

# Prevalencia de alteraciones afectivas: depresión y ansiedad en la población salvadoreña.

José Ricardo Gutiérrez Q.  
ricardo.gutierrez@utec.edu.sv  
Investigador de UTEC

## Resumen

El presente artículo tiene como objetivo general establecer la prevalencia de las alteraciones afectivas: depresión y ansiedad; así como determinar la incidencia de casos de psicopatología en la población salvadoreña, con el propósito de obtener indicadores del estado de salud mental de los salvadoreños. Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud mental es el equilibrio psicológico o mental, físico-fisiológico y social del ser humano. El estudio es ex post facto con diseño retrospectivo; el muestreo es probabilístico por conglomerados, representativo del país. Para evaluar las dimensiones antes señaladas se utilizó el Cuestionario de Salud General (GHQ-28), que posee propiedades psicométricas adecuadas para medir estas variables. Entre los resultados se tiene que la media aritmética es más alta en las mujeres en los ítems del GHQ-28, en comparación con los hombres. En 12 ítems hay diferencias significativas, indicando lo anterior que existe una mayor prevalencia de sintomatología psicopatológica en las mujeres que en los hombres. Las variables sociales como edad, estado familiar, región de residencia, escolaridad, si trabajo o no, ingresos económicos, actividad laboral, están asociadas a la incidencia de psicopatología general.

**Palabras clave:** salud mental, depresión, ansiedad, angustia.

## ABSTRACT

The aim of this article is to establish the prevalence of affective disorders: depression and anxiety. It also pretends to determine the incidence of psychopathological disorders in Salvadorean population. With all this, it pretends to collect indicators of mental health status of the salvadorean people. World Health Organization(WHO) define mental health as "a state of well-being in which the individual realizes his or her own abilities, can cope with the normal stresses of life, can

work productively and fruitfully, and is able to make a contribution to his or her community". The research was conducted with an ex post fact retrospective design with a stratified sample representing the country. The information was collected using the General Health Questionnaire 28 (GHQ-28) because it has the adequate psychometrics qualities to measure those variables. The results showed that the arithmetic media in all the indicators are higher in women than men. In 12 items there are significant differences, indicating that there is a higher prevalence in psychopathology in women than men. Results also show there are significant differences in prevalence of general psychopathic when comparing age, family status, region of residence, educational level, working, economic income, labor activity.

**Key words:** mental health, depression, anxiety.

### Prevalencia de alteraciones afectivas: Depresión y Ansiedad en la Población Salvadoreña.

La salud mental es el equilibrio psicológico o mental, físico-fisiológico y social; definición directamente vinculada al concepto de salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que la define como el completo bienestar físico, psíquico y social, y no solo la ausencia de enfermedades. La salud mental en un país subdesarrollado o "en desarrollo", como suele llamárseles, puede auscultarse mediante los indicadores de desarrollo humano como son: salud, educación, trabajo, medio ambiente, esperanza y niveles de vida (Programa de la Naciones Unidas para el Desarrollo, PNUD 2008). La salud mental en El Salvador y en la mayoría de países del mundo parece un sueño inalcanzable debido al enfoque biologicista dominante en la salud, aunque tanto la Organización Panamericana de la Salud (OPS) como la OMS sugieren a los Estados miembros la implementación de programas colectivos orientados a la promoción, prevención y conservación de la salud mental. Estos los ignoran. Según el informe de salud mental (OMS, 2001) entre 25 a 50% de la población mundial ha presentado alguna vez en su vida un trastorno de tipo mental. Periago, (OPS, 2005) informó que las estadísticas indican que los

trastornos mentales representan una proporción cada vez mayor de la carga de morbilidad en América Latina y el Caribe. Se calcula que en 1990 había en las Américas unos 114 millones de personas que padecían algún tipo de trastorno mental. Según las proyecciones, podría llegar en el año 2010 a 176 millones. Asimismo, señaló que en muchos lugares del continente americano sucede a menudo que el tratamiento no está al alcance de quienes lo necesitan. Un estudio reciente realizado en México mostró que hasta 80% de los pacientes diagnosticados con alguna enfermedad mental no recibieron atención en los doce meses previos al diagnóstico. En esta misma dirección, en El Salvador no se ven con claridad estrategias (programas) de Estado orientadas a la promoción, prevención, tratamiento integral y rehabilitación de los trastornos de naturaleza psíquica y conductual en la población general; sin embargo, existe un hospital psiquiátrico dedicado al tratamiento de aquellos casos identificados y referidos por el sistema nacional de salud. En los años 2001 y 2002, los trastornos de ansiedad fueron la primera causa de consulta en el sistema nacional de salud (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, MSPAS 2003). Mientras, el Instituto de Medicina Legal (IML, 2008) reporta 635 suicidios en el año. El MSPAS (2010) informó de 1.287 suicidios y 31.200 intentos de suicidio registrados en el

año de 2009. Estos datos son indicadores reveladores de los problemas de salud mental que prevalecen en la población salvadoreña, confirmándose con los estudios realizados en el país sobre prevalencia de alteraciones (Gutiérrez, 2009) o de sintomatologías mentales. Observándose en estos trabajos incidencias que oscilan entre el 34 a 65,5% de la población. Estos hallazgos se encuentran moderadamente por arriba de las estadísticas mundiales. Si bien existen en El Salvador algunos estudios en salud mental, estos son de tipo descriptivo o de prevalencia de síntomas; para comprender y explicar con mayor profundidad estos problemas se requiere centrar la atención en algunos trastornos específicos, y, en este sentido, el presente trabajo pretende analizar y establecer las relaciones existentes entre la depresión y la ansiedad con algunas variables sociodemográficas que son consideradas en otros estudios como variables predictoras de estos trastornos (Matud, 2006). En el presente estudio se enfatiza en la depresión y ansiedad, por ser las dos principales alteraciones mentales más prevalentes en nuestro país (MSPAS, 2001, 2002; Gutiérrez, 2009). Es un estudio con muestreo probabilístico por conglomerados, representativo de la población salvadoreña.

De las explicaciones anteriores se desprende la necesidad de elaborar un estudio sobre la ansiedad y la depresión, para conocer y analizar las dimensiones del problema de salud mental y buscar mecanismos o estrategias que contribuyan a mejorar la salud de los salvadoreños. Seguidamente se plantean los objetivos que se pretendió cumplir con el estudio, y estos son:

- Determinar la prevalencia de sintomatología de depresión y ansiedad, y casos de psicopatología en la población salvadoreña.

- Comparar la prevalencia de depresión y ansiedad entre hombres y mujeres salvadoreñas.
- Determinar si existen diferencias de psicopatología general en función del sexo de la muestra.

Dentro de las alteraciones de las emociones se encuentran los trastornos del estado de ánimo (afectivos), que tienen como característica principal una alteración del humor. El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, (DSM-IV TR, 2002), estudia la dinámica afectiva de una persona con alteraciones del estado emocional (ánimo o afectivo) que comprende la estructura individual de sus intereses. Jaspers (1993) describe una reacción vivencial normal como aquella caracterizada por una respuesta adecuada al acontecimiento que la provocó. Por el contrario, las reacciones emocionales anormales se producen cuando las personas reaccionan ante un acontecimiento mínimo con una gran intensidad o de una forma insólita. Lo que parece estar de base en tales anormalidades emocionales es la personalidad previa del sujeto, por lo que esta forma anormal de reaccionar puede hacerse más comprensible si atendemos a los estados conscientes e inconscientes del propio sujeto. Los tres grandes síntomas de la afectividad (emociones) son: la depresión, la ansiedad o angustia y la manía.

*La depresión.* Estudios realizados por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1996) sobre la carga mundial de enfermedades, han demostrado que la depresión unipolar es la principal causa de años de vida perdidos por discapacidad (APD). En América Latina se han llevado a cabo varias investigaciones epidemiológicas sobre depresión y ansiedad, como las realizadas en Chile (Vicente, Rioseco, Valdivia, Kohn y Torres, 2002), Brasil (Andrade, Walters,

Gentil y Laurenti, 2002; Kratz, Silva, Frank y Curi, 2004) y México (Caraveo-Anduaga, Colmenares y Saldívar, 1999), que han aportado valiosa información para la realización de estudios epidemiológicos a gran escala en la región. Las prevalencias encontradas en personas mayores de 18 años, medidas en un período de doce meses en Chile, Brasil y México, variaban entre 4,5% y 7,1%. En Brasil, la prevalencia de episodios depresivos en el último mes fue de 4,5%, mientras que en Chile la prevalencia en los últimos seis meses fue de 4,6%. En el estudio mexicano se encontró una incidencia de 1,3% en los doce meses previos al estudio. Los factores asociados con la depresión en Brasil y Chile fueron ser mujer, no tener empleo, tener bajos ingresos económicos, ser soltero o separado y tener bajo nivel educacional. En un estudio realizado en Bogotá (1995) se encontró una prevalencia de síntomas de depresión de 72,6% en una muestra de 1.376 pacientes de un hospital de atención primaria (Rodríguez y Puerta, 1997). La prevalencia fue mayor en las personas separadas, las que vivían solas, las que consumían tranquilizantes menores, marihuana y las que reconocían tener conflictos familiares.

*Depresión con ansiedad.* Aproximadamente entre 20 a 25% de los pacientes que acuden a consulta con el médico general sufren algún tipo de trastorno mental, generalmente trastornos afectivos (ansiedad y depresión) de carácter habitualmente leve. La depresión y la ansiedad son los trastornos mentales más prevalentes, calculándose que más del 20% de la población general sufrirá alguno de estos en un momento de sus vidas (Valle, 2002). El concepto de *depresión* incluye varios subtipos clínicos de variables de severidad y que tienen tendencia a la cronicidad y la recurrencia. A su vez, los trastornos de ansiedad se clasifican según se limite a situaciones particulares (fobias, compulsiones), pensamientos (obsesiones) o momentos de

ataques de pánico; y el trastorno por ansiedad generalizada se entiende como una ansiedad crónica. Suelen tener un curso ondulante y tienden también hacia la cronicidad. Aunque la depresión y la ansiedad son considerados trastornos independientes, suele ser raro encontrarlos en estado puro. Lo más habitual en la práctica médica es la presentación de síntomas ansiosos y depresivos mezclados en mayor o menor grado en un mismo paciente. En virtud de esta frecuente asociación de depresión y ansiedad, se vuelve a considerar el concepto como un espectro o continuo entre depresión y ansiedad en una visión dimensional del trastorno ansioso-depresivo. Incluso se ha propuesto la denominación de *síndrome neurótico general*.

*La ansiedad.* Las investigaciones en el área se han desarrollado a lo largo de la historia con dos problemas fundamentales: la ambigüedad conceptual del constructo de ansiedad y las dificultades metodológicas para abordarlo. Estos problemas dieron lugar a que las distintas corrientes psicológicas (psicodinámica, humanista, existencial, conductista, psicométrica y la cognitiva-conductual) se ocuparan del abordaje de la ansiedad y de las similitudes y diferencias con otros conceptos, dada la gran confusión terminológica con la angustia, el estrés, el temor, el miedo, la tensión arousal, entre otros. Esta confusión conceptual ha sido objeto de diversos estudios (Ansorena, Cobo y Romero, 1983; Bermúdez y Luna, 1980; Borkovek, Weerts y Berstein, 1977; Casado, 1994; Cattell, 1973; Lazarus, 1966; Miguel-Tobal, 1985). Sin embargo, en la práctica actual dichos términos se siguen utilizando indistintamente. López-Ibor (1969), realiza una distinción entre ansiedad y angustia; en la angustia existe un predominio de los síntomas físicos, la reacción del organismo es de paralización, de sobrecogimiento y la nitidez con la que el individuo capta el fenómeno se atenúa; mientras que en la ansiedad cobran

mayor presencia los síntomas psíquicos, la sensación de ahogo y de peligro inminente, se presenta una reacción de sobresalto, mayor intento de buscar soluciones eficaces para afrontar la amenaza que en el caso de la angustia, el fenómeno es percibido con mayor nitidez. En la actualidad, es difícil mantener dichas diferencias, ya que dentro del concepto de *ansiedad* agrupamos tanto los síntomas psíquicos, o cognitivos, como los conductuales y físicos. Además, en el DSM-IV (Manual de clasificación de trastornos psicopatológicos) el trastorno de ansiedad se denomina *trastorno de angustia*, resaltando entre otras características, la presencia de crisis de angustia.

## Método

### Participantes

Se seleccionó una muestra probabilística por conglomerados, representativa de las ciudades más importantes del país, (cabeceras de departamento). Para ello, se adoptó una estimación de error de 3% y un nivel de confianza del 95%, obteniéndose una muestra de 1.209 personas a escala nacional. La muestra fue distribuida proporcionalmente al número de habitantes en cada departamento. El presente estudio es *ex post facto* (Montero y León, 2007), con un diseño retrospectivo. La media total de edad es de 33.57 años (DT = 11,34); la muestra en mujeres es de 634 (52,5%), con una media de edad de 32.23 años (DT = 11,00) y la de hombres es de 574 (47,5%) con una media de edad de 35.04 años (DT = 11,53).

### Instrumentos

*Cuestionario de salud general*, GHQ-28. (General Health Questionnaire, Goldberg, 1972). Este es un instrumento de

*screening* (filtrado) o de tamizaje de síntomas de salud en la población. Evalúa cuatro dimensiones: depresión, ansiedad e insomnio, somatización y disfunción social, pero en esta oportunidad le daremos mayor importancia a las dos primera. La prueba permite establecer el *estado general de salud* de la población. De igual forma, facilita determinar los casos y no casos de psicopatología de la muestra en estudio.

Se realizaron los análisis psicométricos necesarios de cara a conocer la validez y fiabilidad de la prueba en una población general salvadoreña, debido a que las evidencias que se tenían eran de una adaptación en estudiantes universitarios. Se inició este proceso con el Análisis factorial exploratorio (AFE), arrojando resultados concordantes con los cuatro factores planteados originalmente por Goldberg y Blackwell (1970). El análisis Kaiser-Meyer-Olkin (KMO = 0,93), mediante la prueba de esfericidad de Bartlett ( $X^2 738 = 12320$ ;  $p = 0,000$ ) indicó la adecuación de los datos para este tipo de análisis. Siguiendo el procedimiento de cuatro factores con rotación *Varimax*, resultando en una solución de cuatro factores que explican el 52,40% de la varianza, presentando todos los ítems valores de saturación superiores a 0,40. En cuanto al análisis de consistencia interna alfa de Cronbach, la subescala de *depresión* obtuvo un valor alfa de Cronbach de 0,85; la subescala *ansiedad e insomnio* el coeficiente de consistencia interna alfa de Cronbach obtenido fue de 0,85; la subescala *somatización* obtuvo un alfa de Cronbach de 0,84 y el alfa de Cronbach de la escala *disfunciones sociales* fue de 0,76. La escala total, como una *dimensión de psicopatología* del GHQ-28, obtuvo en alfa de Cronbach de 0,92. Estos resultados evidencian que el instrumento (GHQ-28) posee adecuada fiabilidad, validez de contenido y de constructo para estudiar las cuatro dimensiones de psicopatología o como una sola dimensión en una población general salvadoreña.

### Procedimiento

Tras la capacitación y orientación, tanto del uso de la prueba o instrumento de medición como de la metodología del trabajo de campo del equipo investigador, se planificó y elaboró un cronograma de evaluaciones, donde se incluían cada uno de los departamentos del país. Paralelamente se hicieron las gestiones de los recursos económicos y logísticos del proyecto. Respondiendo al calendario de trabajo de campo, el día de salida el equipo se reunía entre las 05.00 a 06.00 a.m. en las instalaciones de la Universidad Tecnológica de El Salvador, luego se trasladaba hasta la ciudad programada.

### Resultados

Tras la aplicación de la prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra, para determinar la normalidad de las variables (distribución de puntuaciones) esta señaló que los datos no seguían una distribución normal. Como resultado, se procedió a emplear pruebas paramétricas que contrastasen los resultados, confirmándose con pruebas no paramétricas.

Al analizar la prevalencia en porcentajes, por sexo, de las cuatro dimensiones de psicopatología (*ansiedad e*

*insomnio, depresión, somatización y disfunción social*) y la psicopatología general (casos y no casos), encontramos que en *ansiedad e insomnio* 53,6% de la muestra presentan síntomas de esta alteración; de estos 29,9% son mujeres y 23,7% son hombres; la prueba no paramétrica del Chi-cuadrado ( $\chi^2 1 = 5,777$ ;  $p = 0,016$ ) indica que existen diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres, presentando mayor número de síntomas las mujeres. En relación con la depresión, se encontró que 28,8% de la muestra del estudio presenta síntomas de este problema mental; de estos, 17,1% son mujeres; mientras que 11,7% son hombres. La prueba estadística demuestra que existen diferencias significativas entre hombres y mujeres ( $\chi^2 1 = 8,497$ ;  $p = 0,004$ ), indicando que son más prevalentes en mujeres. Tras un proceso de dicotomización de la escala de medida en dos categorías: casos y no casos de psicopatología, se encontraron los resultados siguientes: en 377 (35,1%) como casos y 698 (64,9%) como no casos de psicopatología (ver tabla 1). Al contrastar estos resultados con la prueba no paramétrica del Chi-cuadrado, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en casos de psicopatología general ( $\chi^2 1 = 6,102$ ;  $p = 0,013$ ), siendo más elevada la morbilidad de casos en la mujer que en el hombre.

**TABLA 1.** Frecuencias y porcentajes por sexo de las dimensiones de depresión, ansiedad, somatización, disfunciones sociales y casos de psicopatología general

Dimensión	Total de porcentajes	Mujeres	Hombres	$\chi^2$
<b>Ansiedad e insomnio</b>				
Con síntomas	626 (53,6%)	348 (29,9%)	277 (23,7%)	5,777*
Sin Síntomas	542 (46,4%)	264 (22,6%)	278 (23,8%)	
<b>Depresión</b>				
Con síntomas	340 (28,8%)	202 (17,1%)	138 (11,7%)	8,497**
Sin Síntomas	841 (71,2%)	421 (35,6%)	420 (35,6%)	

Somatización				
Con síntomas	709 (60,0%)	384 (32,5%)	325 (27,5%)	2,731
Sin Síntomas	473 (40,0%)	233 (19,7%)	240 (20,3%)	
Disfunciones sociales				
Con síntomas	530 (46,0%)	284 (24,6%)	246 (21,3%)	0,940
Sin Síntomas	623 (54,0%)	316 (27,4%)	307 (26,6%)	
<i>Promedio general de síntomas</i>	(47,1%)			
Psicopatología general				
Casos	377 (35,1%)	215 (20,0%)	162 (15,1%)	6,102*
No casos	698 (64,9%)	343 (31,9%)	355 (33,0%)	

(\*p < 0,05; \*\* p < 0,01)

## Conclusiones

De los veintiocho reactivos que evalúa el instrumento, en doce de ellos se encontraron diferencias estadísticamente significativas (cinco de *somatización*, cuatro de *depresión*, tres de *ansiedad* y ninguno de *disfunción social*), indicando que en cerca de la mitad de los ítems hay diferencias importantes entre hombres y mujeres. En el mismo sentido, se observa que la media aritmética (*M*) es más alta en todos los ítems del GHQ-28 en las mujeres en comparación con los hombres, significando lo anterior que existe una mayor prevalencia de sintomatología psicopatológica en la mujer que en el hombre. Por ejemplo: sentirse agotado y sin fuerza para nada, padeciendo dolores de cabeza, sentirse con los nervios a flor de piel y malhumorado, y que la idea de quitarse la vida le viene repetidamente a la cabeza, entre otros síntomas. En *ansiedad e insomnio*, más de la mitad de la muestra presenta síntomas de esta alteración; mientras en *depresión* más de una cuarta parte de los participantes presentan síntomas de este problema mental. El análisis estadístico en ambos trastornos indica que existen diferencias significativas entre hombres y mujeres, presentando mayor número de síntomas las

mujeres. Los resultados anteriores confirman la hipótesis de investigación del estudio, que dice "que existe diferencia estadísticamente significativa de síntomas de depresión y ansiedad al comparar hombres y mujeres, encontrándose mayor incidencia en las mujeres". Los hallazgos anteriores están en sintonía con los encontrados por Kessler, et al. (2003), en el sentido que los factores que están asociados con la depresión y ansiedad son ser mujer, dedicarse a las labores del hogar, estar jubilado, ser soltero, separado, divorciado o viudo, tener bajo nivel educacional y tener bajos ingresos económicos.

En el análisis de la sintomatología de la muestra total, se obtuvo un promedio general de síntomas cercano a la mitad de los participantes. En este caso, existen altas posibilidades de que dos o más dimensiones (más de un trastorno) o alteraciones coexistan en una misma persona; es decir, que haya una extrapolación de síntomas de problemas mentales en un mismo sujeto. No pocos autores coinciden en establecer que existe una correlación importante entre los problemas de salud, como ansiedad, depresión, somatización y disfunción social. En el análisis de la psicopatología general (evaluación general) de la muestra encontramos que existen



diferencias significativas muy marcadas entre hombres y mujeres, prevaleciendo una mayor psicopatología general en las mujeres que en los hombres. Tras el proceso de dicotomización de las variables del estudio en dos categorías: "casos" y "no casos" de psicopatología, se obtuvo que más de una tercera parte (35,1%) de la muestra fue calificado como "casos de psicopatología general"; mientras que menos de dos tercios (64,9%) fueron identificados como no casos de psicopatología. Al contrastar estos resultados con las pruebas estadísticas, estas indicaron diferencias significativas en casos de psicopatología general entre hombres y mujeres, siendo más elevada la morbilidad de casos en las mujeres que en los hombres.

## Referencias

- American Psychiatric Association (2002). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV, TR) (4th. ed.). Washington, DC: Author.
- Andrade, L., Walters, E., Gentil, V., Laurenti, R. (2002). Prevalence of ICD-10 mental disorders in catchment area in the city of São Paulo, Brazil. *Soc Psychiatry Epidemiol*, 37, 316–25.
- Ansorena, A., Cobo, J., y Romero, I. (1983). El constructo de ansiedad en psicología. *Estudios de Psicología*, 16, 31-45
- Bermúdez, J. y Luna, M.D. (1980). Ansiedad. In Fernández, F.J., Trespalacios (Ed.), *Psicología general II* (pp. 195-213). Madrid: UNED.
- Borkevek, T.D., Weerts, T.C. y Berstein, D.A. (1977). Assesment of anxiety. In A.R. Ciminero, K. S. Calhon y H. E. Adams (Eds.). *Handbook of Behavioral Assesment* (pp. 353-403). New York: John Wiley.
- Caraveo-Anduaga, J., Colmenares, E. y Saldívar, G. (1999). Estudio clínico-epidemiológico de los trastornos depresivos. *Salud mental*, 22, 7-17.
- Casado, M.I. (1994). Ansiedad, stress y trastornos psicofisiológicos. Tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid, Madrid.
- Catell, R.B. (1973). Personality and mood by questionnaire. San Francisco: Jossey-Brass.
- Goldberg, D.P. y Blackwell, B. (1970). Psychiatric illness in general practice. A detailed study using new method of case identification. *British Medical Journal*, 2, 439-443.
- Gutiérrez, J.R. (2009) La salud mental, una deuda histórica en El Salvador, *La Palabra Universitaria*, Universidad Tecnológica de El Salvador, San Salvador.
- Instituto de medicina Legal (IML) (2008). Corte Suprema de Justicia. *Estadísticas de Suicidios*. San Salvador, El Salvador.
- Lazarus, R.S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. New York: McGraw- Hill.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS). (2003). Estadísticas nacionales de atención primaria en salud. San Salvador, El Salvador.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS). (2010). Estadísticas nacionales de atención primaria en salud, *Suicidios e intentos de suicidio*. San Salvador, El Salvador.
- Montero, I., y León, O.G. (2007). A guide for naming research studies in Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7, 847-862.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2001). Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. En informe sobre la salud en el mundo, 2001: Ginebra. Recuperado en <http://www.who.int/whr/2001/es/>.
- Jaspers, K. (1993). *Psicopatología general*. México: F.C.E
- Kessler, R., Berglund, P., Delmenr, O., Jin, R., Koretz, D., Merikangas, K. et al. (2003). The epidemiology of major depressive disorder. Results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA*, 289,3095-105.



- Kratz, G.F., Silva de Lima, M., Frank, T.B. y Curi, H. P. (2004). Síntomas depresivos e fatores associados em população idosa no Sul do Brasil. *Ver Saude Publica*, 38, 365-71.
- López-Ibor, J.J. (1969). *La angustia vital*. Madrid: Paz Montalvo.
- Matud, M.P., Guerrero, K. y Matías, R.G. (2006). Relevancia de las variables sociodemográficas en las diferencias de género en depresión. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6, 7-21.
- Miguel-Tobal, J.J. (1985). Evaluación de respuestas cognitivas, fisiológicas y motoras de ansiedad: elaboración de un instrumento de medida (ISRA). Tesis doctoral, Madrid: Ed. Ucm.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS). (2003). Estadísticas nacionales de atención primaria en salud. San Salvador, El Salvador.
- Organización Mundial de la Salud (2006). *Carga mundial de enfermedades*. Washington, DC: Author.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, PNUD (2008), *Informe de desarrollo Humano*, Representación en El Salvador, San Salvador.
- Periago, M.R. (2005). *Incrementarán notablemente los trastornos mentales en América Latina y el Caribe*, comunicado de prensa. Organización Panamericana de la Salud. Consultado en <http://www.paho.org/Spanish/dd/pin/ps051209.htm>.
- Valles-Fernández, J. (2002) Depresión con Ansiedad. Salud Mental, atención primaria, *Salud Global*, 3,1-8.
- Vicente, B., Rioseco, P., Valdivia, S., Kohn, R. y Torres, S. (2002). Estudio chileno de prevalencia de patología psiquiátrica (DSM-III-R/CIDI) (ECP). *Rev Med Chile*, 130, 527-36.