Aires: Lugar Editorial, 327 pp.

De la Garza Toledo, Enrique 1987. Medición, cuantificación y reconstrucción de la realidad, en *Revista Mexicana de Sociología "Método y teoría del conocimiento, un debate"*. México: IIS-UNAM, 1, pp. 281-305.

De Oliveira, Orlandina y Brígida García 1987. Encuestas ¿hasta dónde? en *Revista Mexicana de Sociología* 49 (1): pp. 335-352. México: IIS-UNAM.

Devane CL, Chiao E, Franklin M, Kruep EJ 2005. Anxiety disorders in the 21st century: status, challenges, opportunities, and comorbidity with depression. *American Journal of Managed Care*, Oct; 11 (Supl. 12): S344-353.

Durkheim (1897)1965. *El suicidio. Estudio de sociología*. Buenos Aires: Schapire.

Foucault, Michel 1991. *El nacimiento de la clínica: una mirada arqueológica de la mirada médica*. México: Siglo XXI, 293 pp.

Foucault, Michel 1992. *Enfermedad mental y personalidad*. México: Paidós, 1992. 122 pp.

Freud, Gisèle 2001. *La fotografía como documento social*. Barcelona: Ed. Gustavo Gilli S.A., 207 pp.

Gallo JJ, Rabins PV 1999. Depression without sadness: alternative presentations of depression in late life. *American Family Physician*, 60(3): 820-826.

Girola, Lidia 2000. Schütz y la pérdida de la inocencia en el análisis sociológico, en *Sociológica* 15 (43): pp. 35-58.

Gorz, André. (1973)1977 *Crítica de la división del trabajo*. Barcelona: Laia, 1977.

319 pp.

Greer Joseph (estudio en proceso). **et. al.** *Brief Cognitive and Behavioral Therapy details as provided by National Cancer Institute, Massachusetts General Hospital.*

Hernández Sánchez, Laura Yssel 2003. *Prisiones Invisibles. Reportaje sobre el trastorno y crisis de ansiedad.* Tesis de licenciatura en Ciencias de la Comunicación. México: FCPyS, UNAM, 100 pp.

Hollingshead, August de Belmont y Redlich, Frederick 1958. *Social class and mental illness: a community study*, NY: Wiley 442 pp.

Illsey R. 1975. Promotion to Observer Status. *Social Science & Medicine*. 9(2): 63 – 68.

Jefferys M. *Doctors Orders. The Past. Present and Future of Medical Sociology.* London, 1980. Mimeo. P.1. Citado por Infante Castañeda, Claudia 1994.

Infante Castañeda, Claudia 1994. El enfoque sociológico en el estudio de la prevención de los problemas de salud en *Acta Sociológica* 11, pp. 203 - 226.

Janis J **et. al.** *Evaluation of a Multi-Component Yoga intervention as adjunct to psychiatric treatment for Vietnam veterans with posttraumatic stress disorder: a randomized Controlled Trial.* University of Queensland. 2007. (Investigación en proceso).

Joan EB **et. al.** (investigación en proceso). *Effects of Mindfulness and Yoga on Heart Rate Variability and Immune Markers* The Cleveland Clinic.

Katon W, Ciechanowski P. 2002. Impact of mayor depression on chronic medical illnes. *Journal of Psychosomatic Research*, 53: 859-863.

- Kiecolt-Glaser, Janice (investigación en proceso). *Hatha Yoga in Improving physical activity, inflammation, fatigue, and distress in postmenopausal breast cancer survivors*. Arthur G. James Cancer Hospital & Richard J. Solove Research Institute.
- Kroeger, A. (Comp.) 1991. *Malaria y leishmaniasis en Ecuador. Un estudio interdisciplinario*. Quito: Ediciones ABIA-YALA.
- Kroeger, A. **et. al.** 1989. *Materiales de enseñanza sobre el uso de la epidemiología en la atención de salud a nivel de sistemas locales de salud (Silos)*, Universidad de Heidelberg-OMS.
- Laurell, A. Cristina y Noriega, M. 1987. *Trabajo y salud en SICARTSA*, México: SITUAM.
- Laurell, A. Cristina 1990. El desgaste obrero: desarrollo teórico y avances empíricos, en: *Salud y crisis en México. Textos para un debate*. Almada Bay, Ignacio (coord.), pp. 117-157 México: Siglo XXI-CIIH UNAM, 393 pp.
- Laurell, A. Cristina 1987. El estudio del proceso de trabajo y salud: análisis crítico de tres propuestas metodológicas, en *Revista Mexicana de Sociología*, Año XLIX, Vol. XLIX, # 1, pp. 191-211.
- Lemkau, Paul 1958. *Higiene mental*. México: FCE. 394 pp.
- Lewis-Fernández, Roberto **et. al.** (Investigación en proceso). *Culturally congruent care for hispanic outpatients with major depressive disorder*, New York State Psychiatric Institute-National Institute of Mental Health.
- Mac Kinlay J. 1981. A case for refocusing Upstream: the Political Economy of Illness, en: *The Sociology of Health and Illness*, Conrad P., Kern R.

(eds.) New York: St. Martin's Press, pp. 613-633.

Mac Kinlay, 1982. En favor de un nuevo enfoque hacia arriba: la economía política de la enfermedad, en *Pacientes, médicos y sociedad*, Jaco, E.G. (ed.), México: IMSS.

Martiny Martiny, Klaus (investigación en proceso). **et. al. The CHRONOS Study: Can the sleep-deprivation induced Antidepressive Effect in patients with major depression be sustained by correction of diurnal rhythms, long term light treatment and duloxetine treatment?** Dinamarca: Hillerod Hospital.

Masters, William y Virginia Johnson 1987. *Sexualidad Humana*. Barcelona: Grijalbo.

Mckeown, Thomas 1981. *Introducción a la medicina social*. pp. 196-198. México: Siglo XXI, 365pp.

Mckeown, Thomas, 1982. *El papel de la medicina: ¿sueño, espejismo o némesis?* México: Siglo XXI. 187 pp.

Méndez Rodríguez, Alejandro 2007. ¿Emigrar para volver?: de la asimilación al transnacionalismo en *Problemas del Desarrollo, Revista Latinoamericana de Economía* 38 (148), pp. 99 - 126.

Menéndez, Eduardo 1990. Antropología médica, orientaciones, desigualdades y transacciones. México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en *Antropología Social/Cuadernos de la Casa Chata*, pp. 36-38.

Menéndez, Eduardo 1998. Estilos de vida, riesgos y construcción social. Conceptos similares y significados diferentes, en *Estudios*

Sociológicos XVI: 46. PP. 37-67.

Mustian, Karen M. (investigación en proceso). *Yoga in treating sleep disturbance in cancer survivors*. University of Rochester-National Cancer Institute.

Navarro, Vicente 1978. *La medicina bajo el capitalismo*. Barcelona: Crítica.

National Health And Nutrition Examination Survey 2007. U.S. Department of Health and Human Services.

National Institute of Mental Health 2007. *Depression*. U.S. Department of Health and Human Services. 24 pp.

Organización Internacional del Trabajo 2002. *Informe para el debate de la Reunión tripartita sobre empleo, empleabilidad e igualdad de oportunidades en los servicios de correos y telecomunicaciones*. Organización Internacional del Trabajo Ginebra, Programa de Actividades Sectoriales. 13-17 de mayo. TMPTS/2002.

Pollack W. 1998. Mourning, Melancholia and masculinity: recognizing and treating depression in men, en: *New Psychotherapy for Men*. Pollack W., Levant R, (eds.) Nueva York: Wiley, 147-166.

Prada, Raúl 1987. Epistemología del dato, en *Rev. Mexicana de Sociología* "Método y teoría del conocimiento. Un debate" México: IIS-UNAM, 1. Pp. 307-334.

Presser, Harriet 2000. Demografía, feminismo y nexo entre ciencia y política. *Revista Mexicana de Sociología* 61 (1): pp. 3-44.

Ramírez Morales, Axel 2009. Chicanos y migrantes: la salud mental en la obra de Ari Kiev, en *Educación y salud en los migrantes México-Estados Unidos*, Campos y Covarrubias, Guillermo. México: Porrúa-ENEO UNAM. 259 pp.

pp. 117-124.

Ravindran, Arun (investigación en proceso). *Sudarshan Kriya Yoga in unipolar and bipolar disorders*. Center for Addiction and Mental Health.

Regier DA, Rae DS, Narrow WE, Kaebler CT, Schatzberg AF 1998. Prevalence of anxiety disorders and their comorbidity with mood and addictive disorders. *British Journal of Psychiatry*, 173 (Supl. 34): 24-28.

Renaud, M. 1992. De la epidemiología social a la sociología de la prevención: 15 años de investigación sobre la etiología social de la enfermedad, en *Cuadernos Médico-Sociales*, núm. 60.

Robinson D. 1973. The clinical Iceberg, en *Patients, Practitioners and Medical Care*, Robinson, D., London, William Heinemann Medical Books. pp. 31-33.

Rodríguez, Raymundo y Marion Tolbert Coleman 1987. The mental health issues of the Mexican origin population in Texas, Overview, *Proceedings of the Fifth Robert Lee Sutherland Seminar in Mental Health*, Hogg Foundation for Mental Health.

Rubinow DR, Schmidt PJ, Roca CA 1998. Estrogen-serotonin interactions: implications for affective regulation. *Biological Psychiatry*, 44(9): 893-850.

Secretaría de Salud-Universidad de California-Fundación The California Endowment 2007. *Migración, salud y trabajo. Datos frente a los mitos*. México-EEUU. 32 pp.

Shaffer D, **et. al.** 1996. Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. *Archives of General Psychiatry*, 53(4): 339-348.

Swami B.A. Paramadvaiti, *La enfermedad del siglo: depresión*. Colección

Sabiduría Védica. www.sabiduriavedica.org

- Terris, Milton 1980. *La revolución epidemiológica y la medicina social*. pp. 23 – 70.
México: Siglo XXI, 255pp.
- Terris, Milton 1988. *Comentarios*, en Buck, C. **et. al.** *El desafío de la epidemiología. Problemas y lecturas seleccionadas*, Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, núm. 505.
- Thase ME, **et. al.** 2007. Cognitive Therapy as a Second-step Treatment: a STAR*D Report. *American Journal of Psychiatry*, 164.
- Tyroler HA. Cassel, J. 1964. Health Consequences of Culture Change II, *Journal of Chronic Disease*, 17: 167-177.
- Valadez Pérez, Fernando 2009. *Diplomado Atención Psicológica a Migrantes*. México: Universidad Intercontinental.
- Vallentin Bjorn Boisen, Susann 2009. *Redes sociales y redes laborales trans-regionales del sur de Veracruz a la frontera norte*. Ponencia en: Re-encuentro chicano 2009. Centro de Investigaciones sobre América del Norte UNAM-Seminario Permanente de Estudios Chicanos y de Fronteras DEAS INAH-Proyecto CaliforniaMéxico de la Universidad Estatal de California Long Beach.
- Vicens, Jesús 1995. *El valor de la salud. Una reflexión sociológica sobre la calidad de vida*. Madrid: S. XXI. 206 pp.
- Wadsworth MEJ, Butterfield WJ, Blanley R. 1971. *Health and Sickness: The Choice of Treatment*, Londres: Tavistock Publications.
- Wall, WD 1966. *Educación y salud mental*. Madrid: Aguilar. 426 pp.
- Weissman MM, **et. al.** 1999. Depressed adolescents grown up. *Journal of the American Medical Association*, 281(18): 1701-1713.

- Young, A. 1976. Some implications of medical beliefs and practices for social anthropology, *American Anthropologist*, vol. 78, núm. 1.
- Young, A. 1980. The discourse on stress and the reproduction to conventional knowledge, *Social Science and Medicine*, Núm. 14.
- Zarza-Arizmendi, María Dolores 2009. Migración y salud en *Educación y salud en los migrantes México-Estados Unidos* Campos y Covarrubias, Guillermo. México: Porrúa-ENEO UNAM. 259 pp. pp. 243-253.
- Zermeño, Sergio 1991. Desidentidad y desorden: México en el Libre Comercio y la economía global, en *Revista Mexicana de Sociología* 53 (3): pp. 15 - 61.
- Zlotnick, Caron (Investigación en proceso). **et. al.** *Intervention for low-income pregnant women with partner abuse*. Butler Hospital-National Institute of Mental Health.

SOFTWARE

- Microsoft Excel. Office Home and Student 2007.
- Microsoft Word. Office Home and Student 2007.
- SAS, Versión 9.1.2 (Cary, North Carolina, USA)

FILMOGRAFÍA

La búsqueda de la felicidad (The pursuit of happiness) Gabriele Muccino (Director), Will Smith y James Lassiter (Productores). Columbia Pictures Industries, 2006. 117 min.

Y tú, ¿qué bleep sabes? (What the bleep do we know?) Betsy Chasse, Mark Vicente y William Arntz (Dirección y Producción), Lightning Entertainment, 2004. 108 min.

ANEXOS

Anexo 1

Recursos para la atención a enfermedades mentales como la depresión

A continuación se presenta a modo de ejemplo, una muestra de investigaciones, alternativas y centros de atención que diversifican la consideración sociológica en torno a los trastornos mentales.

Asimismo, a través de la internet quienes padecen depresión pueden encontrar espacios propios de expresión e intercambio de opiniones y experiencias.

Tal como se explica en el Apartado 1.3 Acerca de la depresión, la principal recomendación para ayudar a una persona deprimida o ayudarse a sí mismo estando deprimido, es consultar a un médico o a un psicólogo.

Las investigaciones sobre terapias alternativas para el tratamiento de la depresión aquí reseñadas siguen una metodología científica para corroborar su efectividad y la mayoría de ellas se encuentra en proceso.

Las terapias o apoyos complementarios para el tratamiento de la depresión presentados a continuación, han facilitado en algunos casos resultados **empíricos** positivos. Para el *corpus* científico ortodoxo pueden no tener validez, aunque es de hacer notar que como se muestra a continuación, se investigan más terapias alternativas de lo que se cree.

Sin embargo, si para los sujetos que padecen el trastorno y los seres que los rodean -es decir los grupos, colectivos o comunidades y finalmente sociedades-

los resultados de estas terapias les representan un cambio para bien, entonces este cambio es a su vez tanto un proceso que va de lo individual a lo colectivo y de lo empírico a lo teórico, como una muestra de cómo se puede retomar dicha relación individuo-colectivo cual fractal para entender mejor el fenómeno de la depresión, por tanto constituye un fenómeno nada desdeñable para la sociología¹¹⁰.

“La cuestión fundamental de la epidemiología del modo de vida (...) se trata de problematizar la incorporación de significado y sentido al riesgo, sus factores y sus efectos sobre los procesos de reproducción social. Esto implica abrir la Epidemiología al estudio no solamente de las situaciones de salud sino también de las representaciones de salud y sus determinaciones, en el mundo de la vida, en la cotidianeidad, en los modos de vida, a través del concepto particular de *prácticas de salud*” (De Almeida-Filho, 2000 p. 167).

Además, la cada vez más difundida práctica de las disciplinas que dan sustento a estas terapias complementarias o apoyos, constituye un referente para contribuir al conocimiento de la *carrera del enfermo* (Cooper, 2006(2), Menéndez, 1990), y en consecuencia para perfilar con mayor claridad la epidemiología del modo de vida de quienes sufren depresión. Modo de vida ligado de manera elemental a la ideología, tal como lo señala Naomar De Almeida-Filho evocando palabras de Mario Testa, sanitarista y pensador argentino:

“Sus raíces [de la ideología] –como señalamos con frecuencia- son míticas, religiosas o históricas (...) pero cualquiera sea su valor de verdad, fundamentan el ‘saber hacer’ que se encuentra en las prácticas cotidianas (que incluyen) las que realizamos todos los días de nuestras vidas que conforman las actividades que podemos llamar legítimamente culturales” (Testa, 1997: 65)¹¹¹

Finalmente, los centros de atención mencionados dan esas terapias o apoyos para

¹¹⁰ Movilidad para la integración analítica a la cual hace referencia Naomar De Almeida-Filho 2000 p. 155 junto con Breilh 1995, 1997. mediante la alusión al potencial de la *geometría fractal*.

¹¹¹ Citado por De Almeida-Filho, 2000: 172.

contribuir a superar la depresión y constituyen una simple referencia, pues si bien pueden ser espacios serios, comprometidos y congruentes con sus propósitos, lo cual allana la brecha hacia una nueva epidemiología de depresión; quien suscribe desconoce y no se hace responsable de la ética profesional de dichos centros.

Terapia Cognitiva

- **En un segundo intento de tratar la depresión, la Terapia Cognitiva generalmente es tan efectiva como la medicación** (Thase, 2007: 164).

En este tipo de psicoterapia en la que la persona trabaja para entender las distorsiones del pensamiento y aprender nuevas maneras de captar los mensajes, entre el 23 y el 25% de los participantes quedaron libres de los síntomas y la reincidencia demoró más tiempo. Quienes alternaron esta terapia con medicación, prescindieron de los efectos colaterales que experimentaron quienes alternaron un medicamento con otro.

- **Terapia Cognitiva y de la Conducta, o cuidados comunes en pacientes con cáncer avanzado gastrointestinal o cáncer de pulmón¹¹²**. En este estudio se cuenta con la participación de pacientes con distintas condiciones médicas, entre ellas depresión, y se espera determinar la dimensión de las modificaciones en la ansiedad, depresión, calidad de vida y daño funcional obtenidas a partir de la terapia cognitiva y de la conducta en pacientes con estos dos tipos de cáncer. Asimismo se espera desarrollar y examinar la viabilidad y aceptación de los pacientes para este tipo de terapias “que restablecen la calidad de vida”. Se esperan resultados

¹¹² Greer Joseph PhD. (estudio en proceso).

preliminares para marzo de 2009.

Terapia cronobiológica

- **Cronos: El uso de Tratamiento Cronobiológico en Depresión¹¹³.** Se pretende observar los cambios en trastornos del sueño en pacientes con depresión mayor mediante el uso de tres herramientas de control, durante 29 semanas de corrección de los ritmos circadianos, mayor exposición a luz de día y tratamiento de duloxetina. Resultados preliminares: diciembre 2008.

Terapia Magnética Transcraneal

[TERAPIA MAGNETICA TRANSCRANEAL \(TMS y rTMS \)](#) File Format: Microsoft Word - [View as HTML](#) de pacientes depresivos con que cuenta la República Argentina. Rozados@ciudad.com.ar. INSTITUTO DE **BIOPSIQUIATRIA** - Prof. Dr. Ricardo Rozados -1999-2000.
[www.psicomag.com/prensa/INTERNACIONAL/ESPANOL/Copia%20de%20seguridad%20de%20TERAPIA%20%20%20%20%20MAGN...](#) [REVER - N. 2 - Ano 6 - 2006] Texto - [Bettina E. Schmidt](#) In 1911 he founded the **Escuela** Magnético Espiritual de la Comuna "Algunas observaciones sobre el espiritismo y las **enfermedades mentales** entre ... [www.pucsp.br/rever/rv2_2006/t_schmidt.htm](#) - 78k. [The Power of the Spirits: The Formation of Identity based on ...](#) File Format: PDF/Adobe Acrobat - [View as HTML](#) In 1911 he founded the **Escuela** Magnético Espiritual de la Comuna espiritismo y las **enfermedades mentales** entre puertorriqueños de clase baja. ... [www.pucsp.br/rever/rv2_2006/p_schmidt.pdf](#)

Logoterapia

[Trabajos de Filosofía y Ciencia - pág. 9](#) Logoterapia. Cura de **enfermedades mentales**. Campos de concentración - 11 págs. ... **Escuela de Frankfurt**. Nihilismo. Crítica sociedad de consumo. Rebeldía ... [apuntes.rincondelvago.com/trabajos_global/filosofia_ciencia/9/](#) - 67k

Bioenergética

[FEDERACION EUROPEA DE PSICOTERAPIA- ANALISIS BIOENERGETICO](#)
File Format: PDF/Adobe Acrobat - [View as HTML](#) todas las **escuelas** de psicoterapia corporal. Sin

¹¹³ Martiny Martiny, Klaus. et. al. **The CRONOS Study: Can the sleep-deprivation induced Antidepressive Effect in patients with major depression be sustained by correction of diurnal rhythms, long term light treatment and duloxetine treatment?** Hillerød Hospital, Denmark (investigación en proceso).

embargo, este principio no puede ... que las perturbaciones neuróticas y las **enfermedades mentales** deben ... www.bioenergeticanalysis.net/EFBAP15.pdf
Musicoterapia

[El Waqf en el Islam. La generosidad organizada para el bien social.](#)

Los enfermos **mentales** eran curados usando música. (12) Se sabe que se usaban diferentes tonos musicales según requerían las diferentes **enfermedades mentales** ...
dinarydirham.com/Textos/Awqaf/Portada_Awqaf.htm - 76k

Delfinoterapia

<http://www.terapiacondelfines.com.mz> (Hernández, 2003: 89)

Terapia de renacimiento

[Ilios Books Foundation](#) Books-> (42) Holistic health (18) Literature, Speech, & Drama ... "One of the most comprehensive overviews of the development of **breathwork** in the ...
www.iliosbooks.com/shop/product_info.php?cPath=24&products_id=262&osCsId=989b225355a1b1e9a49fa1d7... - 25k - Supplemental Result

[WYKŁAD: Świadomy poród](#) Praktyk Integracji Oddech (Międzynarodowy Certyfikat IAP), członek The International **Breathwork Foundation** (Międzynarodowej Fundacji Pracy z Oddechem), ...
www.dojrzewalnia.pl/oferta/progressteron-lublin/wpikp.html - 4k - Supplemental Result -

[Lifelines](#) File Format: PDF/Adobe Acrobat - [View as HTML](#)

Diamond **Foundation**. Feeling gratitude and not pranayam (**breathwork**) active kriyas (a set of exercises for a desired outcome), deep ...
www.friendsforlife.ca/images/Lifelines_Winter07_Fin_000.pdf -

[Psychotherapie in Wien .. aber was gibt's noch im Web ...](#) Transpersonale Psychologie und Psychotherapie · Holotropic **Breathwork** and Psychedelic Drugs · Association of Transpersonal Therapy ... www.psychotherapiepraxis.at/psychotherapie_websites.phtml - 83k -

[08 cultura br br email arvores arvores http www apoio mascote ...](#)

... paraumavida dadesgracados amidos **foundation** misturado trasnsformacionais
holotropic **breathwork breathwork breathwork breathwork** 03_lazer grupo sao ...
www.gia.ist.utl.pt/~acardoso/datasets/cade-train-stemmed.txt

Retiro por un ambiente a salvo (ROSE por sus siglas en inglés)

- **Programa de Tratamiento Interpersonal para prevenir la depresión y el trastorno de estrés post-traumático en mujeres de bajos recursos embarazadas con compañero abusivo o violento¹¹⁴.** Mediante un grupo

¹¹⁴ Zlotnick, Caron PhD. **et. al.** (Investigación en proceso).

de mujeres en esta condición participando en el programa de retiro por un ambiente a salvo (ROSE: Reach Out for a Safe Environment) y otro grupo de control recibiendo tratamiento común para la depresión, y aplicando seis herramientas de medición, se espera evaluar la efectividad del programa en la prevención de la depresión en las participantes. Tal programa ROSE consiste en un curso para el manejo del estrés, y sentimientos negativos y para aprender cómo acceder a fuentes de ayuda. Cuatro sesiones grupales de 90 minutos cada una en un periodo previo al parto, durante 4 semanas. Y una sesión de 50 minutos para el impulso de la confianza dentro de las cuatro semanas antes del parto. Resultados preliminares: Diciembre 2008.

Cuidados basados en la identidad cultural

- **Efectividad de los cuidados basados en la identidad cultural para el tratamiento de hispanos con trastorno de depresión mayor¹¹⁵.** Se proyecta una intervención en el comportamiento para la evaluación y tratamiento de la depresión mayor en hispanos, mediante varias fases de convivencia con familiares, entrevistas y pláticas hablando en español acerca de la identidad como hispanos, teniendo en consideración varios aspectos de la identidad como las prácticas tradicionales y/o religiosas de ayuda.

Ejercicio

- **Promoviendo el bienestar de mujeres con depresión: Un estudio pragmático aleatorio controlado de un programa de ejercicio¹¹⁶.** Mediante la comparación de dos grupos de mujeres con depresión, uno con ejercicio asistido con soporte psicosocial y el otro de control, con ejercicio prescrito de manera tradicional, se pretende indagar si esta modalidad de ejercicio es más efectiva y ayuda mejor a sentirse bien de ánimo, de salud física y en la convivencia social.

¹¹⁵ Lewis-Fernández, Roberto **et. al.** (Investigación en proceso).

¹¹⁶ Callaghan, Patrick y Khalil, Elizabeth B. (Investigación en proceso).

Yoga

- **Estado mental, Yoga y enfermedades cardiovasculares**¹¹⁷. Mediante una práctica del estado mental meditativo, yoga, relajación y educación en salud, prolongada por 26 semanas, se espera ver los cambios en marcadores inflamatorios de pacientes con condiciones médicas de enfermedades cardiovasculares, depresión, ansiedad y estrés. Resultados preliminares: agosto de 2009.

[Ansiedad y Depresión, como puede ayudarte el Yoga \(I\) « www ...](#)

Por supuesto que el **yoga** te puede ayudar con los problemas de ansiedad y **depresión** y te remito a un artículo publicado en la revista Diario Médico.com ...

universoyoga.wordpress.com/2006/11/22/ansiedad-y-depresion-como-puede-ayudarte-el-yoga-i/ - 21k - [[More results from universoyoga.wordpress.com](#)]

[Yoga información calificada. Filosofía oriental, Yoga y Tantra Yoga](#)

El **Yoga** y la **depresión** mental Esta disciplina colabora positivamente en la recuperación de las personas con trastornos depresivos. ...

[yoga.galeriatantra.com.ar/](#)

[PÁGINA DE TRATAMIENTOS NATURALES DE LA ANSIEDAD Y DEPRESIÓN ...](#)

Atención psicológica para adultos y adolescentes: **depresión**, ansiedad, ... combinando la psicoterapia y otras técnicas como el **yoga** y el ayurveda. ...

[www.directoriowebz.com/paginaweb-tratamientos-naturales-de-la-ansiedad-y-depresion-enlaces-23465.html](#) - 24k

[Puestaldía en Psicología Clínica y de la Salud. Actualización 2007](#)

Ghoncheh, S., y Smith, J.C. (2004) Progressive muscle relaxation, **yoga** stretching, and ABC relaxation ... Programas de autoayuda en ansiedad y **depresión** ...

https://apliweb.uned.es/apc-puestaldia-psicologia-clinica-y-de-la-salud/2.0/pub_fondos2004.asp?selMenu=8 - 65k - [Cached](#) - [Similar pages](#)

[El yoga ayuda a combatir la depresión - WebSalud - Salud - Psiquiatría](#)

Los beneficios del **yoga** en el tratamiento de la **depresión** y en el control de las tensiones diarias ha sido demostrado en numerosas publicaciones. ...

[www.websalud.com/articulo.html?xref=20060221salwsdsa_3&type=Tes&anchor=wdsalpsi-demedicina](#) » [Yoga, posible ayuda contra la depresión](#)

Como ya expusieron nuestros compañeros de Depsicología en su artículo "Hacer **yoga** ayuda a luchar contra la **depresión** y la ansiedad" ...

[demedicina.com/el-yoga-tratamiento-contra-la-depresion/](#) - 20k

[Depresion: Sintomas y Tratamiento - UMHS Approved Clinical Care ...](#)

El aprendizaje de los métodos de relajación puede ayudar en la **depresión**, junto con los medicamentos y la psicoterapia. El **yoga** y la meditación también ...

[www.med.umich.edu/1libr/guides/depresss.htm](#) - 25k

[Medicina Natural y Tradicional - Infomed](#)

... contratiempos cotidianos hacen detonar las enfermedades y la **depresión**. ... La palabra sánscrita **yoga** significa unir, ligar y puede por extensión ...

[www.sld.cu/sitios/mednat/temas.php?idl=46&idv=1537](#) - 18k

¹¹⁷ Joan EB et. al. (investigación en proceso)

[Cuba vs. VIH: Mujeres y depresión](#)

Está claro que es importante que se diagnostique la **depresión y** que se trate lo ... La meditación, los masajes, el **yoga**, los ejercicios de respiración **y** ...
contraelsida.blogspot.com/2006/11/mujeres-y-depresin.html - 25k

[Yoga y psicoterapia, juntas contra el estrés y la ansiedad ...](#)

"Siempre he visto el **yoga** como una ciencia, porque sus actitudes **y** sus ... como la **depresión**, el trastorno bipolar o la esquizofrenia, las técnicas yóguicas ...
www.lanacion.com.ar/888170

[Relajacion « WordPress.com](#)

Ansiedad **y Depresión**, como puede ayudarte el **Yoga** (III) · Victoria Ambrós wrote 6 months ago : Cuando creas que sufres **depresión**, sobre todo acude a tu ...
it.wordpress.com/tag/relajacion/2/ - 31k

[Kent Hospital, Warwick, Rhode Island : Health Encyclopedia](#)

El cólico puede causar ansiedad **y depresión** en las madres. **Y** los periodos prolongados de [CNE Wellness Center] Dynamic Flow **Yoga** (INTERMEDIATE LEVEL) ...
www.kentri.org/body.cfm?id=199&chunkiid=125790 - 37k

[National Fibromyalgia Association](#)

Fibromialgia, Embarazo, **y** Estudio Científico " ... La Conexión Entre Fibromialgia **y Depresión** " Adaptive **Yoga**: It's What You Make of It " ...
www.fmaware.org/newsletter/archive2005.htm - 93k

[Psicólogos en España](#)

GRUPOS DE **YOGA** DESDE HACE 25 AÑOS. PSICOTERAPIA GESTALT **Y** PSICOTERAPIA BREVE ... Adicciones físicas **y** psicológicas. Estrés, ansiedad **y depresión**. ...
es.directoriokoala.com.ar/Profesionales/Psicologos/17-193-0.html - 49k

[Editorial Kier](#)

(recursos humanos) de las grandes empresas multinacionales sugieren a sus empleados que cuiden su alimentación, practiquen Hatha **Yoga y** mediten. ...
www.kier.com.ar/libros.php?id_libro=569 - 41k

[Imprimir Artículo :::earchivo de Prensa Gobierno de Mendoza:::](#)

Estrés, ansiedad **y depresión** causan estragos en las neuronas. La práctica de **yoga** activa sustancias que protegen las neuronas. ...
www.earchivo.mendoza.gov.ar/paraimprimir.php?idnota=19041 - 8k

[La Gaceta - Tucumán - Argentina](#)

Una investigación reveló que disciplinas como el tai chi, el pilates **y** el **yoga** ayudan a aliviar males como la hipertensión, la artritis **y** la **depresión**. ...
www.lagaceta.com.ar/vernotasup.asp?id_suplemento=1&id_nota_suplemento=8810 - 30k

[Maqueta Roche 4](#)

File Format: PDF/Adobe Acrobat - [View as HTML](#)

la mente **y** equilibrar el espíritu. **Yoga**, aromaterapia,. musicoterapia, Tai-Chi **y** Feng ... bien ayuda a combatir la **depresión y**. a equilibrar las emociones. ...
www.roche.com.ar/salud/oncologia/3.pdf

[PSICOLOGOS - MADRID, RECURSOS HUMANOS, COACHING](#)

Especialistas en trastornos de ansiedad, alimentación **y depresión**. ... terapias integrales **y** arteterapia (aula alhas: **yoga**, meditación, musicoterapia, ...
www.madridservicios.com/sectoreszonas/sectorescen/psicologos.htm - 47k

[Foro hispano de la IACM - Por el Dr. Franjo Grotenhermen](#)

Benzodicepinas: Puede incrementar la **depresión** respiratoria **y** de las ... que más me ha ayudado es el autocontrol para el dolor practicando **yoga y** tai-chi. ...
www.cannabis-med.org/spanish/forum/archive/index.php?t-32.html - 16k

[Medicina Natural y Tradicional - Infomed](#)

Los valores **y** aplicaciones de las técnicas del Hatha **Yoga**. ... Programa Nacional para Áreas Terapéuticas INDER "**Yoga y** Estrés" – Prof. ...
www.sld.cu/sitios/mednat/temas.php?idv=1200 - 17k

[UCLA Medical Center - International Relations Newsletter](#)

La mayoría de la gente prueba la meditación, **yoga** o Tai Chi por su cuenta, ... disminuir la ansiedad y la **depresión** y fortalecer el sistema inmunitario. ...

www2.healthcare.ucla.edu/international/newsletter/oct05esp.htm - 69k

[El Nuevo Diario - Managua, Nicaragua - Con Todo el Poder de la ...](#)

... ira, hostilidad y **depresión** son factores de riesgo para desarrollar una ... respiración y **yoga** son tan poderosos como un fármaco), regular tus horas de ...

www.elnuevodiario.com.ni/2007/06/08/suplemento/saludysexualidad/6001 - 20k

[Hacer yoga ayuda a luchar contra la depresión y la ansiedad](#)

Investigadores de la **Universidad** de Boston han descubierto que la práctica de **yoga** puede ... demedicina » **Yoga**, posible ayuda contra la **depresión** said, ...

depsicologia.com/hacer-yoga-ayuda-a-luchar-contra-la-depresion-y-la-ansiedad/ - 25k -

[Comments on: Hacer yoga ayuda a luchar contra la depresión y la ...](#)

By: demedicina » **Yoga**, posible ayuda contra la **depresión** ... luchar contra la **depresión** y la ansiedad” recientes investigaciones en la **Universidad** de Boston ...

depsicologia.com/hacer-yoga-ayuda-a-luchar-contra-la-depresion-y-la-ansiedad/feed/ - 3k

- [[More results from depsicologia.com](#)]

[Yoga contra la depresión](#)

Yoga contra la **depresión**. Juan Lara. **Yoga** Desde la **Universidad** de Boston llega un estudio en el que concluyen que la práctica de **yoga** eleva la producción de ...

www.vitonica.com/2007/06/08-yoga-contra-la-depresion - 59k - Jun 25, 2007 -

[demedicina » Yoga, posible ayuda contra la depresión](#)

recientes investigaciones en la **Universidad** de Boston y el Hospital McLean, ... El **yoga** ayuda a tratar la **depresión** y la ansiedad, desórdenes asociados a ...

demedicina.com/el-yoga-tratamiento-contra-la-depresion/ - 20k - [Cached](#) - [Similar pages](#)

[HaySalud - Artículos Especialistas](#)

Es pionero en la aplicación de técnicas psicofísicas de **Yoga** en fibromialgia, **depresión**, patologías vertebrales, estrés, psoriasis, alergias, asma, etc. ...

www.haysalud.com/mambo/index.php?option=com_content&task=category§ionid=1&id=52&Itemid=28 - 32k

[Consejos de salud Depresión: Parte 2 Lucinda K. Porter, Enfermera ...](#)

File Format: PDF/Adobe Acrobat - [View as HTML](#)

Algunos ejemplos son el **yoga**, la meditación, la visualización y las ... investigación clínica en Hepatología, Centro Médico de la **Universidad** de Stanford ...

www.hcvadvocate.org/pdf/Depresion_2.pdf

[Estres « WordPress.com](#)

Ansiedad y **Depresión**, como puede ayudarte el **Yoga** (III) ... catedrático en Psicología Cognitiva y del Trabajo de la **Universidad** de Maastricht, ...

es.wordpress.com/tag/estres/ - 34k

[El Yoga como Metodo Terapeutico](#)

EL **YOGA** COMO METODO TERAPEUTICO. Por: Joaquín Velázquez Alvarez, NMD, AMD, CPG Catedrático **Universidad** Interamericana DE P.R. Presidente Junta Examinadora ...

ponce.inter.edu/cai/reserva/jvelazquez/yoga.htm - 24k

[Las bondades del ejercicio](#)

Otros estudios, entre los cuales se encuentra el del Instituto Stress de la **Universidad** Roosevelt, en Chicago, concluyen que el **yoga** reduce el stress físico ...

www.buenasalud.com/lib/showdoc.cfm?LibCatID=-1&Search=salud%20mental&LibDocID=3321 - 34k

[Que es yoga](#)

Estudia medicina (**Universidad** Valencia) y psicología (UNED) organizando la ... psicofísicas de **Yoga** en fibromialgia, **depresión**, patologías vertebrales, ...

www.yoga-valencia.es/pages/quienes.html - 20k

[El Poder del Pensamiento Positivo: El optimismo y la fertilidad](#)

Otro estudio llevado a cabo en el **Universidad** de California, en San Diego, ... que el estrés y la **depresión** son las causas principales ocultas detrás de la ...

espanol.pregnancy-info.net/el_poder_del_pensamiento_positivo.html - 17k

[INTELIGENCIA EMOCIONAL Y YOGA](#)

Universidad Pedagógica Experimental Libertador, vicerrectorado de investigación y Postgrado. (1990). ¿Cómo relacionar la Inteligencia Emocional y el **Yoga**? ...

www.yogakai.com/inteligencia.htm - 22k

[INFOCOPONLINE - Revista de Psicología](#)

Por ello, nuestro equipo de la **Universidad** de las Islas Baleares ha ... sea consecuencia de la reducción en los índices de **Depresión** y Ansiedad, ...

www.infocop.es/view_article.asp?id=1424&cat=38 - 37k - Jun 26, 2007

[EL MUNDO | Suplemento nautica 19 - YOGA ENTRE REGATAS](#)

YOGA ENTRE REGATAS. El último fichaje del Desafío no navega, es profesor en Reducción de Estrés por la **Universidad** de Massachussets. Desde hace un mes, ...

www.elmundo.es/suplementos/nautica/2006/19/1142636405.html - 26k

[Noticias. El yoga puede ayudar a las personas con migraña](#)

... los síntomas de ansiedad y **depresión**, según informaron los investigadores, dirigidos por el doctor P.J. John, de la **Universidad** de Rajastán, en Jaipur. ...

www.cepvi.com/noticias/noticias90.shtml - 18k

[Calidad de vida El yoga eleva el ánimo durante la terapia en ...](#)

File Format: PDF/Adobe Acrobat - [View as HTML](#)

Universidad de Texas, en Houston. Según la literatura científica, el **yoga** ... encontró que el **yoga** tuviera un efecto positivo sobre la **depresión** o en la ...

www.universoyoga.com/.../Yoga%20para%20elevar%20el%20anim%20a%20pacientes%20de%20cancer%20de%20mama.pdf

[DIRECCIÓN DE EXTENSIÓN CULTURAL](#)

File Format: Microsoft Word - [View as HTML](#)

Aprender las técnicas de **yoga** que combaten el estrés con el fin de disminuir y evitar ...

Además prevenir la aparición de síntomas crónicos como: **depresión**, ...

www.upb.edu.co/pls/portal/url/ITEM/28476CEBFA015602E0440003BA8AE9C9

[La Coctelera » Tags » yoga](#)

tags tags: **yoga**, **depresion**, melancolia, ansiedad, resonancia, psicofarmacos ... En un estudio muy reciente de Steriani Elavsky (**Universidad** de Pennsylvania) ...

www.lacoctelera.com/tags/yoga - 30k

[tensión, Yoga y Musicoterapia \(Psicasonica\) en Español](#)

Hipnosis y sugerencia, Conferencia a la **Universidad** del Tiempo Libre de Tarbes,

Michel Weissel, Problemas tiroideos y tratamiento de la **depresión**, ...

auriol.free.fr/traduc/esp/index.htm - 95k -

[Terapia interpersonal, terapia social del ritmo interpersonal ...](#)

En ensayos en la **universidad** de Oxford IPT se ha encontrado para ser un alternativa ...

Extremidad de la **depresión**. El **yoga** es una combinación de ejercicios ...

www.depression-guide.com/lang/es/interpersonal-therapy.htm - 31k

[Cursos de Relajación en Valencia - SoloCursos.net](#)

Universidad de Valencia/Fundación **Universidad**-Empresa ADEIT la ansiedad, la **depresión** son las enfermedades más comunes del siglo xxi si eres uno de los ...

www.solocursos.net/relajacion_en_valencia-slcprov_key14260-51.htm - 64k

[Depresión y Estrés en las Fiestas de Fin de Año - The Body](#)

Yoga: Considerada como meditación en movimiento. Si no la practicas ya, ... Instituto Siquiátrico del Estado de Nueva York y la **Universidad** Columbia. ...

www.thebody.com/content/art30373.html - 28k

[Deporteyciencia | Anorexia](#)

Re:**depresión**, estrés y ansiedad y ejercicio físico ... tai-chi, **yoga**, y todo tipo de gimnasias suaves que conduzcan a la reducción de la tensión muscular, ...

www.deporteyciencia.com/article.pl?sid=04/03/05/206238&mode=nested - 29k

[Asociación Esclerosis Múltiple Perú](#)

I psicológicas: **depresión**, fobias, estrés, tensión, nerviosa, fatiga. **Yoga** y Esclerosis

Múltiple. Después de años de informes anecdóticos sobre los ...

www.esclerosismultipleperu.org/medicinaalternativa.htm - 27k

["LAS CONTRIBUCIONES DE LOS DISCAPACITADOS", eJournal USA ...](#)

Sanford recurrió al **yoga y** descubrió que las posturas le daban una sensación renovada de energía, una vibración en todo el cuerpo. En 1998 comenzó a adaptar ...

usinfo.state.gov/journals/itsv/1106/ijss/president.htm - 19k

[El PSITIO, espacio de Psicología. Patrocinado por la Sociedad ...](#)

Yoga y psicoterapia, juntas contra el estrés **y** la ansiedad ... como la **depresión**, el trastorno bipolar o la esquizofrenia, las técnicas yóguicas sólo las ...

www.elsitio.com.ar/Noticias/NoticiaMuestra.asp?id=1636 - 15k

[COLEGIO OFICIAL DE PSICOLOGOS DE LA RIOJA](#)

El trabajo con el cuerpo, la relajación, la respiración consciente, el **yoga y** todo tipo de técnicas corporales actualmente en auge son herramientas ...

www.copsrioja.org/articulos_interes/cuerpo_respuesta_2.htm - 28k

Otros tratamientos en proceso de investigación

Para tratar la depresión, actualmente se investiga de la misma manera la efectividad de tratamientos¹¹⁸ de comportamiento adicionales, a saber:

- Reparación cognitiva (cognitive remediation)
- Entrenamiento para el comportamiento en torno a la salud
- Conducción del caso individual
- Guía audiovisual
- Sesiones grupales de psico-educación
- Entrenamiento QPR (Question, Persuade, Refer)
- Tratamiento profiláctico combinado (médico-psicológico)
- Terapia centrada en el presente
- Terapia de rehabilitación
- Cuidado colaborativo
- Telemonitoreo
- Conducción telefónica y entrevista motivacional
- Terapia de pareja
- Terapia multifamiliar
- Seguimiento de complicaciones terapéuticas
- Conducción vía e-mail
- Llamadas telefónicas para recordar
- Terapia motivacional
- Terapia de solución de problemas

¹¹⁸ Fuente: <http://clinicaltrials.gov/ct2/results?recr=Open&Cond=%22Depression%22&pg=8>

- Biblioterapia
- Psicoterapia a distancia
- Intervención basada en el comportamiento dentro del hogar
- Mejoramiento de adherencia de oxígeno
- Educación sobre depresión/salud mental
- Programa de prevención postparto
- Escala Edinburg de depresión postnatal

Otro tipo de tratamientos para la depresión, también en proceso de investigación:

- Luz brillante-luz tenue
- Tai chi
- Imágenes con resonancia magnética
- Escritura expresiva
- Técnicas de libertad emocional
- Suplemento alimenticio Omega-3 Acidos grasos
- Terapia de ritmos interpersonal y social
- Terapia electro-convulsiva
- Acupuntura
- Masaje
- Ejercicio aeróbico
- Ejercicio físico controlado
- Ejercicio de bajo impacto
- Radiación-dopamina
- Neuroestimulador Medtronic Activa
- Estimulación epidural cortical

Anexo 2. Lineamientos del NHANES para análisis y reportes

ANALYTIC AND REPORTING GUIDELINES

The National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES)

Last Update: December, 2005

Last Correction, September, 2006

**National Center for Health Statistics
Centers for Disease Control and Prevention
Hyattsville, Maryland**

NHANES Analytic and Reporting Guidelines Introduction

This document presents analytic and reporting guidelines that should be used for NHANES data analyses and publications. It represents the latest information from the National Center for Health Statistics on recommended approaches for analysis of all NHANES data, but with a particular focus on data collected in the continuous NHANES (since 1999). Previous versions of NHANES analytic guidelines (the NHANES III analytic guidelines <http://www.cdc.gov/nchs/about/major/nhanes/nhanes3/nh3gui.pdf> and the NHANES 1999-2000 Addendum to the NHANES III Analytic Guidelines <http://www.cdc.gov/nchs/data/nhanes/guidelines1.pdf>) can still be used. These analytic guidelines will be modified and updated on a periodic basis as new information is acquired and as new statistical techniques for analysis of complex sample surveys are introduced. Users should regularly visit the NHANES website to see if a new version of these latest analytic guidelines has been released.

Summary recommendations

Following is the current list of analytic and reporting guidelines for NHANES public release data. Additional guidelines may be included on future updates as well as more detailed information and examples for some of the existing guidelines.

1. The first and over-riding analytic guideline is that the data user, prior to any analysis of the data, should read all relevant documentation for the survey and for the specific data items to be used in an analysis.

Many analytic problems and misinterpretation of the data can be avoided by reading the documentation, examining the data collection protocols and data collection instruments, and conducting preliminary descriptive evaluation of the data. The documentation will indicate how the data were collected, how the data are coded and the amount of missing data. The documentation will also indicate if a data item was collected on all or a sub-sample of sample persons, if it was collected on a limited age-range, or if exclusion criteria were applied for a specific examination component. Specific information on laboratory tests and quality control for these tests are available. For trend analysis, the current documentation can be compared with documentation

from past NHANES surveys to determine if a specific data item is comparable with a similar data item collected in previous surveys.

Data collected in NHANES comes from interviews, examinations, and laboratory tests based on blood and urine samples. There may also be measures taken in the home, such as dust or tap water collection. The source of a data item (interview, MEC, sera) is important for both assessment of quality of information and for determining the appropriate sampling weight to be used for producing statistical estimates.

As with any data set, NHANES data are subject to sampling and non-sampling errors (including measurement error). Interview (questionnaire) data are based on self-reports and are therefore subject to non-sampling errors such as recall problems, misunderstanding of the question, and a variety of other factors. Examination data and laboratory data are subject to measurement variation and possible examiner effects. The NHANES program maintains high standards to insure non-sampling and measurement errors are minimized. Prior to data collection, extensive protocols are developed and reviewed by the public health and scientific community. Prior to and during data collection, NHANES field staff participate in comprehensive training and annual refresher training for Interviewers and MEC staff. As data are processed, extensive quality control procedures are applied. Despite the rigorous quality control standards, estimates produced from any data set are subject to sampling and non-sampling variation and interpretation of analysis must proceed accordingly.

Data content and data collection protocols may change over time; this is another reason to read the documentation in order to understand any issues in comparability of data over time. Changes in methods may occur at any time and the user should not assume they have remained the same (especially in the continuous NHANES, conducted since 1999).

2. NHANES has changed from a periodic survey to a continuous survey and the release of public use data files (and their format) has changed as well.

In the past, NHANES surveys were conducted on a periodic basis and the data were released as single, multiyear data sets. For example, NHANES III covered the 6 calendar years 1988-1994 and is generally analyzed as one, 6-year survey. In addition, previous NHANES public use data files tended to be large and few in number. Since 1999, NHANES has been planned and conducted as a continuous annual survey. For a variety of reasons, including disclosure issues, the continuous NHANES survey data is released on public use data files in two-year increments (e.g. NHANES 1999-2000, NHANES 2001-2002, NHANES 2003-2004, etc.). Since the inception of the continuous NHANES, public use data files are released on an ongoing basis as many smaller component-specific data files. For a two-year analysis, sample size is smaller and the number of geographic units in the sample is more limited than, for example NHANES III. Sample size and statistical power consideration should be used to determine if a two-year sample is sufficient for a particular analysis or if 4 (or even 6) years of the survey need to be combined to produce statistically reliable analysis. This is addressed more fully later in this document.

3. Be aware of the complex survey design and sample weighting methodology.

NHANES is a complex sample survey. The overall sample design and weighting methodology has been similar over the history of the survey. The sample design and weighting methodology for NHANES 1999-2004 is very similar to past NHANES data releases. Primary Sampling Units are generally single counties, although small counties are sometimes combined to meet a minimum population size. In the years 1999-2001, NHANES was based on a design linked to the National Health Interview Survey (NHIS). The NHANES PSUs were a subset of the PSUs previously selected for the NHIS. An independent set of PSU's was selected for 2002-2006; the sampling frame for this design was all counties in the United States.

The additional stages of selection in the probability design for NHANES 1999-2004 remain very similar to past NHANES designs. Clusters of households are selected, each person in a selected households is screened for demographic characteristics, and one or more persons per household are selected for the sample. For NHANES 1999-2000, there were 12,160 persons selected for the sample, 9,965 of those were interviewed (81.9 percent) and 9,282 (76.3 percent) were examined in the MEC. For NHANES 2001-2002, there were 13,156 persons selected for the sample, 11,039 of those were interviewed (83.9 percent), and 10,477 (79.6 percent) were examined in the MEC. For NHANES 2003-2004, there were 12,761 persons selected for the sample, 10,122 of those were interviewed (79.3 percent) and 9,643 (75.6 percent) were examined in the MEC.

As with any complex probability sample, the sample design information should be explicitly used when producing statistical estimates or undertaking statistical analysis of the NHANES data. In particular, sample weights and the first stage of the cluster design need to be considered. The sampling weights provided must be used to produce unbiased national estimates. The sample weights for NHANES 2003-2004 reflect the unequal probabilities of selection, non-response adjustments and adjustments to independent population controls. The proper sample weight must be used. If only data from the Interviewed sample is used, then the appropriate SAS variable is WTINT2YR. If data from the MEC examination is used, then the appropriate SAS variable is WTMEC2YR.

Because NHANES is a complex probability sample, analytic approaches based on data from simple random sample are usually not appropriate. Ignoring the complex design can lead to biased estimates and overstated significance levels. ***Sample weights and the stratification and clustering of the design must be incorporated into an analysis to get proper estimates and standard errors of estimates.***

Data are sometimes collected on sub-samples of the full design for any NHANES survey. These data are available but public release of these files may lag behind the main data release for any two-year period due to extra time needed for processing and quality assurance review. In addition, each subsample involves another stage of selection and separate sample weights that account for that stage of selection and additional non-response. For analysis of subsample data, ***appropriate subsample weights must be used and they are included on any data file where relevant.***

4. Be aware of, and utilize, proper variance estimation procedures.

The procedure for variance estimation (sampling errors) is the same for 2003-2004 as for 2001-2002. This method creates Masked Variance Units (MVU's) which can be used as if they were stratified PSU's to estimate sampling errors (similar to past NHANES). The MVUs on the NHANES demographic data files are not the "true" design PSU's. They are a collection of secondary sampling units aggregated into groups (called Masked Variance Units) only for the purpose of variance estimation. They produce variance estimates that closely approximate the variances that would have been estimated using the "true" design structure. These MVU's have been created for each two-year cycle of NHANES and have been created in a way that allows them to be used for any combination of data cycles without recoding by the user.

For NHANES 2001-2002 and 2003-2004, the two-year weights and MVU's are provided on the demographic data file. For 1999-2000, the previously released demographic file has been updated to add the MVU's and four-year sample weights. **Only the period 1999-2002 will have a special four year sample weight.** (see section on how and when to combine years of data). At this time, the preferred approach for calculating sampling errors is to use the MVU's and to ignore the JK-1 technique that was utilized as an interim approach for the release of the NHANES 1999-2000 data.

The stratum variable is SDMVSTRA and the PSU variable is SDMVPSU. Software specific for survey data, such as SUDAAN, or software that has specific survey procedures, such as STATA and SAS, can be used to estimate sampling errors by the Taylor series (linearization) method. Typically, the data set should first be sorted by SDMVSTRA and SDMVPSU. For NHANES 1999-2000, SDMVSTRA is numbered 1-13; for NHANES 2001-2002, SDMVSTRA is numbered 14-28; and for NHANES 2003-2004 SDMVSTRA is numbered 29-43. Therefore, these files can be combined without any recoding of this variable. This procedure will also hold for combining NHANES 2001-2002 and 2003-2004 data files, as well as future two-year NHANES files. There are no replicate weights provided for NHANES 2003-2004. Replication techniques can still be used to estimate sampling errors if the software, such as WESVAR, computes its own set of replicate weights based on the nested MVU/PSU within stratum design.

Variance estimates for NHANES I, NHANES II, HHANES, and NHANES III utilized the true design PSU's. Pseudo strata and pseudo PSU variables were included on each public use data file for those surveys and the same software can be used to estimate sampling errors for each of those surveys.

5. In order to produce estimates with greater statistical reliability for demographic sub-domains and rare events, combining two or more 2-year cycles of the continuous NHANES is encouraged and strongly recommended.

For two-year cycles, the sample size may be too small to produce statistically reliable estimates for very detailed demographic sub-domains (e.g. sex-age-race/ethnicity groups) or for relatively rare events. The sample design for NHANES makes it possible to combine two or more “cycles” to increase the sample size and analytic options. Each two-year cycle and any combination of those two years cycles is a nationally representative sample.

When combining cycles of data, it is extremely important that (1) the user verify that data items collected in all combined years were comparable in wording and methods and (2) use a proper sampling weight. Beginning in 2003, the survey content for each two year period is held as constant as possible to be consistent with the data release cycle.

In the first four years of the continuous survey, this was not always the case, and some special data release and data access procedures had to be developed and used for selected survey content collected in “other than two-year” intervals (http://www.cdc.gov/nchs/data/nhanes/nhanes_release_policy.pdf).

6. The decision on how many years of NHANES data are required for a particular analysis can be summarized by the concept of minimum sample size required.

The minimum sample size is determined by the statistic to be estimated (e.g. mean, total, proportion...), the reliability criteria (e.g. 20 or 30 percent relative standard error), the Design Effect for the statistics (DEFF defined as the variance inflation factor), and the degrees of freedom for the standard error estimate. For example, consider the minimum sample size to estimate a 10 percent prevalence with relative standard error 30 percent or less, a survey DEFF of 1.5, and greater than 16 degrees of freedom for the standard error. The required minimum sample size is 150. Now consider the following simplified example (not real data).

Table 1. Sample Size by Data Cycle and Sub-domain

1999-2000	2001-2002	2003-2004	Combined 4 years	Combined 6 years
Total	210	210	420	630
Males	110	110	220	330
age < 40	60	60	120	180
age > 40	50	50	100	150
Females	100	100	200	300

Anexo 3. Datos primarios. Ejemplo

Después de haber programado en SAS para obtener la información deseada, al correr la primera hoja de trabajo, los datos primarios se despliegan como se muestra a continuación.

En el ejemplo aparecen los datos de salida de un programa elaborado para conocer la frecuencia, frecuencia con pesos, desviación estándar, porcentaje y error estándar del porcentaje; respecto de la relación entre el género, la causa general de depresión y cada grupo étnico.

El planteamiento inicial fue: ¿Cuántos hombres (RIAGENDR=1) se registraron en cada categoría de la clasificación de la depresión, en cada grupo étnico? El resultado está en la primera página. La segunda contiene la información respecto del género femenino (RIAGENDR=2)

La primera columna (RIDRETH1) de las siguientes dos páginas despliega los grupos étnicos (1. Mexico-Americanos, 2. Otros Hispanos, 3. Blancos No Hispanos, 4. Negros No Hispanos y 5. Otros).

La segunda columna (CIDDPRB) enlista las categorías de la clasificación de la depresión. Recuérdese¹¹⁹ que son cinco (1. No hay problema, 2. No es clínicamente significativa, 3. Medicamentos, drogas o alcohol, 4. Origen físico y 5. Síntoma psiquiátrico).

Las columnas tres a siete expresan los datos de salida resultantes de haber corrido el programa referente a las variables solicitadas.

¹¹⁹ Ver tabla en el *Apartado 2.1 El NHANES como base de datos*, Inciso j: Entrevista sobre Depresión.

RELACIÓN DE ILUSTRACIONES

CAPÍTULO 1. PLANTEAMIENTO TEÓRICO-CONCEPTUAL

Ilustración 1 Mural del Barrio Latino de Baltimore, MD	7
Ilustración 2. Escuela de Salud Pública de la Univ. Johns Hopkins	21
Ilustración 3. Diferencias culturales para la recreación	43
Ilustración 4. Espacio para la convivencia por tradición	59
Ilustración 5. Amigos ¡Pasen Adelante!	60
Ilustración 6. Tortillería y otros comercios	61
Ilustración 7. Sin fronteras	62
Ilustración 8. Paisanas	67
Ilustración 9. Club mexicano	68

Capítulo 2. El Sustrato en Gestación

Ilustración 10. Centros Móviles de Examinación del NHANES	78
---	----

Capítulo 3. Afrontan las Cifras al Mal del Siglo

Ilustración 11. Población común	130
Ilustración 12. Distintos grupos sociales	131
Ilustración 13. Hospital Johns Hopkins, Edificio Pionero	132
Ilustración 14. Hospital Johns Hopkins, Entrada Principal	142
Ilustración 15. Diversas instituciones de salud solicitan voluntarios	158

Ilustración 16. Se buscan voluntarios para investigaciones médicas	159
Ilustración 17. Jóvenes hispanas	164
Ilustración 18. En ambos grupos de edad se registra depresión	179
Ilustración 19. Secretario de Educación de Maryland, de origen latino	190
Ilustración 20. Trabajador inmigrante levantando escombros	200
Ilustración 21. Clásica fuente de trabajo	205
Ilustración 22. Los mexico-norteamericanos separados	230
Ilustración 23. Negros no hispanos separados, 51.2% deprimidos	231
Ilustración 24. Nacidos en México	238
Ilustración 25. Policía Montada	243
Ilustración 26. Camioneta para la investigación en calle con voluntarios	245
Ilustración 27. Proyecto Be Sure efectúa exámenes médicos	245

RELACIÓN DE TABLAS Y GRÁFICAS

Capítulo 2. El Sustrato en Gestación

Tabla 2.1.1 Preguntas y conteo de respuestas del cuestionario sobre depresión 86

Tabla 2.1.2 Preguntas y conteo de respuestas

del cuestionario sobre ansiedad 103

Tabla 2.1.3 Preguntas y conteo de respuestas del cuestionario sobre pánico 112

Tabla 2.1.4 Variables demográficas 133

Capítulo 3. Afrontan las Cifras al Mal del Siglo

Apartado 3.1 Conteo General

Tabla 3.1.a Tamaño de la muestra 144

Tabla 3.1.b Tamaño de la muestra en Porcentajes 146

Gráfica 3.1a Muestra Total 147

Gráfica 3.1b Depresión en Porcentajes 148

Gráfica 3.1c Ansiedad en Porcentajes 149

Gráfica 3.1d Pánico en Porcentajes 149

Apartado 3.2 Porcentajes de trastornos

Tabla 3.2a Porcentajes de Depresión respecto de los No Deprimidos 150

Gráfica 3.2.a Proporción de Depresión respecto de los No Deprimidos 151

Tabla 3.2b Porcentajes de Ansiedad respecto de los Sin Ansiedad 153

Gráfica 3.2b Proporción de Ansiedad respecto de los Sin Ansiedad 153

Tabla 3.2c Porcentajes de Pánico respecto de los Sin Pánico 154

Gráfica 3.2c Proporción de Pánico respecto de los Sin Pánico 154

Gráfica 3.2d Porcentajes respecto del Total de la Población Grupal 155

Apartado 3.3 Clasificación de los trastornos mentales

3.3.1 Clasificación de la Depresión y Géneros

Tabla 3.3.1a Clasificación de la Depresión y Géneros 161

Gráfica 3.3.1 Clasificación de la Depresión y Géneros 163

Tabla 3.3.1b Depresión y Género: Resumen en Porcentajes 163

3.3.2 Clasificación de la Ansiedad y Géneros

Tabla 3.3.2a Clasificación de la Ansiedad y Géneros 168

Gráfica 3.3.2 Clasificación de la Ansiedad y Géneros 169

Tabla 3.3.2b Ansiedad y Género: Resumen en Porcentajes 169

3.3.3 Clasificación del Pánico y Géneros

Tabla 3.3.3a Clasificación del Pánico y Géneros 173

Gráfica 3.3.3 Clasificación del Pánico y Géneros 174

Tabla 3.3.3b Pánico y Género: Resumen en Porcentajes 174

Apartado 3.4 Edad y género para trastornos mentales

3.4.1 Depresión y edad

Tabla 3.4.1a Depresión por Grupos de Edad 180

Gráfica 3.4.1a Depresión por Grupos de Edad 181

Tabla 3.4.1aa Depresión por grupos de Edad: Resumen en Porcentajes 181

Tabla 3.4.1b Depresión por Edad y Género 182

Gráfica 3.4.1b Depresión por Edad y Género 183

3.4.2 Ansiedad y edad

Tabla 3.4.2a Ansiedad por Grupos de Edad 184

Gráfica 3.4.2a Ansiedad por Grupos de Edad 185

Tabla 3.4.2aa Ansiedad por grupos de Edad: Resumen en Porcentajes 185

Tabla 3.4.2b Ansiedad por Edad y Género	186
Gráfica 3.4.2b Ansiedad por Edad y Género	186
3.4.3 Pánico y edad	
Tabla 3.4.3a Pánico por Grupos de Edad	187
Gráfica 3.4.3a Pánico por Grupos de Edad	188
Tabla 3.4.3aa Pánico por grupos de Edad: Resumen en Porcentajes	188
Tabla 3.4.3b Pánico por Edad y Género	189
Gráfica 3.4.3b Pánico por Edad y Género	189
Apartado 3.5 Escolaridad y género	
3.5.1 Depresión por escolaridad y género	
Tabla 3.5.1 Depresión por Escolaridad y Género	193
Gráfica 3.5.1 Depresión por Escolaridad y Género. Porcentajes	194
3.5.2 Ansiedad por escolaridad y género	
Tabla 3.5.2 Ansiedad por Escolaridad y Género	196
Gráfica 3.5.2 Ansiedad por Escolaridad y Género. Porcentajes	197
3.5.3 Pánico por escolaridad y género	
Tabla 3.5.3 Pánico por Escolaridad y Género	199
Gráfica 3.5.3 Pánico por Escolaridad y Género. Porcentajes	200
Apartado 3.6 Ingresos	
3.6.1 Depresión e Ingresos	
Tabla 3.6.1a Depresión e Ingresos de la Cabeza de Familia	202
Tabla 3.6.1aa Depresión e Ingresos de la Cabeza de Familia:	
Resumen en Porcentajes	206
Gráfica 3.6.1a Depresión e Ingreso de la Cabeza de Familia	207
	294

Gráfica 3.6.1aa Depresión e Ingresos de la Cabeza de Familia:	
Resumen en Porcentajes	207
Tabla 3.6.1b Depresión e Ingreso Total Familiar	209
Gráfica 3.6.1b Depresión e Ingreso Total Familiar	210
Tabla 3.6.1bb Depresión e Ingresos Total Familiar:	
Resumen en Porcentajes	210
Gráfica 3.6.1bb Depresión e Ingresos Total Familiar:	
Resumen en Porcentajes	211
Gráfica 3.6.1c Depresión y Umbral de Pobreza	212
Tabla 3.6.1cc Depresión y Umbral de Pobreza: Resumen en Porcentajes	212
Gráfica 3.6.1cc Depresión y Umbral de Pobreza: Resumen en Porcentajes	216
3.6.2 Ansiedad e Ingresos	
Tabla 3.6.2a Ansiedad e Ingresos de la Cabeza de Familia	217
Gráfica 3.6.2a Ansiedad e Ingreso de la Cabeza de Familia	218
Tabla 3.6.2b Ansiedad e Ingreso Total Familiar	218
Gráfica 3.6.2b Ansiedad e Ingreso Total Familiar	219
Gráfica 3.6.2c Ansiedad y Umbral de Pobreza	220
3.6.3 Pánico e Ingresos	
Tabla 3.6.3a Pánico e Ingresos de la Cabeza de Familia	220
Gráfica 3.6.3a Pánico e Ingreso de la Cabeza de Familia	221
Tabla 3.6.3b Pánico e Ingreso Total Familiar	222
Gráfica 3.6.3b Pánico e Ingreso Total Familiar	223
Gráfica 3.6.3c Pánico y Umbral de Pobreza	223
Apartado 3.7 Estado Civil	
	295

Tabla 3.7.1 Casados con Depresión	224
Gráfica 3.7.1 Casados con Depresión	225
Tabla 3.7.2 Viudos con Depresión	225
Tabla 3.7.3 Divorciados con Depresión	226
Gráfica 3.7.3 Divorciados con Depresión	226
Tabla 3.7.4 Separados con Depresión	226
Gráfica 3.7.4 Separados con Depresión	227
Tabla 3.7.5 Nunca Casados con Depresión	227
Gráfica 3.7.5 Nunca Casados con Depresión	228
Tabla 3.7.6 Viviendo con Compañero, con Depresión	228
Gráfica 3.7.6 Viviendo con Compañero, con Depresión	229
Tabla 3.7.7 Los Mayores Porcentajes de Depresión para Estado Civil	229
Tabla 3.7.8 Los Menores Porcentajes de Depresión para Estado Civil	236
Apartado 3.8 País de nacimiento y depresión	
Tabla 3.8 País de Nacimiento y Depresión	240
Gráfica 3.8.1 Nacidos en Estados Unidos y Depresión	241
Gráfica 3.8.2 Nacidos en México y Depresión	242
Gráfica 3.8.3 Nacidos en Otro País y Depresión	242
Anexo 3	
Tabla The SURVEYFREQ Procedure. Datos de salida SAS. Ejemplo	289

RELACIÓN DE CUADROS Y RELATOS

Cuadro 1.1.1 Reseña contemporánea de la sociología aplicada a la salud	20
Cuadro 1.1.2 La salud mental comprometida por ciertas situaciones laborales	22
Relato 1.1 Diferencias culturales para la recreación	48
Cuadro 1.2 ¿Qué causa la depresión?	52
Cuadro 1.3 Cómo ayudar a un amigo o pariente deprimido	58
Cuadro 1.4 Cómo ayudarse a sí mismo estando deprimido	58
Relato 1.4 identificación con lo que se hace	66
Relato 1.5 Con ojos de inmigrante	67
Cuadro 2.1.1 Palabras de la Dra. Julie Gerberding, directora de los CDC's	75
Cuadro 2.1.2 Cronograma de los CDC	76
Cuadro 2.1.3 Funciones del Centro Nacional de Estadísticas de Salud	81
Cuadro 2.1.4 Algoritmos en código SAS. Ejemplo	89
Relato 3.1.1 ¡Es mi paisano!	150
Relato 3.3.1 En el aire... mucha violencia de por medio	175
Relato 3.6.1 Una observación sobre salud e ingresos de los negros no hispanos	217
Relato 3.10.1 Contratación de talentos mexicanos	259
Relato 3.10.2 Palabras de Gabriele Muccino y James Lassiter, Director y co-productor de la película The Pursuit of Happyness (En búsqueda de la felicidad)	260