



**Universidad Autónoma de San Luis Potosí.
Facultad de Enfermería.
Unidad de Posgrado e Investigación.
Maestría en Salud Pública.**



**Comparación de la prevalencia de síntomas de depresión y ansiedad en
madres que viven dentro y fuera de polígonos con altos índices de violencia
social en la ciudad de San Luis Potosí.**

Tesis para obtener el grado de Maestro en Salud Pública.

Presenta: Lic. Psic. Héctor Haro Cabrero

Directora de Tesis:

Dra. Gabriela Domínguez Cortinas

Co-Asesor de Tesis:

MSP. Darío Gaytán Hernández



Universidad Autónoma de San Luis Potosí
Facultad de Enfermería
Maestría en Salud Pública



**Comparación de la prevalencia de síntomas de depresión y ansiedad en
madres que viven dentro y fuera de polígonos con altos índices de violencia
social en la ciudad de San Luis Potosí.**


Tesis

Para obtener el grado de Maestro en Salud Pública

Presenta:

Hector Haro Cabrero.

Directora:



Dra. Gabriela Domínguez Cortinas

Coasesor:



MSP. Darío Gaytán Hernández

San Luis Potosí, S.L.P., México. Agosto de 2014.



**Universidad Autónoma de San Luis Potosí.
Facultad de Enfermería.
Unidad de Posgrado e Investigación.
Maestría en Salud Pública.**



**Comparación de la prevalencia de síntomas de depresión y ansiedad en
madres que viven dentro y fuera de polígonos con altos índices de violencia
social en la ciudad de San Luis Potosí.**

Tesis para obtener el grado de Maestro en Salud Pública.

Presenta:

Lic. Pisc. Héctor Haro Cabrero.

Sinodales

Dra. Gabriela Domínguez Cortinas

Presidenta

Dra. Beatriz Adriana Urbina Aguilar

Secretaria

Dr. Raúl Morales Villegas.

Vocal

Firma

Firma

Firma

San Luis Potosí, S.L.P., México.

Agosto de 2014.

Resumen

Objetivo general: Identificar la prevalencia de madres de familia que presentan sintomatología depresiva y de ansiedad que viven en polígonos con altos índices de violencia en la ciudad de San Luis Potosí. **Metodología:** Estudio transversal con 116 madres de familia que viven dentro de un polígono de violencia y 187 que viven fuera de él. **Instrumentos:** El CES-D para medir depresión, el AMAS-A para medir ansiedad, y el AMAI para medir el estrato socio económico. **Análisis:** Se realizó en el programa SPSS a través de tablas de frecuencia para identificar las prevalencias de los síntomas por cada estrato. Se obtuvieron medidas de tendencia central para comparar los datos, aplicando un análisis de comparación de medias mediante la prueba de t, y se realizó una regresión lineal para determinar el peso de cada una de las variables en la presencia de ambas sintomatologías. **Resultados:** Se observó un 54.55% de ansiedad extrema fuera del polígono de violencia (FPV) en contra de un 46.55% en las personas dentro del polígono de violencia (DPV). Las prevalencias de los síntomas de depresión severa fueron de 33.6% y 26.2% FPV y DPV respectivamente. Para depresión moderada hubo un 11.2% FPV y un 11.7% DPV. Resultados de la prueba t fueron para depresión, 1.57; ansiedad, .084 y violencia, 1.71. **Conclusiones:** No hubo diferencias significativas entre las medias de los grupos DPV y FPV. La regresión lineal arroja relaciones significativas entre la presencia de violencia y sintomatología depresiva y ansiedad.

Abstract.

Objective: To identify the prevalence of mothers who have depressive and anxious symptoms, living in estates with high levels of violence in the city of San Luis Potosi. **Methods:** Cross-sectional study with 116 mothers living inside a polygon of violence and 187 living off it. **Instruments:** The CES-D to measure depression, the AMAS-A to measure anxiety, and AMAI to measure the socio-economic stratum. The analysis was performed in SPSS through frequency tables to identify the prevalence of symptoms for each stratum. Central tendency measures were obtained to compare the data, using a comparison of means analysis using the t test and a linear regression was performed to determine the weight of each of the variables in the presence of both symptomatology. **Results:** 54.55% of extreme anxiety was observed outside the circle of violence (OPV) against a 46.55% in persons within the circle of violence (IPV). The prevalence of symptoms of severe depression was 33.6% and 26.2% respectively OPV and IPV. Also 11.2% and 11.7% for moderate depression to FPV and IPV respectively. Test results of the t test were 1.57 for depression, anxiety, .084 and violence, 1.71. **Conclusions:** There were no significant differences between the means of the DPV and FPV groups. Linear regression shows significant relationships between the presence of violence and depressive symptoms, and anxiety.

Keywords: violence, depression, anxiety, mothers

A mí papá por darme la libertad de elegir mis caminos y así seguir a mi lado.

A mi mamá por creer incondicionalmente en mi y por darme Fe.

A Fer, por ser mi ejemplo, mi fortaleza, mi hermana, consejera y confidente.

A Isa, por ser mi motor en esta vida y mi orgullo.

A mis tías que son a las personas que más admiro.

A mi Abuela que es genuina compañera, amiga y cómplice.

A mis amigos, que son siempre una familia para mí.

A el Dr. Hector Haro Rodríguez: Salubrista incansable, que dedicó su vida a trabajar en las filas de la salud pública, brindando atención médica, no sólo a los que llegaban a las instituciones donde laboraba, también en su hogar, a cualquier hora del día o la madrugada y sin pedir ninguna clase de

remuneración a las personas que lo buscaban.

Gracias a él entiendo que si la salud publica deviene de los tomadores de decisiones, sólo puede tomar forma en todos aquellos salubristas que ponen en primer lugar a los seres humanos que atienden.

Gracias abuelo por una vida llena de consultas humanas.

Y a todas las madres de familia que siendo víctimas de cualquier tipo de violencia deciden seguir cuidando nuestro futuro.

Agradecimientos.

- 1. Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, por apoyar mis estudios y financiar mi investigación.**
- 2. A los directores de las escuelas donde fueron los muestreos, por su valor y disponibilidad, su tiempo, su invaluable ayuda fue esencial para la realización de este proyecto.**
- 3. A la Dra. Gabriela Domínguez por su guía y apoyo.**
- 4. Al Dr. Raúl Morales Villegas, por su apoyo y que sin su formación no hubiera seguido el camino de la investigación.**
- 5. Al Dr. Eduardo Hernández Ibarra, por sus tutorías y acompañamiento en el proceso de formación.**
- 6. Al Medico Armando Isaí por acompañar en este recorrido.**
- 7. A las madres de familia que contestaron el instrumento, y me permitieron quitarles algunos minutos de su valioso quehacer.**
- 8. Al Maestro en Psicología Gerardo Macías Valadez-Marques por su apoyo y guía durante el muestreo.**
- 9. A los licenciados de ciencias Ambientales y salud, Rubén Gustavo Reyes Martínez y Eleno Uriel Sanjuan Meza por su apoyo durante la elaboración de este proyecto.**
- 10. A mi familia y amigos por su constante presencia a pesar de mis ausencias.**

Contenido

INTRODUCCIÓN:	1
I. JUSTIFICACIÓN:	4
II. MARCO TEÓRICO	8
2.1 Depresión:	9
2.2 Ansiedad:	10
2.3 Violencia:	10
2.3 Hecho Traumático:	11
IV.5 Afectados y víctimas:	14
III. HIPÓTESIS:	17
IV. OBJETIVOS:	18
4. 1 Objetivo General:	18
4. 2 Objetivos Específicos	18
V. METODOLOGÍA	19
5.1 Tipo de Estudio.	19
5.2 Diseño Metodológico.	19
5.3 Límites de Tiempo y Espacio.	19
5.4 Universo y Muestra.	20
5.5 Variables.	22
5.6 Instrumentos.	22
5.9 Procedimientos.	26
5.8 Análisis Estadístico.	27
VII. CONSIDERACIONES ÉTICAS Y LEGALES.	28
VII RESULTADOS:	31
7.1 Apartado Socio-demográfico.	31
7.2 Apartado sobre la prevalencia de las sintomatologías de depresión y ansiedad	32
7.4 Apartado sobre la Victimización Directa.	34
7.5 Apartado de Victimización Indirecta	35
7.6 Presencia de delitos tipificados en la colonia donde vive.	36
7.7 Apartado sobre la diferencias entre las medias.	37

VIII DISCUSIÓN:	40
IX CONCLUSIONES:.....	43
X. COMENTARIOS Y RECOMENDACIONES:.....	45
IX REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:.....	47
ANEXOS.....	51

Índice de gráficos.

No.	Título del gráfico.	Página.
Grafico 7.1	Porcentaje de la distribución del estrato socioeconómico dentro y fuera del polígono.	31
Grafico 7.2	Porcentaje de madres que No se sienten seguras en su colonia	34
Grafico 7.3	Porcentaje de Madres que reportan ser víctimas de un delito tipificado	35
Grafico 7.4	Comparación de porcentajes de las madres víctimas indirectas de delitos tipificados.	36
Grafico 7.5	Porcentaje de delitos presentes en la colonias	37

Índice de cuadros.

No.	Título del cuadro.	Página
Cuadro 7.1	Medidas de tendencia central, dispersión y posición para la sintomatología de depresión y ansiedad.	33
Cuadro 7.2	Porcentajes de la prevalencia de sintomatología de depresión y ansiedad dentro y fuera del polígono de violencia y por estrato.	34
Cuadro 7.3	Regresión lineal utilizando la depresión como variable dependiente.	38
Cuadro 7.4	Regresión lineal utilizando la ansiedad como variable dependiente.	38
Cuadro 7.5	Regresión lineal utilizando la ansiedad como variable dependiente	39

INTRODUCCIÓN:

“La violencia es el miedo a los ideales de los demás.”

Mahatma Gandhi (1869-1948) *Político y pensador indio.*

El objetivo del estudio consistió en identificar la prevalencia de madres de familia con presencia de síntomas de depresión y ansiedad, que viven en demarcaciones con altos índices de violencia social, entendida como la delincuencia y criminalidad según se ha establecido en el Programa Nacional de Prevención Social de la Violencia y la Delincuencia. Asimismo, y con fines comparativos, se evaluó la prevalencia de madres de familia con los síntomas arriba mencionados, que viven en colonias con características socioeconómicas similares pero que no fueron elegidas como prioritarias para fines de este programa. Cabe mencionar que dicho programa fue promulgado el primero de diciembre del 2012 por la Comisión Intersecretarial para la Prevención Social de la Violencia y la Delincuencia, con la finalidad de ofrecer apoyo económico a los habitantes de las áreas más afectadas, así como mejores estrategias para luchar contra la delincuencia en el país.

Este trabajo se enfocó en las madres de familia, ya que son el núcleo de estimulación y desarrollo emocional, cognitivo y de socialización donde recae el correcto desarrollo de la infancia en nuestro país, siendo de suma importancia considerarlas como un factor protector en la vida de los niños que viven en condiciones de vulnerabilidad, especialmente si la madre es cálida, estable, brinda apoyo y existe en ella un enlace seguro madre-hijo, una disciplina consistente e inductiva y el establecimiento de rutinas en la casa (1).

De ahí que resulte muy relevante hacer una evaluación de la salud mental de las madres de familia en estos escenarios, ya que ellas serán las encargadas de generar mejores oportunidades para la salud de las víctimas indirectas de este fenómeno que son sus hijos.

La salud mental entendida según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se define como el “bienestar que una persona experimenta como resultado de su buen funcionamiento en los aspectos cognoscitivos, afectivos y conductuales, y, en última instancia el despliegue óptimo de sus potencialidades individuales para la convivencia, el trabajo y la recreación” (2).

Se reconoce que la información con la que se dispone actualmente, no permite saber con exactitud todos los efectos de la violencia social en la salud mental y emocional, de cada una de sus víctimas (ni de las que viven directamente el fenómeno, como las de sus seres cercanos), sin embargo, se considera que algunas de las consecuencias de la victimización (directa o indirecta) y de la percepción de inseguridad pueden manifestarse como respuestas de miedo, depresión y ansiedad, lo cual conlleva al deterioro psicológico de la población tanto urbana como no urbana. Por otro lado las tasas más altas de depresión, abuso de sustancias y suicidio a menudo son consecuencia de conflictos violentos (3).

A lo largo de los últimos años ha sido notorio el incremento de la inseguridad y de los hechos violentos que dejan atemorizados a los habitantes, pero no solo eso, sino que además merman la calidad de vida de las personas que son testigos o víctimas, y lo que es aún peor, dañan la salud mental de los padres de familia disminuyendo la posibilidad de que las generaciones siguientes tengan una mejor calidad de vida.

El concepto de violencia social agrupa el significado otorgado por la psicología social en términos de actos esporádicos con poca organización y fuerte contenido emocional y toda la diversidad de expresiones de la violencia política (guerra, terrorismo, golpes de estado, etc.); pero también incluye la variedad de manifestaciones del crimen organizado, los actos rituales (novatadas, pruebas de admisión a grupos, etc.), y por extensión, cualquier forma de violencia colectiva (4).

En el contexto mundial se habla de que la violencia ocasiona 1,6 millones de muertes al año, lo que se traduce en más de 4000 muertes al día (5). Se podría afirmar que el estudio de la violencia tiene dos vertientes, una que es visible, ya

que es sensible como la cantidad de homicidios, las lesiones infligidas, los daños materiales y pérdidas generadas por diversos enfrentamientos entre países, estados, comunidades, familias e individuos y que llegan a nosotros a través de los medios de comunicación, estadísticas, informes, etc., pero también existen hechos que no están a la vista de los medios y de los investigadores cuantitativos como los daños producidos a nivel emocional y psicológico de personas que son demasiado jóvenes o están muy asustadas débiles y muy enfermas para declarar o expresarse y por lo cual, sus casos nunca son reportados (6).

Con base en lo anterior, el presente estudio se centró en la salud mental de individuos que viven en ambientes donde impera la violencia social y cuyas consecuencias a nivel de salud mental se ven reflejadas en cifras que muestran que en México al 2005 el 18% de la población urbana entre 15 y 64 años de edad sufre trastornos afectivos, principalmente de depresión y de ansiedad, siendo éstos los trastornos mentales más frecuentes en la consulta de los tres niveles de atención (7).

En el estado de San Luis Potosí se han identificado cuatro polígonos en zonas urbanas, (tres en la ciudad capital del estado de San Luis potosí y otro en el municipio de Ciudad Valles) que cuentan con altos índices de pobreza y violencia, por lo que averiguar la presencia de síntomas asociados a la depresión y la ansiedad resulta de gran relevancia y pertinencia para la salud pública (8).

I. JUSTIFICACIÓN:

“La violencia crea más problemas sociales de los que resuelve.”

Martin Luther King

Las personas que se enfrentan o son testigos de eventos violentos se encuentran bajo riesgo de la aparición de sintomatología asociada al efecto de los conflictos sobre su salud mental. El estrés psíquico relacionado con los hechos violentos se asocia con los siguientes factores:

1) Desplazamiento ya sea forzoso o voluntario, 2) pérdida y aflicción, 3) aislamiento social, 4) pérdida de la posición social, 5) pérdida de la comunidad, y 6) aculturación resultante del contacto con entornos nuevos. De acuerdo a esto, las manifestaciones del estrés pueden ser: 1) depresión y ansiedad, 2) afecciones psicósomáticas, 3) comportamiento suicida, 4) conflicto intrafamiliar, 5) abuso del alcohol y 6) comportamiento antisocial (9).

Ante la falta de intervenciones dirigidas al trabajo con víctimas que experimentan situaciones asociadas a la violencia social, resulta relevante llenar estos huecos, ya que se estima que la exposición a eventos traumáticos o de pérdida en la salud mental son un factor de riesgo importante y comúnmente un detonador a largo plazo del desarrollo de problemas emocionales, conductuales, educativos y de salud (10).

En los seres humanos, las variaciones en la calidad de la atención materna pueden producir cambios duraderos en la reactividad al estrés, la ansiedad y la función de memoria en la descendencia (11).

El desarrollo de los síntomas del estrés puede depender de la variación de la respuesta cultural y social hacia la fuente de estrés. Quizás el reto más grande sea el de dar a conocer la importancia del equilibrio psicológico en los adultos de la comunidad para generar un mayor bienestar en el desarrollo de ellos mismos y sus niños, ya que deberían promover la resiliencia y ayudar a proteger al niño de la adversidad que emana de la violencia, el crimen y el fracaso. Asimismo, puede proveer apoyo social en la forma de pertenencia, estabilidad y continuidad (12).

La salud mental es un fenómeno complejo determinado por múltiples factores, en este sentido, los impactos en ella derivados de la falta de visión integral en México produce fallas en las estrategias y políticas de acción y se pueden observar en la incidencia de trastornos mentales, así como en el grado de conocimiento y estudio que se tiene en el entorno social y económico del país, ya que una característica importante de los trastornos mentales es que mientras la mortalidad es baja el comienzo de los trastornos ocurre a edades más tempranas y los costos indirectos derivados de la atención son altos como también sus efectos en la sociedad tales como:

A) Ausentismo laboral, debido a los problemas de salud mental que por lo general son reincidentes y reducen las posibilidades de ejercer la profesión cualquiera que esta sea.

B) La depresión, que genera falta de energía y una propensión mayor a las enfermedades físicas, así como una falta de apego a las responsabilidades familiares y personales.

C) El retardo mental, la esquizofrenia y los cuadros demenciales que dañan la relación del sujeto con su entorno social y recuerdan lo precaria y relativa que puede resultar la identidad y salud mental.

D) El alcoholismo y adicción a drogas, que están presentes en la mayoría de las acciones violentas (homicidios, suicidios y violencia intrafamiliar y social, pandillerismo y delitos en general, así como contagio por VIH-SIDA).

E) El suicidio, que es otro de los problemas crecientes en nuestro país, especialmente para el grupo entre 15 y 24 años, siendo de 5.9 por 100,000 habitantes en 201014.

En México se presenta el mayor nivel de victimización y tasa de homicidio en una muestra de 13 países de la Región sur y central del continente. Muchas personas están expuestas a por lo menos un evento violento o que pone en riesgo su salud a lo largo de su vida (15,16).

A nivel nacional el índice de violencia social ha aumentado alarmantemente y desde el año 2008 el primer eje prioritario desarrollado en el gobierno y anunciado

el 1º de diciembre pasado, fue justamente la creación del Programa Nacional de Prevención del Delito como la primera de trece decisiones presidenciales. En congruencia con esta prioridad, el Pacto por México contempla en su compromiso 74, la puesta en marcha de un Plan Nacional de Prevención y Participación Comunitaria, principalmente en los municipios con más violencia en el país, para hacer de la prevención social de la violencia y la delincuencia una verdadera prioridad nacional. Dentro de los primeros objetivos del programa se encuentran las intervenciones focalizadas en 57 demarcaciones (áreas geográficas del país) con altas tasas delictivas y condiciones que constituyen factores de riesgo para el surgimiento o permanencia de distintos tipos de violencia, y que requieren tanto la prevención de las causas como la atención de los efectos de la violencia y la delincuencia en el corto y mediano plazo (8).

A nivel estatal, durante el año 2012, la violencia en San Luis Potosí, presentó un incremento en las estadísticas de robo con violencia de 63% y homicidios de 71%, además de que se registraron cinco secuestros según muestra el reporte de incidencia delictiva correspondiente a abril emitido por el Sistema Nacional de Seguridad Pública (SNSP). Además, los promedios mensuales de homicidios y las tendencias de dichos promedios son muy similares entre los datos del Secretariado Ejecutivo del Sistema Nacional de Seguridad Pública (SESNSP) y los del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), pues ambos muestran un descenso entre el final de la década de 1990 y 2007. Sin embargo, a partir de entonces se observa un marcado aumento en el promedio mensual de homicidios. La mayor diferencia entre promedios es la del periodo de 1997 al 2003 en el que INEGI reporta un promedio de 19.8 y el SESNSP de 22.1. Los primeros cinco periodos que comprenden 1991-1997, según los datos del INEGI, tuvieron promedios cercanos a 20 homicidios mensuales. El periodo de 2004 al 2009 fue el más bajo con 13.3, y al principio del siguiente se registró un crecimiento importante por lo que el periodo de 2009 al 2011 tiene un promedio más alto de 28.1 homicidios al mes. Según el SESNSP, los periodos de 1993 al 2009 tuvieron promedios de poco más de 20 homicidios por mes. La cifra se redujo a 14.4 en el periodo de 2003 al 2009. No obstante, en 2011 se presentaron promedios

mensuales de homicidios bastante altos, por lo que el promedio durante este último subió hasta 29.5 (17,18).

El estado de San Luis Potosí fue seleccionado como una de las zonas prioritarias para la intervención por parte del programa antes mencionado y se le presta particular atención ya que presenta tres demarcaciones que comprenden tres polígonos urbanos, dos de éstos ubicados en la Zona Metropolitana de San Luis Potosí y constituidos por dos y tres colonias de alta criminalidad respectivamente, y el tercero, ubicado en el municipio de Ciudad Valles.

La imposibilidad de negar la presencia que tiene la violencia social en nuestra ciudad, así como las múltiples consecuencias a la salud no sólo de las víctimas que la enfrentan de manera directa, sino de sus hijos en los que indirectamente recaen los daños, nos obliga a tomar acciones encaminadas a la reducción de los riesgos y a la promoción de la salud de la población más afectada; por lo tanto, promover la salud mental de las madres de familia resulta clave no solo para procurar un óptimo desarrollo de la población infantil, sino como un determinante esencial de la salud de las familias que actualmente padecen o han padecido los estragos de la violencia (19).

Por lo descrito arriba resulta relevante realizar el estudio de la sintomatología de la depresión y la ansiedad en las madres que viven en las demarcaciones con altos índices de criminalidad descritos en el programa nacional y comparar la prevalencia de dichos síntomas en madres que viven en la misma situación socio-económica pero que no fueron prioritarias para dicho programa, ya que un buen diagnóstico generaría las pautas de una intervención para mejorar la calidad de vida de las madres y las de sus hijos.

Pregunta de investigación.

¿Existen diferencias significativas entre las prevalencias síntomas de depresión y ansiedad de madres de familia que viven dentro y fuera de polígonos de la Zona Metropolitana de San Luis Potosí con altos índices de violencia social?

II. MARCO TEÓRICO

“Nacer y crecer en violencia, es un reto a la suerte, es un acto de fe, es vivir entre la dignidad escondida y la esperanza de un día siguiente.”

Carlos A. Medina R.

La salud mental es un fenómeno multifactorial entre los que destacan los factores sociales, ambientales, biológicos y psicológicos, y suma los padecimientos como la depresión, la ansiedad, las demencias, la esquizofrenia, y los trastornos del desarrollo en la infancia, algunos de los cuales se han agravado en los últimos tiempos. En este sentido, lograr que la población conserve la salud mental, además de la salud física, depende, en gran parte, de la realización exitosa de acciones del gobierno y la salud pública para diagnosticar, tratar y rehabilitar(20).

Los trastornos mentales impactan estructuralmente sobre la vida de los individuos, la familia y la sociedad en su conjunto. Se calcula que más de 20% de la población en el mundo padecerá trastornos afectivos y requerirán tratamientos médicos en algún momento de su vida (21).

El Informe Mundial sobre la Salud de 2001, refiere que la prevalencia puntual de depresión en el mundo es de 1.9% en los hombres y de 3.2% en las mujeres; la prevalencia para un periodo de 12 meses es de 5.8% y 9.5%, respectivamente (22).

En México, los trastornos neuropsiquiátricos ocupan el quinto lugar como carga de enfermedad al considerar indicadores de muerte prematura y días vividos con discapacidad. Cuatro de las diez enfermedades más discapacitantes, son neuropsiquiátricas (esquizofrenia, depresión, obsesión compulsión y alcoholismo). Se espera que el índice de enfermos se incremente debido a problemas tales como la pobreza, la violencia, el aumento en el abuso de drogas y el envejecimiento de la población, entre otros factores (23).

En comunidades afectadas por la pobreza, la violencia y el abuso son frecuentes. Ellas afectan el bienestar mental general y pueden inducir trastornos mentales en los más vulnerables.

2.1 Depresión:

The National Institute of Mental Health (NIMH) define el trastorno depresivo como una enfermedad que afecta al organismo, el estado de ánimo y la manera de concebir la realidad. Altera el ciclo normal de sueño-vigilia así como la alimentación, y también afecta la autoestima y la forma en que se piensa. Entre los diversos modelos de depresión uno de los más estudiados es el que propone al estrés como causa de la depresión (24).

Existen varios modelos biológicos que tratan de explicar la conexión entre el estrés y la depresión a través de la neurogénesis, los cambios en las células gliales y la apoptosis. Este modelo explica la presencia de síntomas depresivos en personas afectadas por una inundación. Estos fenómenos causan un estrés agudo y continuo ya que las víctimas experimentan la pérdida de numerosos bienes materiales, incluyendo muebles y automóviles. Hay casos en los que el agua permanece dentro de las casas durante varios días hasta que baja su nivel; mientras tanto, las personas no pueden hacer mucho al respecto, por lo que deben vivir frecuentemente en albergues, lo que produce síntomas de depresión (25).

Los criterios del DSM-IV-TR para el episodio depresivo mayor incluyen un estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, disminución del placer al realizar actividades, pérdida o aumento de peso, insomnio o hipersomnia, agitación o alentamiento psicomotor, fatiga o pérdida de energía, sentimientos de culpabilidad, dificultad para concentrarse o tomar decisiones y pensamientos suicidas recurrentes. Se requiere para tal diagnóstico que uno de los dos primeros síntomas mencionados esté presente más de la mitad del tiempo, o cinco o más de todos los síntomas durante las últimas dos semanas (26).

2.2 Ansiedad:

Como respuesta adaptativa del ser humano, la ansiedad es sufrida por todas las personas y alude a diferentes manifestaciones físicas y mentales en forma de crisis, pudiendo llegar al pánico, pero tales manifestaciones no son dañinas para quien las sufre. La ansiedad es reconocida por ser parecida al miedo, pero difiere de este en cuanto a que no es producida por los estímulos presentes sino por la posible aparición de peligros futuros sin causa aparente y de manera difusa (27).

La ansiedad tiene la característica de anticipar el peligro o la amenaza para el propio individuo. Las personas que experimentan episodios tan extremos como una inundación se vuelven más sensibles a todos aquellos signos que indican una posible inundación futura. Aunque casi ninguna lluvia produce inundaciones, todas las lluvias se convierten en una alerta roja que conduce a las personas a experimentar una intensa ansiedad debido a su experiencia. Como lo comentó una persona entrevistada, en cuanto sentía una ligera lluvia, la familia subía los muebles en ladrillos para protegerlos de una posible inundación. Esta ansiedad los llevaba a anticipar la posible pero remota amenaza y así evitar que siguieran perdiendo sus bienes materiales (28).

Los criterios del DSM-IV-TR para el trastorno de ansiedad generalizada incluyen los síntomas de ansiedad, preocupación excesiva y dificultad para controlar la ansiedad durante los últimos seis meses. La ansiedad muestra al menos tres de los siguientes síntomas: inquietud o impaciencia, fatigabilidad, dificultad para concentrarse, tensión muscular y alteraciones de sueño (29).

2.3 Violencia.

La definición de violencia según la Organización Mundial de la Salud es “el uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas

probabilidades de provocar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones (3).

Así, se distinguen, la violencia auto-infligida, la violencia interpersonal caracterizada por involucrar a un reducido número de personas bien relacionadas emocionalmente entre sí (violencia doméstica) o no (violencia de comunidad), y finalmente la violencia social (7).

Ahora aparecen cada vez con más frecuencia artículos y libros sobre violencia colectiva para referirse a fenómenos variados que hasta hace no mucho tiempo se incluían en otro tipo de etiquetas más específicas como violencia política o bien, en el uso que se hacía en el pasado de «violencia social».

Las muy variadas y extensas acepciones del concepto de “violencia social” que se reportan ahora en la literatura se entienden en el hecho de referir que es cualquier acto que sea claramente distinguible de la agresión individual y que no se enmarque en la red de relaciones interpersonales (4).

Sin embargo, al definir la violencia de tipo social como la violencia grupal organizada, la OMS pone ejemplos que difieren en sus móviles pero que se concretan en la voluntad de obtener bienes para grupos ya se trate de acciones terroristas, de rebelión armada o de disturbios callejeros organizados. Así, la violencia política incluye la guerra, los conflictos violentos, los terrorismos y violencias de estado llevados a cabo por grupos institucionales sin contar que la mayoría de las conductas grupales de agresión que implican el daño físico hacia otros se puede concebir como violencia social o colectiva (3).

2.3 Hecho Traumático.

Los estudios epidemiológicos de estos fenómenos de violencia social son aún algo limitados. Los primeros análisis sobre el impacto de la violencia colectiva en la salud se enfocaron en las repercusiones psicológicas de los supervivientes de la primera y de la segunda guerra mundial, así como de los soldados y prisioneros de la guerra de Vietnam (30).

A pesar de siglos de violencia causada por el hombre que ha generado sufrimiento a muchos millones de personas, la identificación de sus consecuencias ha sido ignorada, descuidada o incluso negada por aquellas personas responsables de la recuperación de estas comunidades. Los nuevos estudios científicos con poblaciones que han experimentado situaciones traumáticas revelan la existencia de altas tasas de secuelas en la salud mental anteriormente desconocidas (6).

La historia del trauma no es un tesoro escondido a la espera de que alguien lo descubra, es este hecho el que permite medir e interpretar las consecuencias del trauma al profesional de la salud pública o al responsable de la política sanitaria, cada uno usando su propia metodología y objetivos a través de las grandes consecuencias traumáticas de la violencia: síntomas psiquiátricos, limitaciones funcionales e incapacidad (23).

Pueden aplicarse a tres grandes modos de evaluar las consecuencias del hecho traumático: el enfoque médico, el personal y el de salud pública. El término “síntoma” se extiende para incluir todos los tipos de “síntomas” definidos desde cada uno de estas ópticas. El enfoque médico identifica de forma preferente los daños físicos y las enfermedades médicas causadas por la violencia y la tortura; el enfoque personal describe la cantidad innumerable de formas en las que psicólogos, escritores y científicos sociales revelan el lado humano del sufrimiento personal. El enfoque de salud pública muestra de forma incomparable las enfermedades médicas y psiquiátricas manifestadas por toda una población, dejando los efectos individuales de la violencia para la atención clínica en la relación médico-paciente (6).

Con todo ello, la investigación sobre el impacto de la violencia colectiva en la salud se ha caracterizado por una relativa fragmentación disciplinaria y por una mirada relativamente estrecha. Un ejemplo de esto es cuando, estos enfoques que idealmente deberían complementarse, aseguran que los síntomas depresivos pueden ser diagnosticados como un problema psiquiátrico por el enfoque médico, ser contemplados como una expresión de indefensión y desesperanza desde el enfoque personal, y medidos en cuanto a determinar la prevalencia de

sintomatología depresiva en el conjunto de la población traumatizada por el enfoque desde la salud pública (31).

La violencia social está asociada intrínsecamente a hechos traumáticos de origen humano que afectan a colectividades.

Los hechos traumáticos causados por acciones humanas que afectan a colectivos y que tienen su origen en la vida sociopolítica, además de pérdidas humanas y materiales, provocan un trauma moral e ideológico, a través de desacuerdos, conflictos y censuras. Las circunstancias post-trauma tienen un peso decisivo en la mitigación o cronificación de los síntomas, como la culpa que puede sentir una persona o un grupo de personas en una sociedad por las acciones que realizaron una parte más o menos amplia de su grupo hacia otro grupo. Los sentimientos de culpa colectiva tienen su origen en el sufrimiento que los miembros de un grupo experimentan cuando aceptan que su propio grupo es responsable de acciones inmorales contra otro grupo (32).

Los traumas que afectan a una colectividad, sustentados en un determinado tipo de relaciones sociales, que a su vez mantienen la prevalencia de hechos traumáticos, provocan efectos psicosociales globales. Los efectos colectivos ocasionados por estos traumas no pueden reducirse únicamente al impacto individual que sufre cada persona (33).

Las lesiones psicológicas asociadas a la violencia son numerosas y muy a menudo coexisten varias de ellas. Destacan los trastornos afectivos y de ansiedad, somatizaciones, sentimientos negativos como vergüenza, desesperación y hostilidad, alteraciones de la conducta y de las relaciones interpersonales, y además, las personas que han vivido o han sido testigos de un hecho extremo que amenaza la integridad física o la vida, están expuestas al TEPT (Trastorno de Estrés Post-Traumático) (34).

El desarrollo de los síntomas del estrés puede depender de la variación de la respuesta cultural y social hacia la fuente de estrés.

Pero no solo la salud psíquica de aquellos que enfrentan la violencia corre peligro, también la de sus hijos ya que por lo general en tiempos de conflicto aumentan las tasas de mortalidad infantil, ya que las enfermedades que se subscriben en el orden de las prevenibles como el sarampión, el tétanos y la difteria pueden tornarse epidémicas y aumentar la tasa de mortalidad (4).

A mediados de los años ochenta, la mortalidad infantil en Uganda aumentó a más de 600 por 1 000 en algunas zonas afectadas por el conflicto (5).

Según el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, se informaron reducciones de la mortalidad infantil en todos los países de África meridional durante el período comprendido entre 1960 y 1986, con la excepción de Angola y Mozambique, ambos países afectados por conflictos en curso.

Los esfuerzos por erradicar enfermedades infecciosas como la poliomielitis son obstaculizados por focos residuales de la enfermedad en las zonas afectadas por los conflictos (6).

IV.5 Afectados y víctimas.

Existen diversos tipos de víctimas o afectados que pueden describir a los afectados por violencia colectiva:

a) **Victimas físicas directas o afectados primarios:** Las personas afectadas directamente por la agresión o hecho traumático.

b) **Victimas secundarias o indirectas:** Son las personas que sufren traumas por las condiciones físicas y socioculturales después del impacto, han sido testigos directos de la agresión o les ha afectado personalmente. Por ejemplo en el caso de las personas cercanas a víctimas primarias de actos de violencia colectiva.

b1. **Victimas indirectas o secundarias de ingreso:** Incluye bomberos, personal de ambulancias, policías (voluntarios y agentes de ayuda que padecen del estrés psicosocial y las condiciones físicas post-catástrofe).

b2. **Afectados contextuales:** Son aquellos que sin haber sido afectados personalmente por la agresión quedan traumatizados por haber sido testigos directos de la misma (21).

El impacto de la violencia en el aspecto emocional excede el ámbito directo de sus víctimas. Pueden ocurrir alteraciones emocionales entre testigos presenciales del hecho violento, entre quienes prestan auxilio o incluso entre los familiares y allegados de las víctimas directas. La violencia colectiva puede instaurar la sintomatología del estrés emocional, del miedo, ansiedad e inseguridad; producir mayor aislamiento y menor confianza social e institucional. El trauma psicosocial expresa la cristalización en individuos de relaciones sociales basadas en la violencia, la polarización social y las creencias estereotipadas. La desesperanza, la desconexión cognitiva, las conductas evitativas, el abuso de sustancias tóxicas, etc, son frecuentes en estos casos. Los niños y adolescentes pueden verse atrapados en un discurso legitimador de la violencia, quizá también protegidos psicológicamente (35).

El clima social dominado por el miedo, el odio y la ansiedad, el trauma psicosocial, la pérdida de autoestima, la desesperanza, y la sensación de injusticia de las víctimas pueden ser perpetuadores de la violencia. La violencia colectiva repercute en las relaciones sociales de sus víctimas y los traumas sociopolíticos causan extrema ansiedad, desorientación, desesperanza y desmoralización en la población directa o indirectamente afectada (9).

Frecuentes formas de afrontamiento inadaptativos como la evitación y abandono, desconexión cognitiva y conductual, produciéndose un mayor aislamiento social, des-cohesión grupal y menor solidaridad, lo que conlleva a la pérdida de confianza social e institucional y el mundo se percibe con menos sentido, menos controlable y más injusto. Así como afectando a la percepción de las víctimas generando ideas sobre la normalidad de la violencia. Que hay circunstancias que justifican el uso de la violencia, por ejemplo cuando se está enfadado o cuando los demás no hacen lo que uno quiere; que el que ejerce el control es el más fuerte y tiene derecho a castigar a los demás, el castigo es impredecible. No existen normas o reglas que aseguren su no ocurrencia. Si no eres el más fuerte, debes ser sumiso (36).

De las alteraciones que produce la violencia colectiva sobre la salud de sus víctimas destacan, además de la muerte, varias alteraciones derivadas de lesiones corporales y psicológicas.

El impacto es más fuerte a mayor cercanía física, temporal y psicológica de los hechos de violencia colectiva, el apoyo social interpersonal y el contexto social juegan un papel importante en la modulación de estos efectos. Así se ha visto que personas que han sido víctimas de violencia colectiva en contextos de apoyo y atribución de significado positivo del hecho violento mantienen un buen funcionamiento psico-social⁸. La violencia colectiva tiene un efecto sanitario cuyas causas podemos dividir en tres grandes rubros:

Primero, una mayor mortalidad y una que genera defunciones por causas externas, principalmente relacionadas con las armas, también, incide en una mayor morbilidad como las lesiones por causas externas, las provocadas por las armas, la mutilación, las minas terrestres antipersonales, las quemaduras y las intoxicaciones; y segundo, la morbilidad asociada a la salud mental como la ansiedad, depresión, trastorno postraumático por estrés, comportamiento suicida y por último una mayor discapacidad, física, psíquica, y social (5).

Dentro de la discapacidad o morbilidad a nivel psíquico o de la salud mental resaltan tres grandes afecciones cuya descripción y desarrollo es fundamental para este estudio, ya que no solo son las que serán evaluadas, además representan las consecuencias de la violencia en la calidad de vida de los sujetos.

III. HIPÓTESIS:

“Toda reforma impuesta por la violencia no corregirá en nada al mal: el buen juicio no necesita de la violencia.”

León Tolstoi

Según el “Programa Nacional para la Prevención Social de la Violencia y la Delincuencia” marca como prioritarios para su intervención tres polígonos conformados por colonias con altos índices de delictividad en la Zona Metropolitana de San Luis Potosí.

La literatura reporta que un mayor número de personas que viven en escenarios marcados por la violencia tienden a padecer depresión y ansiedad.

Por lo que:

Hi: Existe una mayor prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión en las madres que viven dentro del polígono con altos índices de violencia y marginación respecto a las que viven afuera de este polígono, en la ciudad de San Luis Potosí.

IV. OBJETIVOS.

“Para una persona no violenta, todo el mundo es su familia.”

Mahatma Gandhi.

4. 1 Objetivo General:

Realizar un análisis comparativo entre la presencia de síntomas de depresión y ansiedad en madres de familia que viven dentro y fuera del polígono de violencia social seleccionado por el Programa Nacional de Prevención Social de la Violencia y la Delincuencia, en la Zona Metropolitana de San Luis Potosí.

4. 2 Objetivos Específicos

1. Identificar los aspectos socio-demográficos dentro y fuera del polígono con alto índice de violencia seleccionado por el Programa Nacional de Prevención Social.
2. Identificar la prevalencia de los síntomas de depresión en las madres de familia que viven dentro y fuera del polígono de violencia social seleccionado.
3. Evaluar la sintomatología de ansiedad en las madres de familia que viven dentro y fuera del polígono de violencia social seleccionado.
4. Identificar el nivel de victimización (directa, indirecta y en su colonia) a través de los delitos percibidos por las madres de familia participantes en el estudio.
5. Establecer una comparación de las prevalencias entre los polígonos seleccionados con violencia social y sin ella, sobre los aspectos anteriores.

V. METODOLOGÍA.

5.1 Tipo de Estudio.

El estudio fue de tipo descriptivo, explicativo y cuantitativo.

5.2 Diseño Metodológico.

El diseño del estudio fue de campo y transversal ya que se realizó una sola medición en el tiempo, recolectando datos de carácter cuantitativo adecuados para el análisis estadístico comparativo e inferencial.

5.3 Límites de Tiempo y Espacio.

Se llevó a cabo en las colonias localizadas dentro y fuera del polígono con mayores índices de violencia social y delictividad delimitado por el Programa Nacional de Prevención Social para la Violencia y la Delincuencia 2013, considerando como unidades de delimitación las áreas geoestadísticas básicas (AGEB) del INEGI(Anexo 1).

De acuerdo a lo anterior el polígono quedó conformado por dos AGEB urbanos: el primero, con clave 2402800013497 correspondiente a la colonia Tercera Chica, con un índice de muy alta marginación (0.1652), una población total de 4098 habitantes, de los cuales 2075 son mujeres, y de éstas, 1296 son mayores de 15 años. El promedio de escolaridad es de 7.78 que corresponde a primero de secundaria. El segundo AGEB con clave 2402800010929 y correspondiente a la colonia Tercera Grande, tiene un índice de marginación alto (0.5021), con una población total de 5751 habitantes, siendo 2933 mujeres, de las cuales 1811 tienen 15 años o más (Anexo 2,3).

Para las escuelas fuera del polígono de violencia se ubicaron centros educativos contiguos que compartieran el mismo estrato socioeconómico pero que no

resultaron con altos índices de violencia de acuerdo al Programa Nacional de Prevención de la Violencia.

5.4 Universo y Muestra.

La unidad de análisis fue el individuo y en este caso fueron las madres de familia con hijos en edad escolar.

Muestra: La selección de las madres participantes, se realizó por medio de un muestreo aleatorio simple, sin reemplazo, considerando dos estratos por gradiente de violencia. Estrato 1 (con mayor índice de violencia social), Estrato 2 (con bajos índices de violencia social reportados). Al interior de cada estrato se seleccionaron los conglomerados correspondientes a las escuelas primarias ubicadas en cada sitio de estudio.

De las escuelas de acuerdo con el número de familias inscritas se realizó un cálculo del tamaño de muestra aplicando la fórmula de tamaño de muestra para población finita con límite de confianza 95% ($\alpha=0.005$) y considerando un error maestro 5% ($i=0.05$, $Z=1.96$) UNICEF, 1995

$$n = \frac{Z_{\alpha}^2 \cdot N \cdot p \cdot q}{i^2(N-1) + Z_{\alpha}^2 \cdot p \cdot q}$$

Dónde:

- N = Total de la población
- Z_{α} = 1.96 al cuadrado (si la seguridad es del 95%)
- p = proporción esperada (en este caso 5% = 0.05)
- q = 1 – p (en este caso 1-0.05 = 0.95)
- d = precisión (en su investigación use un 5%).

Las escuelas dentro del polígono de violencia son:

- Esc. Prim. Mat. 16 de Septiembre
- Esc. Prim. Vesp. Fco González Boca Negra

- Esc. Prim. Rogelio Torres López

Y las escuelas fuera del polígono fueron:

- Esc. Prim. Of. Ignacio Manuel Altamirano
- Esc. Primaria Alberto Pedroza
- Esc. Prim. Vesp. Gral. Mariano Arista
- Esc. Prim. Guillermo Prieto
- Esc. Prim. Mat. Josefa Ortiz de Domínguez (Anexo 4)

Criterios de inclusión:

- Ser madre de familia de por lo menos un hijo en edad escolar (6-12 años)
- Tener una edad mínima de 18 años.
- Tener viviendo en la colonia un mínimo de 6 meses.
- Que su hijo estudie en una de las escuelas inmersas en el polígono.
- Que decida de manera voluntaria participar en el estudio.

Criterios de eliminación:

- Que se mude de residencia durante el estudio.
- Que no dese seguir en el estudio.
- Que no termine la batería completa de pruebas.

La muestra total conformada por el cálculo de la muestra por la cantidad de madres inscritas en la escuela y que tenían los criterios de inclusión fue de 116 mamás al interior de los polígonos de violencia y 187 fuera de ellos.

5.5 Variables.

Las variables demográficas obtenidas en el estudio incluyeron: edad y estrato socioeconómico

La sintomatología asociada a depresión en cualquiera de sus manifestaciones, encuadrando a la sentida en el último año.

La sintomatología de ansiedad con factores contextuales (individuo, familia y comunidad).

La presencia de violencia en su colonia, así como si fueron víctimas directas o indirectas de delitos tipificados (Anexo 5).

5.6 Instrumentos.

Sintomatología de depresión escala CES-D

Instrumentos: los instrumentos son pruebas validadas para población mexicana aplicando un análisis de interpretación estadístico escalar (cuantitativo).

El CES-D sirve para la detección de casos de depresión con base en su sintomatología durante la última semana es auto aplicable, breve, no requiere personal especializado para aplicación y calificación y puede ser aplicable en contextos fuera de la práctica clínica y psiquiátrica. Considera una baja inversión monetaria pues es del dominio público.

Está compuesta por 20 reactivos, que representan seis áreas componentes de la depresión, tanto anímicas como somáticas: ánimo deprimido, culpa/minusvalía, desesperanza, retardo psicomotor, pérdida del apetito y alteraciones del sueño. Las respuestas, en escala tipo Likert, corresponden a la frecuencia de estos síntomas en la última semana. El rango teórico de la escala va de 0 a 60, con una mayor puntuación indicando mayor número y frecuencia de síntomas depresivos, en el que el punto de corte se encuentra en 16 considerándose a partir de esta sintomatología clínicamente significativa.

Es un instrumento que por sus características se ha convertido posiblemente en el instrumento de tamizaje más utilizado en la investigación con población abierta para identificar la presencia de malestar psicológico generalizado o sintomatología depresiva. Ayuda a establecer un monitoreo para la detección de sintomatología depresiva elevada como un aspecto fundamental del malestar emocional. Sirve para determinar la magnitud de la problemática y trabajar en la prevención y los datos que arroja dan la posibilidad de diseñar acciones para la intervención y tratamiento.

Cuenta con validación en México en población rural adolescente y estudiantes de nivel medio y superior así como adaptación y validez en población adulta (particularmente mujeres) rural en contextos de alto índice de migración y consumo excesivo de sustancias.

Posee un análisis de datos censurados en el manejo de datos incompletos de la CES-D utilizando una base de datos de un estudio con mujeres rurales de México.

Esta prueba no permite hacer el diagnóstico de un trastorno psiquiátrico, sin embargo es un indicador válido de la presencia e intensidad del malestar emocional (Anexo 6).

Sintomatología de Ansiedad AMAS-A

La escala AMAS fue desarrollada por Reynolds, Richmond y Lowe en el año 2003 en los Estados Unidos, a partir de la CMAS-R o Escala de ansiedad manifiesta en niños.

La primera escala (AMAS-A) está diseñada para utilizarse en la evaluación del nivel de ansiedad que experimentan los individuos a lo largo del rango de edad que va desde la adultez temprana hasta la mediana edad tardía. Está normalizada para ser usada con sujetos con edades comprendidas entre los 18 y 59 años. Consta de 36 reactivos y contiene tres sub-escalas de ansiedad y una de validez.

Estas sub-escalas son; la sub-escala de inquietud/hipersensibilidad (IHS) que mide el grado de inquietud y preocupación ante la vida, cuenta con 14 reactivos.

La sub-escala de ansiedad fisiológica (FIS) que como su nombre lo indica, es una medición de la respuesta somática a la ansiedad y el estrés, cuenta con 9 reactivos. La sub-escala de preocupaciones sociales/estrés (SOC) que mide los factores relacionados con el estrés que se asocian con la vida adulta, cuenta con 7 reactivos. Y por último la sub-escala de mentira que cuenta en la AMAS-A con 6 reactivos que ejemplifican conductas ideales y que se usa para determinar la validez de la información provista por el evaluado. Además, hay una sub-escala de ansiedad total (TOT) la cual es la suma de las puntuaciones de todas las sub-escalas, exceptuando la de mentira.

Los instrumentos que componen la AMAS son de gran utilidad para su utilización en la práctica clínica general, ya que puede ayudar al diagnóstico de la ansiedad como trastorno o como síntoma de algún otro problema. Puede además ser útil para supervisar los efectos de un tratamiento psicoterapéutico o farmacológico, aplicándose de manera repetida al paciente para ver el grado en que varía su nivel de ansiedad y, en caso de no darse dicha variación, considerar tratamientos alternativos. Además de esto la AMAS y escalas que la conforman tienen una amplia selección de aplicaciones en centros de orientación universitarios, hospicios y centros geriátricos, permitiendo también distinguir entre individuos con niveles normales de estrés y aquellos con estrés clínicamente significativos.

La principal limitación del AMAS, si puede llamarse de esa manera, es el hecho de que los resultados obtenidos con esta escala requieren de un buen grado de capacitación y experiencia de parte del evaluador para realizar una interpretación correcta de ellos. Quien tenga la responsabilidad de efectuar dicha interpretación de resultados debe para ello tomar en cuenta el motivo de consulta y el contexto de vida del evaluado, junto con datos secundarios obtenidos a partir de fuentes como pruebas adicionales o entrevistas con personas allegadas al sujeto evaluado.

Los tres instrumentos que conforman la AMAS fueron diseñados para aplicarse y calificarse de manera rápida y sencilla. No obstante siempre es importante que tanto la aplicación como la posterior calificación de estos instrumentos sean

supervisadas por un profesional de la salud mental que cuente con experiencia en la interpretación de resultados de pruebas psicológicas (Anexo 7).

Estrato socio-económico AMAI

En México el Nivel Socioeconómico se mide a través de la regla AMAI 10X6. Esta regla es un índice que clasifica a los hogares en seis niveles, considerando nueve características o posesiones del hogar y la escolaridad del jefe de familia o persona que más aporta al gasto.

El nivel socioeconómico representa la capacidad para acceder a un conjunto de bienes y estilo de vida. Cuyos objetivos son Identificar y actualizar las posesiones y variables que mejor determinan el nivel socio-economico, establecer la comparabilidad estableciendo homologación con los principales indicadores de bienestar y pobreza.

Consta de 10 items con respuestas polinómicas cada una con distinto valor, y la sumatoria de estas permite acceder al estrato del integrante con mayor ingreso en la familia (Anexo 8).

Violencia Encuesta de Victimización y Percepción sobre Seguridad Pública

Su objetivo es obtener información con representatividad a nivel nacional y estatal que permita realizar estimaciones de la prevalencia delictiva que afecta a los hogares durante, los niveles de incidencia delictiva y cifra negra.

Asimismo, busca obtener información sobre la percepción de la seguridad pública, así como el desempeño de las instituciones a cargo de la seguridad pública y la justicia, aborda los 7 tipos de delitos tipificados, entre los que se encuentran, el robo, extorción, fraude, homicidio, agresiones físicas, venta o consumo de alcohol y drogas.

Los primeros 7 items están dirigidos a la victimización directa, en la que el sujeto encuestado pudo haberlos vivido en su colonia, los siguientes 7 a la victimización indirecta; algún familiar cercano a ellos que los haya vivido dentro de su colonia y

por ultimo aborda la posibilidad de saber si conocen la presencia de estos en su colonia a pesar de no haberlos vivido de manera directa o indirecta. (Anexo 9)

5.9 Procedimientos.

Utilizando el Programa Nacional Contra la Violencia y la Delincuencia, que marcaba 3 polígonos con la presencia de altos índices de violencia, se identificaron los AGEBS que componían los polígonos, se buscó la información sobre su población total y población femenina y la población femenina mayor a 15 años, su grado de marginación para CONAPO y después a ubicar las escuelas primarias que estuvieran cerca o dentro de los polígonos para realizar el muestreo.

Al ir al reconocimiento del área de estudio, se descubrió que no todas las escuelas estaban registradas por el INEGI existen varias escuelas que no estaban en los mapas y otras escuelas ya no existían a pesar de tener los registros, solicito una junta con el director de 14 escuelas de las cuales solo accedieron al proyecto 8.

Se elaboraron cartas de autorización y presentación del proyecto para los directores de las escuelas, que estuvieran dentro de los polígonos de violencia, así como para las escuelas que solo estuvieran colindantes para el estudio.

Se entregaron las cartas después de una breve introducción al proyecto, se solicitaba al director de la escuela si tenía alguna fecha de junta académica con las madres de familia para aplicar los instrumentos.

En la mayoría de los casos no había una junta próxima por lo que se procedió a abordar a las madres de familia a las horas de entrada y salida de los niños de las escuelas y a la hora de los recesos. Se solicitaba al director de la escuela sillas o un aula para la aplicación del instrumento en esos momentos de afluencia por parte de las madres de familia.

Posteriormente se realizó un nuevo trazó un mapa ubicando las escuelas que aceptaron participar en el estudio, dentro y fuera de los polígonos de violencia para el análisis posterior.

5.8 Análisis Estadístico.

Análisis estadístico: Se obtuvieron medidas de tendencia central (media, mediana, desviación estándar y coeficiente de variación) del conjunto de datos de las colonias evaluadas dentro del polígono de violencia (DPV) y fuera del (FPV), y para identificar diferencias entre éstos, se realizó un análisis de comparación de medias para muestras independientes ya que los datos no tuvieron una distribución normal y se aplicó la prueba no paramétrica de t para comparar dos variables independientes, asimismo, se realizó el cálculo de prevalencias a partir de la obtención de las frecuencias relativas de los datos generados para cada escuela por polígono evaluada. Finalmente, se corrió una regresión lineal para identificar posibles relaciones causales entre las variables.

Los datos fueron analizados con el programa estadístico SPSS. Versión 21.

VII. CONSIDERACIONES ÉTICAS Y LEGALES.

“Estoy convencido que al final siempre prevalecerá la verdad y el amor entre los hombres por sobre la violencia y la opresión.”

Dalai Lama

Este estudio está basado en de los lineamientos establecidos en la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, Que establece: “Para tomar parte en un proyecto de investigación, los individuos deben ser participantes voluntarios e informados”; además considera La Ley General de Salud de México en su Título Quinto, Capítulo Único, Art. 100 referente a la investigación en seres humanos, en sus apartados III y IV señala que en función de que el proyecto contempla la participación de madres de familia que viven en colonias con altos índices de criminalidad, que serán seleccionadas para la investigación; y este estudio solo podrá realizarse solo cuando exista la seguridad de que no se expone a riesgos, ni daños innecesarios a las participantes y que se deberá contar siempre con su consentimiento informado por escrito. Lo anterior coincide con la Ley de Salud del Estado de San Luis Potosí en su Artículo 84, fracciones III y IV.

Ya que en este estudio no se tomarán muestras biológicas ni se emplean procedimientos físicos, y no se realizará ningún tipo de intervención en las variables, personales, grupales ni comunitarias la Ley General de Salud relativo a Investigación, este estudio es catalogado “riesgo mínimo” y también se aclara que siempre debe respetarse el derecho de los participantes a proteger su integridad. Se debe asegurar que no exista ninguna clase de repercusiones para resguardar la intimidad de los individuos, como el proteger la confidencialidad de la información y para reducir al mínimo las consecuencias de la investigación sobre su integridad física y mental.

En este estudio es primordial que cada una de las participantes reciban la información adecuada ya que el tener un mayor conocimiento acerca de los objetivos, podría suponer un sesgo en la muestra y quizás un riesgo para su

seguridad por lo que serán segadas en el objetivo general del estudio mas no en los métodos, beneficios calculados, riesgos previsibles e incomodidades derivadas de su participación.

Este estudio cuenta con la aprobación del comité académico de la maestría en salud pública y cuenta con el código de registro **GVII 17-2013** Y con la aprobación del comité de ética en investigación cuyo registro es **CEIFE-2014-087**. (Anexos 10, 11)

En el ejercicio de investigación se considera que las madres de familia decidan en un primer momento participar de manera voluntaria, deberán ser informadas del derecho de retirar su participación y consentimiento en cualquier momento, sin exponerse a represalias.

Como profesional de la salud se debe asegurarse de que los individuos comprendan la información, se obtuvo por escrito el consentimiento informado y voluntario de los participantes. (Anexo 12)

Como principio ético el investigador está obligado a informar a los participantes la información pertinente sobre los avances de su estudio, las participantes tienen todo el derecho de solicitarle al investigador la información que consideren necesaria acerca de los procedimientos, así como de abandonar la investigación cuando lo desee, sin ningún tipo de represalias por parte del investigador.

Toda la información obtenida será con instrumentos de medición validados para la población mexicana, se procesaran los datos y se entregaran de manera confidencial solo se entregaran a las participantes propietarias de sus resultados respectivamente

La presente investigación es con el fin de medir la prevalencia de síntomas de depresión y ansiedad en madres de familia que viven en escenarios de violencia social, respetando los puntos anteriores se espera que los resultados puedan servir para la publicación de artículos de divulgación científica, cuyo primer lugar lo ocupa el alumno que realiza la investigación, luego su director de tesis y después

los involucrados. Esto con el fin de ampliar el conocimiento sobre el tema y poder generar propuestas de intervención. (Anexo 13)

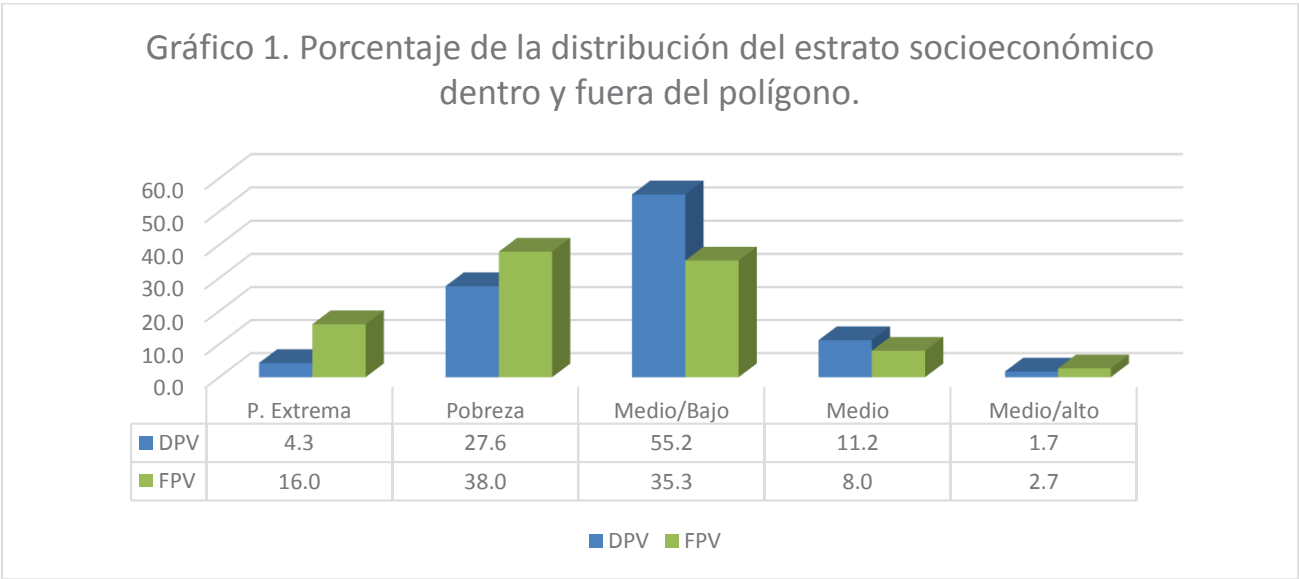
Se obtuvo la autorización por parte de los directores de las escuelas con una carta de invitación para participar en el estudio.

VII RESULTADOS:

A continuación se presentan los resultados obtenidos a partir del procesamiento de los datos de las madres de familia que viven dentro y fuera de los polígonos de violencia, sus características socio-demográficas, la prevalencia de los síntomas de ansiedad y depresión, la cantidad de delitos de los que han sido víctimas de manera directa o indirecta y la comparación de dichas prevalencias.

7.1 Apartado Socio-demográfico.

Los datos socio-demográficos arrojan que la mayor parte de la población se encuentra en los estratos de pobreza y en los medio bajo para ambos polígonos como se observa en el gráfico 1.



Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados de la Encuesta Nacional de Victimización y Percepción sobre seguridad Pública

7.2 Apartado sobre la prevalencia de las sintomatologías de depresión y ansiedad.

Se presenta a continuación las medidas de tendencia central, de dispersión y de posición de las prevalencias de depresión y ansiedad dentro y fuera del polígono, así como para cada uno de los conglomerados, destacando que en la prevalencia de depresión las medias más altas fueron 24.52 y 21.79 para DPV y FPV respectivamente. Se presentan valores mínimos de 0 mientras que el mayor más alto lo tiene la escuela 16 de septiembre con 55 en depresión. Para la sintomatología de ansiedad las medias más altas son de 18.39 DPV y de 18.87 FPV. Con Valores mínimos de 1 para ambos polígonos y valores máximos de 30 igual para ambos. La escuela con mayores puntajes es la escuela “16 de Septiembre” para depresión y ansiedad DPV mientras que FPV la “Guillermo prieto” tiene la puntuación mayor para depresión y la “Mariano Arista” para ansiedad. Como se aprecia en el cuadro 1.

Cuadro 1. Medidas de tendencia central, dispersión y posición para la sintomatología de depresión y ansiedad.

		Dentro del Polígono de Violencia			Fuera del Polígono de Violencia				
Escuelas		Rogelio Torres López	16 de septiembre	Fco. Gonzales Bocanegra	Josefa Ortiz	Mariano Arista	Alberto Pedrosa	Guillermo Prieto	Ignacio Manuel Altamirano
Características		N=54	N=31	N= 31	N= 31	N=30	N=32	N=53	N=40
Depresión. P < 16	Media	20.49	24.52	22.13	15.23	18.35	18.84	21.79	21.70
	Mediana	18.00	21.00	18.00	14.00	15.00	14.50	19.00	19.00
	Desv. típ.	12.380	16.988	12.561	10.682	10.644	13.179	13.037	12.744
	Mínimo / Máximo	0 / 48	0 / 55	7 / 50	0 / 42	4 / 48	2 / 48	6 / 48	3 / 48
	Percentil 25.	11.00	10.00	12.00	8.00	11.00	8.25	11.00	12.25
	Percentil 50.	18.00	21.00	18.00	14.00	15.00	14.50	19.00	19.00
	Percentil 75.	29.50	43.00	32.00	19.00	26.00	27.75	28.00	31.75
	Percentil 90.	40.60	48.00	46.00	31.80	32.00	40.40	48.00	47.20
	Percentil 95.	44.50	51.40	48.80	40.80	41.40	46.05	48.00	48.00
Ansiedad p.<15	Media	16.20	18.39	16.26	13.90	17.87	17.38	16.74	17.48
	Mediana	15.50	20.00	13.00	14.00	19.00	18.00	18.00	19.00
	Desv. típ.	9.050	10.022	7.470	6.906	7.940	7.263	7.227	8.064
	Mínimo / Máximo	1 / 30	2 / 30	4 / 30	2 / 27	3 / 29	1 / 28	1 / 30	2 / 30
	Percentil 25.	7.75	9.00	11.00	7.00	10.00	12.50	11.50	10.25
	Percentil 50.	15.50	20.00	13.00	14.00	19.00	18.00	18.00	19.00
	Percentil 75.	25.00	29.00	21.00	19.00	25.00	23.00	21.00	23.00
	Percentil 90.	28.50	30.00	28.80	23.80	28.60	27.00	27.60	30.00
	Percentil 95.	30.00	30.00	29.40	25.20	29.00	28.00	30.00	30.00

Fuete: Elaboración propia a partir de los resultados del CES-D y AMAS-A.

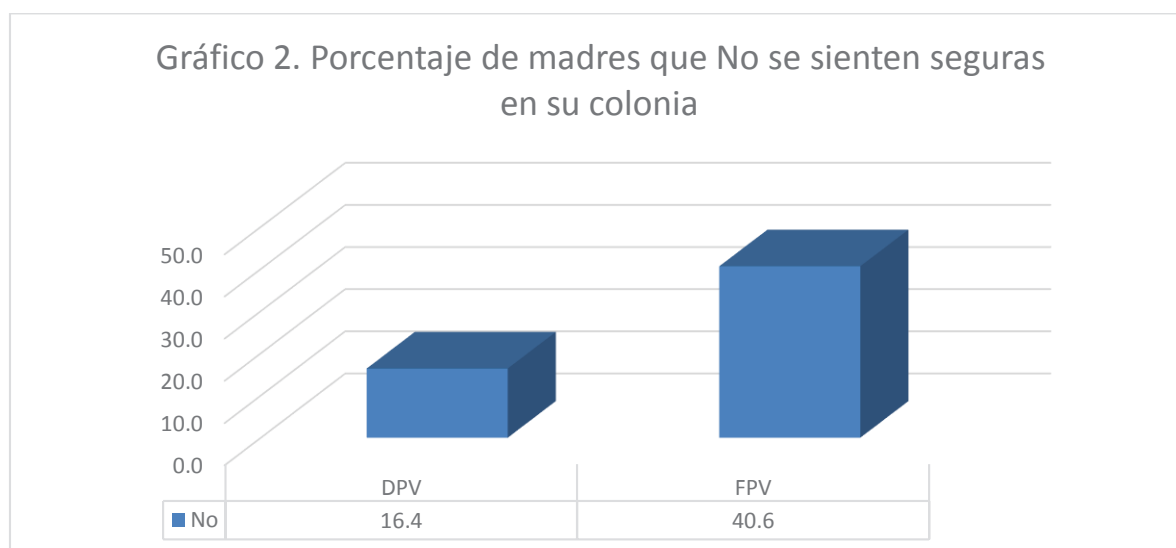
Para los porcentajes de las prevalencias de los síntomas asociados a la depresión y ansiedad encontrados al interior del polígono más del 31% padece depresión severa, mientras que para el grupo que vive fuera del polígono los porcentajes se mantienen cercanos al 30%. Para la ansiedad extrema se observa que los grupos afuera del polígono de violencia presentan los mayores porcentajes de prevalencia de la sintomatología en contraste con los grupos que viven en el interior. Cuadro 2.

Cuadro 2. Porcentajes de la prevalencia de sintomatología de depresión y ansiedad dentro y fuera del polígono de violencia y por estrato.

		Dentro del Polígono de Violencia			Fuera del Polígono de Violencia				
		Rogelio Torres López	16 de septiembre	Fco. Gonzales Bocanegra	Josefa Ortiz	Mariano Arista	Alberto Pedrosa	Guillermo Prieto	Ignacio Manuel Altamirano
Depresión. P. < 16	Escuelas.								
	Características.	n .54	No. 31	No. 31	No. 31	No.30	No. 32	No.53	No. 40
	No Depresión.	46.3	45.2	35.5	61.3	51.6	56.3	39.6	40.0
	Depresión Leve.	11.1	3.2	22.6	16.1	12.9	3.1	20.8	12.5
	Depresión Moderada.	11.1	12.9	9.7	3.2	9.7	12.5	13.2	17.5
	Severa.	31.5	38.7	32.3	19.4	25.8	28.1	26.4	30.0
Ansiedad p. < 15	Ansiedad Baja.	27.8	25.8	22.6	29.0	19.4	15.6	17.0	20.0
	Ansiedad Leve.	3.7	6.5	6.5	16.1	9.7	6.3	7.5	12.5
	Elevación Leve.	14.8	9.7	22.6	0.0	3.2	3.1	11.3	5.0
	Clínicamente Sig.	9.3	6.5	3.2	19.4	9.7	18.8	5.7	2.5
		Extrema	44.4	51.6	45.2	35.5	58.1	56.3	58.5

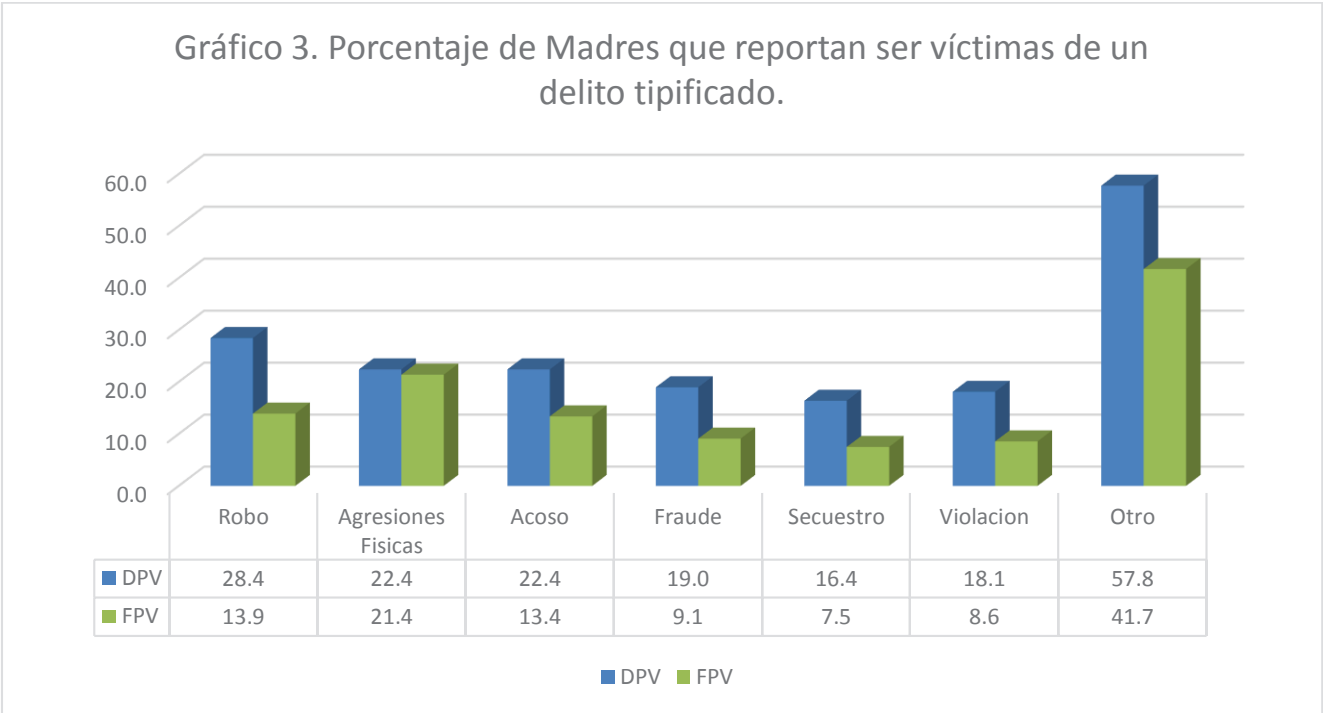
Fuete: Elaboración propia a partir de los resultados del CES-D y del AMAS-A.

7.4 Apartado sobre la Victimización Directa.



Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados del instrumento violencia y victimización.

En el gráfico 2. Se presentan los porcentajes dentro y fuera del polígono de violencia sobre las madres que fueron víctimas de algún delito tipificado en el último mes. Destacando que los porcentajes más altos corresponden a la población que vive dentro del polígono de violencia, sin embargo para ambos estratos los delitos con mayor frecuencia son los denominados “otro” en los que se puede incluir el homicidio, el daño en las cosas, consumo de drogas etc...

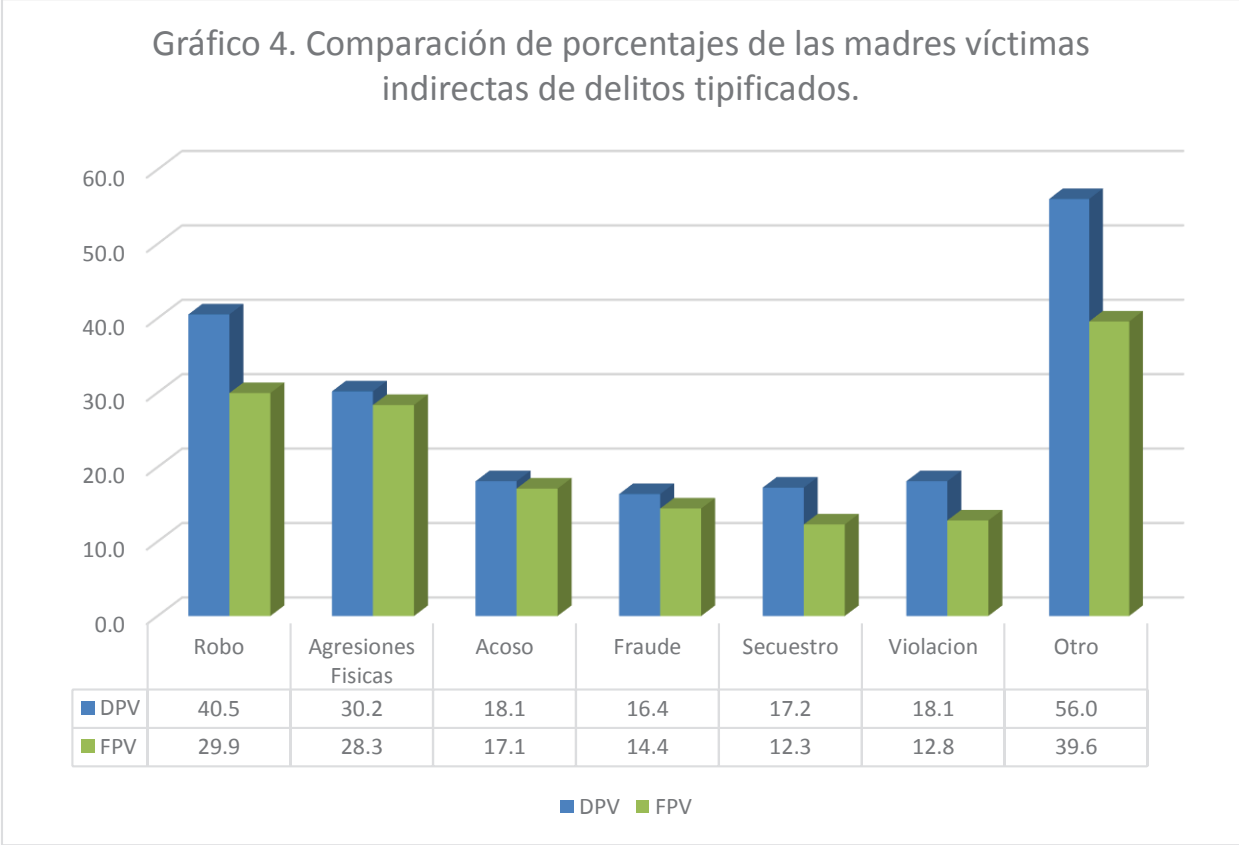


Fuete: Elaboración propia a partir de los resultados del instrumento violencia y victimización.

7.5 Apartado de Victimización Indirecta

En el siguiente apartado se presenta una gráfica se presenta una comparación de los porcentajes de las madres que viven DPV y FPV que refieren que algún

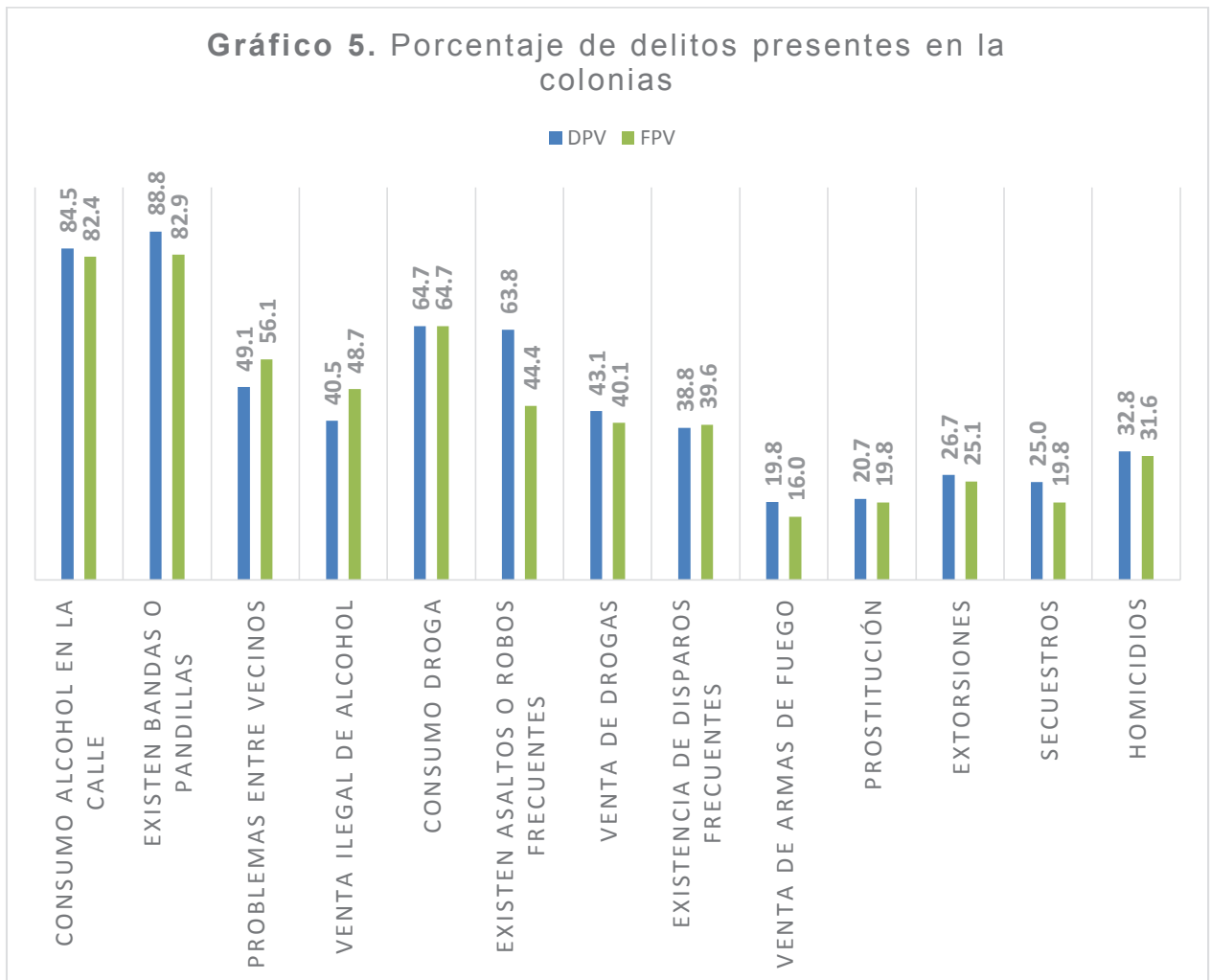
familiar o un amigo de ellas sufrió de algún delito tipificado, en el último mes, considerando que el delito denominado como “otro” recibe el mayor porcentaje seguido de el de robo.



Fuete: Elaboración propia a partir de los resultados del instrumento violencia y victimización.

7.6 Presencia de delitos tipificados en la colonia donde vive.

En el gráfico 4. Se presentan la comparación porcentual de ambos grupos (DPV y FPV) sobre los delitos que las madres de familia refieren existir en su colonia. Destacando que los mayores se obtienen de las madres que viven al interior del polígono, la presencia de bandas y pandillas así como la venta de alcohol en la calle reciben las mayores puntuaciones.



Fuete: Elaboración propia a partir de los resultados del instrumento violencia y victimización.

7.7 Apartado sobre la diferencias entre las medias.

No hubo diferencia significativa entre las medias de los grupos para la sintomatología de depresión y ansiedad en relación a ninguno de los estratos, DPV y FPV. Por lo que se rechaza la hipótesis alterna ya que no se encuentran diferencias significativas entre las medias entre los grupos. Lo que hace pertinente un análisis de causalidad.

Cuadro 3. Prueba t para comparación de medias.

	Prueba para la diferencia de medias			
	t	Sig. (bilateral)	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
			Inferior	Superior
Depresión	1.571	.117	-.607	5.423
Ansiedad	.084	.933	-1.800	1.960
Violencia	1.712	.088	-.207	2.969

Fuente: elaboración propia a partir del análisis de los datos en el SPSS de los instrumentos CES-D, AMAS-A y la encuesta nacional de INEGI

Una regresión lineal no permitirá identificar el riesgo de la sintomatología depresiva y ajustarla con las demás variables del estudio. Lo mismo para la sintomatología de ansiedad y ver el comportamiento

Cuadro 4. Regresión lineal utilizando la depresión como variable dependiente

Modelo	Coeficientes		Sig.	Intervalo de confianza de 95.0% para B	
	no estandarizados	Coeficientes tipificados		Límite inferior	Límite superior
Estrato Socio-Económico	B -.020	Beta -.059	.207	-.050	.011
Edad de la madre	.036	.022	.631	-.111	.183
Presencia de violencia en la colonia	.291	.154	.002	.112	.470
Ansiedad	.856	.534	.000	.703	1.009

Fuente: Elaboración propia a partir del análisis de los datos en el SPSS de los instrumentos CES-D, AMAS-A y la encuesta nacional de INEGI.

Cuadro 5. Regresión lineal utilizando la ansiedad como variable dependiente

Modelo	Coefficientes no estandarizados	Coefficientes tipificados	Sig.	Intervalo de confianza de 95.0% para B	
	B	Beta		Límite inferior	Límite superior
Estrato Socio-Económico	-.012	-.057	.230	-.031	.007
Edad de la madre	.043	.042	.366	-.050	.135
Presencia de violencia en la colonia	.119	.101	.040	.005	.233
Ansiedad	.339	.544	.000	.278	.400

Fuente: Elaboración propia a partir del análisis de los datos en el SPSS de los instrumentos CES-D, AMAS-A y la encuesta nacional de INEGI.

En los modelos de regresión lineal las variables de presencia de violencia en la colonia y las sintomatologías de ansiedad y depresión tienen una relación significativa.

VIII DISCUSIÓN:

La Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, hecha en México al 2003, muestra que los trastornos más frecuentes identificados en nuestro país fueron los de ansiedad con una prevalencia de 14.3%, y los trastornos afectivos como la depresión de 9.1% en este estudio las prevalencias más bajas para el polígono de violencia fueron de 38.7 para depresión y 51.6 para ansiedad lo que nos muestra que las prevalencias dentro del polígono son 4 veces más que las reportadas a nivel nacional. Mientras que para las personas afuera del polígono sus prevalencias son de 30.0 para depresión y 60.0 para ansiedad, un incremento aún más alarmante para el triple para depresión y para ansiedad es un es cuatro veces más que la prevalencia nacional(38).

Este estudio tuvo la finalidad de comparar la prevalencia de la sintomatología de ansiedad y depresión en polígonos demarcados por el Programa Nacional contra la Violencia y la Delincuencia. De acuerdo a esto, se evaluaron con fines de comparación estratos que compartieran el mismo nivel socioeconómico para que éste no fuera un factor confusor, encontrando resultados similares a Ramírez-Osorio en cuanto a que el estrato o nivel socio-económico no explica la mayor parte de la carga de sintomatologías asociadas a depresión y ansiedad(39).

Sin embargo, la diferencia de las medias revela que no hubo diferencia significativa entre las personas que viven adentro y las que viven afuera del polígono de violencia, quizás porque la distancia entre las escuelas dentro y fuera del mismo no fue considerable para asociarlas como grupos con gradientes espaciales diferentes. Pero también señala que quizás el criterio que seleccionó el Plan para demarcar estos polígonos, que fue la cantidad de delitos tipificados, subestima la percepción de la gente sobre los delitos de los que son víctimas de manera directa o indirecta.

Las madres de familia que viven al interior del polígono refirieron sentirse seguras en la colonia en la que viven, a pesar de reportar porcentajes más altos en los delitos tipificados, tanto aquellos que fueron vividos de manera directa como

indirecta, además también mostraron porcentajes altos sobre la percepción de delitos en su colonia. No obstante, las madres de familia afuera del polígono tuvieron porcentajes más altos en ansiedad, además de reportar que no se sienten seguras en el lugar en el que viven. Similar a los estudios de Richard F. Mollica, en donde, a pesar de la violencia causada por el hombre y que ha generado sufrimiento a las personas en su comunidad, la identificación de sus consecuencias ha sido ignorada, descuidada o incluso negada por aquellas personas responsables de la recuperación de las mismas comunidades que usualmente son las víctimas (36).

Al no encontrar diferencias en las medias de los grupos dentro y fuera del polígono, se podría afirmar que se comportan como un solo grupo por lo que se realizó una regresión lineal para observar el comportamiento de las variables, y si existía una relación entre el estrato socio-económico y la edad de la madre que son variables que usualmente están relacionadas con la presencia de la sintomatología depresiva o de ansiedad, encontrando que éstas no explicaban la presencia de los síntomas en el polígono. Sin embargo, la falta de un gradiente que nos permitiera identificar la prevalencia de dichos síntomas en comunidades alejadas pero que tuvieran el mismo estrato o de comunidades que tuvieran estratos distintos hace difícil la lectura de cuanto del porcentaje de síntomas que encontramos están relacionada a la violencia social y no a otros tipos de violencia o a otros factores de riesgo para la presencia de estos dos padecimientos que son los más comunes en los tres niveles de atención (30).

Dentro de los otros hallazgos que se tienen en el estudio es la baja tasa de respuesta de los síntomas a pesar de que las madres de familia fueran víctimas directas de delitos en un tiempo mayor al mes de la ocurrencia, esto quizás se deba a una respuesta de sobre adaptación a la violencia y a la justificación que se hace de la misma y que varía según las culturas en las que esta es inmersa. Con las evidencias disponibles se puede afirmar que una escasa proporción de personas recurre a los servicios de salud por problemas de depresión, solicitando ayuda principalmente a familiares y amigos (1,7).

Otra explicación es que a pesar de que los resultados presentados muestran que el diagnóstico de trastornos depresivos es más frecuente entre las mujeres, estudios previos han documentado que éstas enfrentan problemas particulares para decidirse a solicitar atención médica, entre los que destaca su preocupación por no tener apoyo para cuidar a sus hijos mientras ellas son atendidas (12)

IX CONCLUSIONES:

La falta de diferencia estadística entre las medias, muestra la probable subestimación de la percepción sobre los hechos violentos que ocurren en ese polígono de violencia en nuestra ciudad capital.

Las múltiples manifestaciones de la violencia afectan la calidad de vida de las personas que son víctimas de ella, tanto para aquellas que viven el evento de manera directa, como para aquellas que algún ser querido o cercano las padece. En el caso de la violencia social, resulta un fenómeno complicado de abordar, porque se vive rodeado de ella, en los periódicos, noticieros, por la radio por la tele y en el caso de las madres de familia encuestadas, se manifiesta en su misma calle o a cuerdas de su hogar. Pero la vida de ellas tiene que continuar, hay que llevar a los hijos a la escuela, regresar a la casa, preparar un desayuno, llevarlo a la escuela, regresar a la hora del receso a dárselo a los hijos en las puertas de la escuela, regresar a casa o al trabajo y volver por ellos, para llevarlos al hogar. Y en todos estos trayectos el fantasma de la violencia acompaña sus pasos, a veces entra en sus casas y se lleva en el mejor de los casos bienes materiales, que con mucho trabajo hay que recuperar. No obstante, no es el único tipo de violencia que vive con ellas.

Esta investigación muestra que los esfuerzos de las autoridades, las instituciones y los investigadores no han sido suficientes para dimensionar con claridad lo que es una condición que se cree inherente a la condición humana y que se legitima en los discursos, justificando los actos violentos como parte de un círculo instintivo de ser devorados por el más fuerte.

A pesar de las desalentadoras cifras que se muestran a nivel mundial y local, la población se vuelve indiferente ante el fenómeno, como se observa en estas madres de familia que reportaban su seguridad a pesar de ser ellas mismas las que reportaban con mayor frecuencia y mayor facilidad la cantidad de delitos que las rodean.

Falta el trabajo de instituciones y profesionales, que intervengan de manera efectiva el problema, ya que las propuestas resultas por un programa promulgado hace tan solo dos años, no son percibidas por la población que viven en estos escenarios.

Existe una falta de credibilidad hacia las instituciones que tienen como función el proteger y curar a la población que lo único que queda por hacer es levantarse a seguir con la esperanza de terminar las rutinas.

A pesar de la prevalencia alta de enfermedades mentales como la depresión y la ansiedad, y que son los padecimientos que llegan con mayor frecuencia a los 3 niveles de atención resulta interesante que no existen muchos estudios que lo aborden y menos aún estrategias para apoyar a la mayor parte de la población.

Este estudio no pudo explicar cuántos de estos síntomas se atribuyen al fenómeno de la violencia social, pero permite ver en una muestra la cantidad alta de personas que están deprimidas, las que tienen ansiedad y los delitos de los que fueron víctimas, aun sin llegar a hacer asociaciones directas, permite reflexionar sobre tres problemáticas que están presentes en una población que no tiene los recursos para defenderse, y que esperan en silencio la ayuda de una situación que con la que ya aprendieron a vivir.

X. COMENTARIOS Y RECOMENDACIONES:

Para posteriores investigaciones o posibles réplicas del estudio en algún otro sitio que tenga contemplado trabajar con los polígonos de violencia demarcados por el Programa Nacional Contra la Violencia y la Delincuencia, será crucial ver el comportamiento espacial de la violencia, por lo que se sugiere que los sitios de referencia o de comparación no se encuentren tan cerca del polígono, porque se puede caer en el error de subestimar la percepción de las personas que sin tener que vivir dentro de él, sufren las consecuencias a un par de calles de su vivienda.

Otro aspecto a mejorar es contemplar la posibilidad del gradiente de violencia tanto de manera directa o indirecta como una posible variable que estuviera afectando la presencia de la sintomatología de depresión y ansiedad.

El contemplar un grupo “control” que no comparta ni el estrato socio-económico, ni la violencia y que funcionara como un gradiente extremo para ver qué tanto impacto tiene en los valores la violencia y la marginación en contra de los valores esperados de la presencia de los síntomas ya mencionados.

Una posible estrategia para contemplar el comportamiento de la violencia sería hacer una geo posición de las casas dentro del polígono y fuera de él para ver que tanto se le puede atribuir a vivir en determinada sección del polígono.

La estrategia de muestrear las escuelas resulta muy efectiva y conveniente para tener un mayor número de personas que participen en el estudio, pero quizás el investigar desde otras fuentes como asociaciones o casa por casa seguro arrojarían datos más interesantes sobre el tipo de exposición a la violencia que se vive en su hogar.

Realizar estudios del orden cualitativo ayudaría a comprender la percepción de las personas sobre los delitos, el proceso de victimización, sus posibles soluciones, temores e incluso entender la llamada “sobre-adaptación” a la violencia.

Es importante realizar talleres de sensibilización a la población, del como es intolerable vivir y permitir la violencia en cualquiera de sus manifestaciones, no solo como método de control o como el medio para conseguir fines. Sino como este malestar en la cultura y la forma en la que permitimos que permee nuestro entorno.

Es conveniente que se realicen intervenciones con las madres de familia para generar en ellas estrategias de empoderamiento, para que sus hijos puedan romper con patrones violentos de conducta.

Se necesitan políticas públicas en materia de salud, para enfrentar a estos dos grandes huecos que absorben a la población en México; Por un lado la violencia como fenómeno que nos afecta a todos, y es una determinante que afecta la esperanza de vida. Y por el otro lado la salud mental, que brilla por su ausencia en materia de atención y que si bien no tiene altos índices de mortalidad si son padecimientos altamente discapacitantes.

El Programa Nacional Contra la Violencia y la Delincuencia sugiere incrementar las bibliotecas y sitios de esparcimiento para jóvenes de los polígonos afectados, y destinara parte del presupuesto para ese fin, sin embargo sin estrategias efectivas para el cuidado y la atención oportuna de la población, es difícil que las personas que tengan arraigada la violencia, les sean de utilidad dichos espacios.

IX REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1 Amar J. Niños invulnerables. Factores cotidianos de protección que favorecen el desarrollo de los niños que viven en contextos de pobreza. *Psicología desde el Caribe* [en línea] 2000, (enero-julio) : [Fecha de consulta: 26 de junio de 2013] Disponible en: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21300505>> ISSN 0123-417X
- 2 Organización Mundial de la Salud. *Invertir en Salud Mental*. Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias. Organización Mundial de la Salud (OMS). Ginebra, Suiza. 2004.
- 3 Organización Panamericana de la Salud. *Informe mundial sobre la violencia y la salud. La violencia, un problema ubicuo*. Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud. Washington, D.C. 2002. p. 1–14.
- 4 Krug EG, Dahlberg II, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Organización Panamericana de la Salud. Washington. D.C. 2003.
- 5 Torres IA, Saldívar HA, Ochoa DL, Barrientos MC, Beltrán FA. El estudio de la violencia: un tema emergente de salud. *Aproximaciones teóricas y su magnitud*. *Revista Electrónica Medicina, Salud y Sociedad*. [serie en internet] 2012 mayo [citado mayo 2012];2 (3); [aprox. 31 p.]. Disponible en: <http://www.medicinasaludysociedad.com>
- 6 Markez I, Moreno F, Izarzugaza I. La violencia colectiva. Un problema de salud pública pendiente de ser investigado. *Norte de salud mental*. Vol VI. 2006. (25) 45-59.
- 7 Medina M, Borges G, Lara C, Ramos L, Zambrano J, Fleiz C. Prevalencia de sucesos violentos y de trastorno por estrés postraumático en la población mexicana. *Salud Pública de México*. 2005. (47) p. 8-22.
- 8 Comisión intersecretarial para la previsión social de la violencia y la delincuencia. *Bases Del Programa Nacional para la Prevención Social De La Violencia y La Delincuencia*. 2013. [Internet]. [Fecha de consulta: 07/10/2013] www.gobernacion.gob.mx/archivosPortal/pdf/Bases120213.pdf
- 9 García Ramírez F. Entrevista con Eduardo Guerrero. “Diagnóstico y escenarios de la violencia en México”. *Letras Libres*. 2012
- 10 Fairbank, JA, Putnam, JA, Harris WW. The prevalence and impact of child traumatic stress. En: M. J. Friedman, T. M. Keane, & P. A. Resick (Eds.). *Handbook of PTSD: Science and practice*. New York: Guilford Press. 2007. p. 229–251.

- 11 Grantham-McGregor S. Developmental potential in the first 5 years for children in. *Lancet*. 2007. (369): 60-70.
- 12 Peña M O. Estrés materno y el desarrollo infantil en comunidades del Estado Sonora. *Anuario de Investigaciones Educativas*. Volumen 6. 2003. p.171-179.
- 13 Wajid, M, Rana MH, Ali S. Psychosocial Impact of October 2005 Earthquake on Children and Adolescents Aged 9 to 18 Years, Assessed after One Year in Kashmir, Pakistan. *Pakistan Journal of Medical Research*. 2011. 50(4): 123-129.
- 14 Wu P, Musa GJ, Mandell DJ, Alvano AM, Hoven CW. Attack-Related Life Disruption and Child Psychopathology in New York City Public Schoolchildren 6-Months Post-9=11. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. 2010. 39(4): 460-469.
- 15 Palma, E. México: Entre la violencia y la consolidación del sistema de partidos. *Revista de ciencia* . 2010. 30(2): 379-396.
- 16 Klevens J. La violencia colectiva y los niños. En: Tremblay RE, Boivin M, Peters RDeV, eds. *Enciclopedia sobre el Desarrollo de la Primera Infancia* [en línea]. Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development y Strategic Knowledge Cluster on Early Child Development. 2012. p.1-8. Disponible en: <http://www.encyclopedia-infantes.com/documents/KlevensESPxp1.pdf> .
- 17 Austin RL. “Adolescent Subcultures of Violence” in *The Sociological Quarterly*, Vol. 21 1980. (4): p. 545-561
- 18 Delduque CM, Sousa JG, Costa AB, Campos SM, Pereira MF, Costa AJ. El derecho desde la calle: introducción crítica al derecho a la salud. FUB, CEAD. Brasilia 2012.
- 19 Ramírez de Alba L. México Evalúa, Indicadores de Víctimas visibles e invisibles de homicidio. 2012. www.mexicoevalua.org
- 20 Instituto Nacional de Estadística y Geografía, Estadísticas de mortalidad, 1990 a 2010. [Internet]. Disponible en:www.inegi.org.mx
- 21 Secretariado Ejecutivo del Sistema Nacional de Seguridad Pública, Centro Nacional de Información, Incidencia Delictiva, 1997-2012. [Internet]. [Fecha de consulta: 11/06/2013] Disponible en: http://www.secretariadoejecutivosnsp.gob.mx/es/SecretariadoEjecutivo/Incidencia_Delictiva

- 22 Dow WH, Schoeni RF, Adler NE, Stewart J. Evaluating the evidence-base: Policies and interventions to address the socioeconomic gradients of health. *Ann N.Y. Acad Sci.* 2010.
- 23 United Nations Research Institute for Social Development. *Combating poverty and inequality: Structural change, policies, and politics.* Geneva, Switzerland. 2010.
- 24 Goldsmith HH. Studying temperament via construction of the Toddler Behavior Assessment Questionnaire. *Child Development.* 1996.(67): p. 218–235.
25. López-Vázquez E, Marván ML. Risk perception, stress and coping strategies in two catastrophe risk situations. *Soc Behav Personal.* 2003; 31(1): 61-70.
26. Czeh, B. Lucassen PJ. What causes the hippocampal volume decrease in depression? *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience.* 2007. (257): 250-260
27. Sierra JC, Ortega V, Zubeidat I. Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Mal-Estar e Subjetividade.* 2003. (3): p. 10-19.
28. Sandín B. Chorot P. Concepto y categorización de los trastornos de ansiedad. En A. B. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.): *Manual de psicopatología.* Madrid: McGraw-Hill. 1995.
29. Tirapu J, Alcaiza C, Arrondo A, Gorriz F, Hernández R, Lapeña P, et al. Tratamiento del trastorno de estrés postraumático mediante la desensibilización por movimientos oculares. *Psiquis.* 2001. (22): 80-88.
30. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud. 2003.
31. Moreno F, De la Corte L, Sabucedo JM. *Psicología de la guerra: causas y efectos.* Psicología y derechos humanos. Barcelona: Icaria Editorial. 2004. p.145-87
32. Larizgoitia I, Izarzugaza I, Markez I, Fernández I, Iraurgi I, Larizgoitia A, et al. ¿Cómo influye la violencia colectiva en la salud?: Modelo conceptual y diseño del estudio ISAVIC. 2011. *Gac Sanit [periódico na Internet].* Jun
33. Branscombe NR, Doosje B. (eds.). *Collective guilt. International perspectives.* Nueva York: Cambridge University Press. 2004.
34. Halliday, F. «Terrorismo y perspectivas históricas: Comprender y evitar el pasado.» *Vanguardia Dossier.* 2004. (10) 14-32.

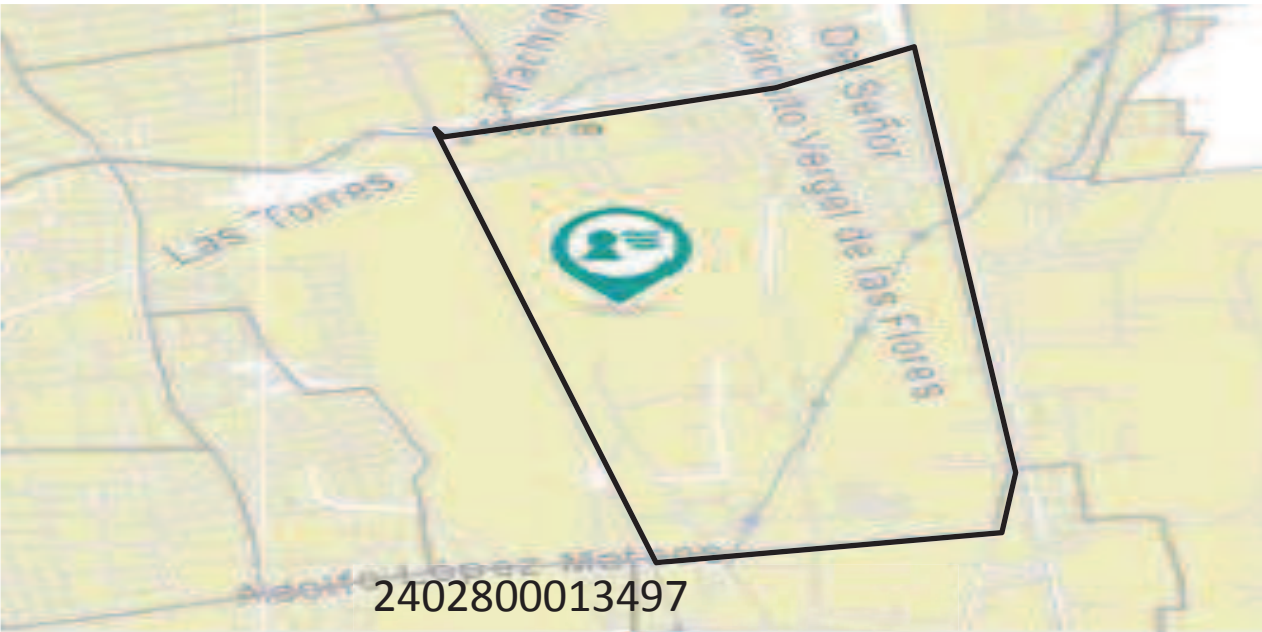
35. Jong JT, Komproe IH, Ommeren MV. Common mental disorders in postconflict settings. *Lancet*. 2003;361:227-252. Blanco A, Díaz D. Bienestar social y trauma psicosocial: una visión alternativa al trastorno de estrés postraumático. *Clínica y Salud*. 2004. (15): 227-252
36. Ma. Elena Medina, Guilherme Borges, Carmen Lara, et al. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología, Psiquiátrica en México *Salud Mental*, vol. 26, núm. 4, agosto, 2003, pp. 1-16,
37. Améry J. Más allá de la culpa y la expiación. Tentativas de superación de una víctima de la violencia. Valencia:Pre-Textos. 2001.
38. Ramírez-Osorio P, Hernández-Mendoza E. Resiliencia familiar, depresión y ansiedad en adolescentes en situación de pobreza. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*. 2012;20(2):63-70
39. Richard F. Mollica. *Actuaciones Psicosociales en Guerra y Violencia Política*. Ed Ex Libris. Madrid. 1999. pg. 45-61.

ANEXOS.

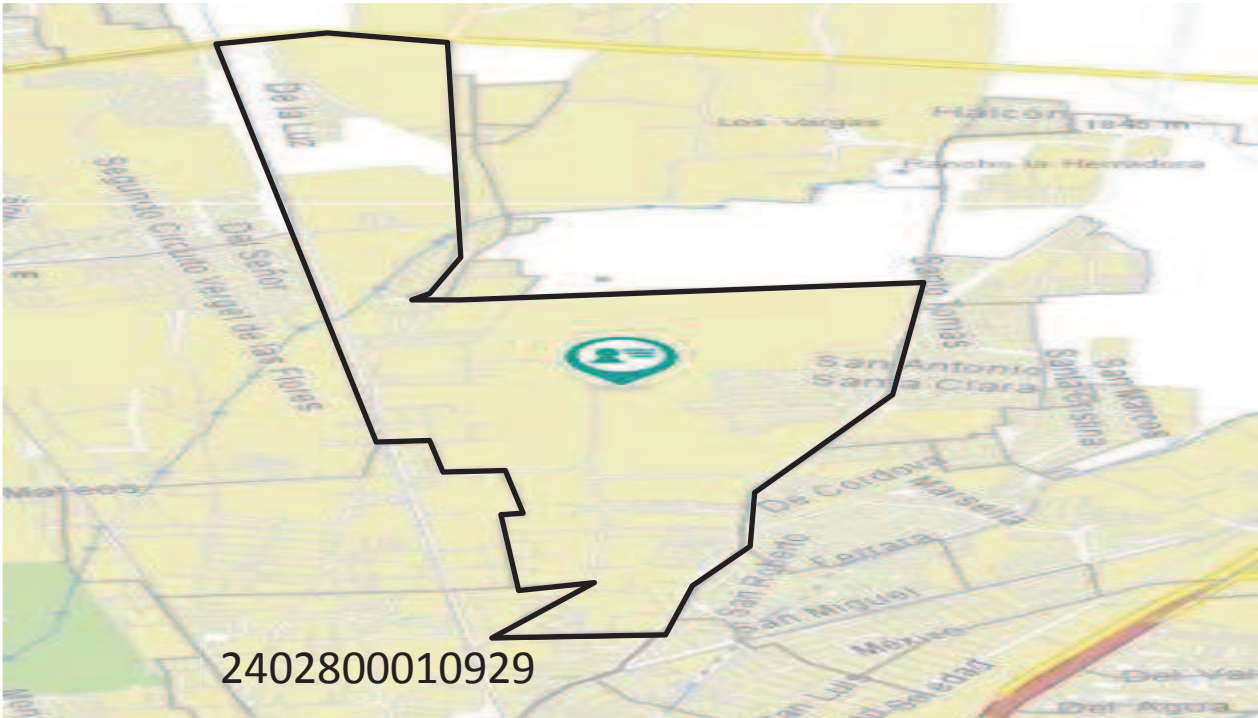
Anexo 1. Polígono de Violencia



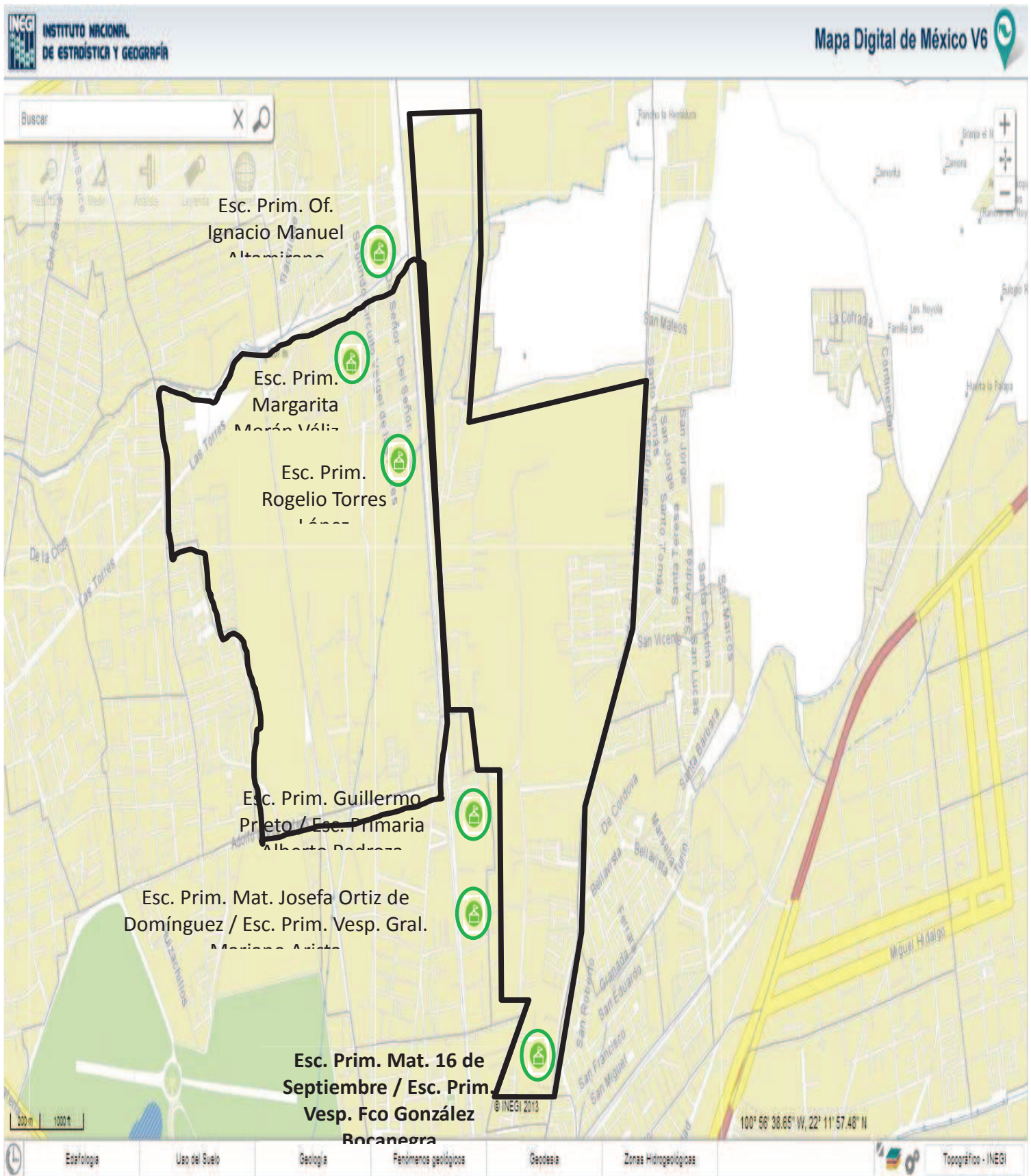
Anexo 2. AGEB 2402800013497, correspondiente a la colonia tercera chica.



Anexo 3. AGEB 2402800010929, correspondiente a la colonia tercera grande.



Anexo 4. Ubicación de las escuelas dentro del polígono de violencia.



Anexo 5. Operalización de las variables.

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	METODOLÓGICAS	FORMA DE MEDIDA
Depresión.	Los criterios del DSM-IV-TR para el episodio depresivo incluyen un estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, disminución del placer al realizar actividades, pérdida o aumento de peso, insomnio o hipersomnia, agitación o alentamiento psicomotor, fatiga o pérdida de energía, sentimientos de culpabilidad, dificultad para concentrarse o tomar decisiones y pensamientos suicidas recurrentes. Se requiere para tal diagnóstico que uno de los dos primeros síntomas mencionados esté presente más de la mitad del tiempo, o cinco o más de todos los síntomas durante las últimas dos semanas.	No depresión. Depresión leve Depresión moderada Severa	Nominal	Dependiente	La CES-D es un instrumento diseñado para el estudio de síntomas de depresión en encuestas comunitarias que ha mostrado ser sensible a la mejoría en pacientes deprimidos, ser confiable de acuerdo al criterio de test-retest y tener buena validez de criterio en comparación con una entrevista psiquiátrica estandarizada.

Aniedad.	Los criterios del DSM-IV-TR para el trastorno de ansiedad generalizada incluyen los síntomas de ansiedad, preocupación excesiva y dificultad para controlar la ansiedad durante los últimos seis meses. La ansiedad muestra al menos tres de los siguientes síntomas: inquietud o impaciencia, fatigabilidad, dificultad para concentrarse, tensión muscular y alteraciones de sueño.	Baja. Leve. Elevación leve. Clínicamente significativa Extrema	Nominal	Dependiente	AMAS-A cuenta con 36 reactivos que competen a cuatro subescalas (Inquietud/hipersensibilidad, Ansiedad fisiológica, Preocupaciones sociales/concentración y Mentira). Este cuestionario se aplica a individuos de 19 a 59 años de edad. Que presentaran los síntomas en las últimas dos semanas.
Violencia.	Como la percepción de los habitantes del sobre la seguridad del lugar donde viven y la cantidad de delitos a los que se han expuesto o algún familiar y la presencia de estos en sus colonias.		Nominal	Independiente	Encuesta Nacional de Victimización y Percepción sobre seguridad Pública 2011 (ENVIPE)
Edad	La edad está referida al tiempo de vida de alguna persona	Años cumplidos	Continua	Independiente	En las pruebas psicométricas siempre se recolecta la edad de las personas.
Escolaridad	Se refiere a la cantidad de estudios que tiene una persona, tanto años estudiando como el nivel de estudios y grado académico.	Cantidad de años de estudio, y mayor grado académico: Primaria, secundaria, preparatoria, licenciatura, maestría, doctorado, etc...	Nominal	independiente	Mayor grado de estudios.

Estrato socio-económico	El nivel de ingresos familiar según el nivel escolaridad ingresos y hábitos de consumo y bienes y servicios con los que cuentan.	Pobreza extrema. Pobreza. Medio bajo. Medio. Medio alto Alta.	Ordinal.	Independiente	AMAI
-------------------------	--	--	----------	---------------	------

Anexo 6. Instrumento para medir sintomatología de depresión.

CES-D

Le voy a leer unas frases que describen como usted podría haber sentido. Por favor dígame con qué frecuencia se ha sentido de esta manera durante la **semana pasada**: raramente o ninguna vez; alguna o poca vez; ocasionalmente o una cantidad de tiempo moderada; o la mayor parte o todo el tiempo.

	(Menos de un día) Alguna o poca vez	(1-2 días) Ocasionalmente o una cantidad moderado	(3-4 días) La mayor parte o todo le tiempo	(5-7 días)
1. Me molestaron cosas que usualmente no me molestan.				
2. No me sentía con ganas de comer; tenía mal apetito.				
3. Me sentía que no podía quitarme de encima la tristeza aún con la ayuda de mi familia o amigos.				
4. Sentía que yo era tan bueno como cualquiera otra persona.				
5. Tenía dificultad en mantener mi mente en lo que estaba haciendo.				
6. Me sentía deprimido.				
7. Sentía que todo lo que hacía era un esfuerzo.				
8. Me sentía optimista sobre el futuro.				
9. Pensé que mi vida había sido un fracaso.				
10. Me sentía con miedo.				
11. Mi sueño era inquieto.				
12. Estaba contento.				
13. Hablé menos de lo usual.				
14. Me sentí solo.				
15. La gente no era amistosa.				
16. Disfruté de la vida.				
17. Pasé ratos llorando.				
18. Me sentí triste.				
19. Sentía que no le caía bien a la gente.				
20. No tenía ganas de hacer nada.				

Anexo 7. Instrumento AMAS-A para medir ansiedad.

ESCALA DE ANSIEDAD MANIFIESTA EN ADULTOS AMAS-A

Para cada oración, encierre su respuesta en un círculo

1. Me preocupa hacer lo correcto	SÍ	NO
2. Es frecuente que me siento inquieto (a)	SÍ	NO
3. Es frecuente que me preocupe por lo que podría pasarle a mi familia	SÍ	NO
4. Siempre soy agradable con todos	SÍ	NO
5. Me pongo nervioso (a) cuando las cosas no salen bien para mí	SÍ	NO
6. Muchas veces me siento acelerado (a) o intranquilo (a)	SÍ	NO
7. Es fácil que me sienta mal cuando me llaman la atención	SÍ	NO
8. Siempre soy amable	SÍ	NO
9. A veces me preocupo por cosas que en realidad no tienen importancia	SÍ	NO
10. Es frecuente que la gente diga que soy inquieto (a)	SÍ	NO
11. La vida se está complicando demasiado	SÍ	NO
12. Siempre soy educado	SÍ	NO
13. Es fácil que hieran mis sentimientos	SÍ	NO
14. Es frecuente que sienta mi cuerpo tenso	SÍ	NO
15. Me preocupa el dinero	SÍ	NO
16. Me preocupa lo que va a pasar	SÍ	NO
17. Estoy nervioso (a)	SÍ	NO
18. Me cuesta trabajo tomar decisiones	SÍ	NO
19. Me preocupa hacerme viejo (a)	SÍ	NO
20. Me preocupa el futuro	SÍ	NO
21. Mis músculos se sienten tensos	SÍ	NO
22. Me preocupa cómo me está yendo en el trabajo	SÍ	NO
23. Es fácil que me desespere con los demás	SÍ	NO
24. Siempre digo la verdad	SÍ	NO
25. Me preocupa lo que los demás piensan de mí	SÍ	NO
26. Me cuesta mucho trabajo estar quieto (a)	SÍ	NO
27. Me preocupa la muerte	SÍ	NO
28. Siempre soy bueno (a)	SÍ	NO
29. Muchas veces me siento cansado	SÍ	NO
30. Me preocupo cuando me acuesto a dormir	SÍ	NO
31. Siento que alguien me va decir que hago las cosas mal	SÍ	NO
32. Me caen bien todas las personas que conozco	SÍ	NO
33. Me siento preocupado(a) gran parte del tiempo	SÍ	NO
34. Me despierto pensando en mis problemas	SÍ	NO
35. Es frecuente que me sienta muy estresado	SÍ	NO
36. Parece que los demás hacen las cosas con más facilidad que yo	SÍ	NO

Anexo 8. Instrumento para medir el estrato socioeconómico.

CUESTIONARIO REGLA AMAI NSE 10X6

1. ¿Cuál es el total de cuartos, piezas o habitaciones con que cuenta su hogar?, por favor no incluya baños, medios baños, pasillos, patios y zotehuelas. (Si el entrevistado pregunta específicamente si cierto tipo de pieza pueda incluirla o no, debe consultarse la referencia que se anexa)

RESPUESTA
1
2
3
4
5
6
7 o más

2. ¿Cuántos baños completos con regadera y W.C. (excusado) hay para uso exclusivo de los integrantes de su hogar?

RESPUESTA
0
1
2
3
4 o más

3. ¿En hogar cuenta con regadera funcionando en alguno de los baños?

RESPUESTA
No tiene
Si tiene

4. Contando todos los focos que utiliza para iluminar su hogar, incluyendo los de techos, paredes y lámparas de buró o piso, dígame ¿cuántos focos tiene su vivienda?

RESPUESTA
0 – 5
6 – 10
11 – 15
16 – 20
21 o más

5. ¿El piso de su hogar es predominantemente de tierra, o de cemento, o de algún otro tipo de acabado?

RESPUESTA
<i>Tierra o cemento (firme de)</i>
<i>Otro tipo de material o acabado</i>

6. ¿Cuántos automóviles propios, excluyendo taxis, tienen en su hogar?

RESPUESTA
0
1
2
3 o más

7. ¿Cuántas televisiones a color funcionando tienen en este hogar?

RESPUESTA
0
1
2
3 o más

8. ¿Cuántas computadoras personales, ya sea de escritorio o lap top, tiene funcionando en este hogar?

RESPUESTA
0
1
2 o más

9. ¿En este hogar cuentan con estufa de gas o eléctrica?

RESPUESTA
No tiene
Si tiene

10. Pensando en la persona que aporta la mayor parte del ingreso en este hogar, ¿cuál fue el último año de estudios que completó? (espere respuesta, y pregunte) ¿Realizó otros estudios? (reclasificar en caso necesario).

RESPUESTA
No estudio
Primaria incompleta
Primaria completa
Secundaria incompleta
Secundaria completa
Carrera comercial
Carrera técnica
Preparatoria incompleta
Preparatoria completa
Licenciatura incompleta
Licenciatura completa
Diplomado o Maestría
Doctorado
No Sabe /no contesto

Violencia en tu colonia

Anexo 9. Inventario sobre violencia.

A continuación se le realizarán algunas preguntas sobre tu colonia sobre la inseguridad. Siéntase con la confianza de preguntarle a su aplicador cualquier duda que tenga.

Marca con una X la opción que consideres verdad.

	SI	NO
¿Te sientes seguro(a) en tu colonia o vecindario?		

En el último mes, en tu colonia has sido víctima de...	SI	NO
Robo		
Agresiones físicas		
Acoso		
Fraude		
Secuestro		
Violación		
Otro (¿cuál?) _____		

En el último mes, alguien cercano (amigo, familiar, etc) en tu colonia has sido víctima de...	SI	NO
Robo		
Agresiones físicas		
Acoso		
Fraude		
Secuestro		
Violación		
Otro (¿cuál?) _____		

Sabe usted o ha escuchado si en su colonia o vecindario suceden las siguientes situaciones...	SI	NO
Se consume alcohol en la calle.		
Existen pandillas o bandas.		
Hay problemas entre vecinos.		
Existe venta ilegal de alcohol.		
Se consume droga.		
Existen asaltos o robos frecuentes.		
Se vende droga.		
Ha habido disparos frecuentes.		
Se venden armas de fuego.		
Hay prostitución.		
Hay extorsiones.		
Hay secuestros.		
Hay homicidios.		

Anexo 10. Carta de aprobación del comité académico de la facultad de enfermería.



Septiembre 19, 2013

HÉCTOR HARO CABRERO
ALUMNO DE LA MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA
GENERACIÓN 2012-2014
P R E S E N T E.-

Por este conducto le informamos que en sesión del Comité Académico de Salud Pública, celebrada el 19 de septiembre del año en curso, se registró su protocolo de investigación denominado "Estudio comparativo de las prevalencias de los síntomas de estrés postraumático, depresión y ansiedad materna entre colonias con altos y bajos niveles de violencia social, ubicadas en la zona metropolitana de San Luis Potosí", con la clave GVII 17 -2013.

No obstante se realizaron observaciones, las cuales se le harán llegar y deberá atender en las próximas dos semanas, a fin de que sea sometido al Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería.

Sin otro particular, reiteramos la seguridad de nuestra atenta y distinguida consideración.

"SIEMPRE AUTÓNOMA. POR MI PATRIA EDUCARÉ"

COMITÉ ACADÉMICO DE LA MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

Dra. Ma. del Carmen Pérez Rodriguez

Dra. Luz María Tejada Tayabas

Dr. Luis Eduardo Hernández Ibarra

M.P.S. Dario Gaytán Hernández

Dra. Paola Algara Suarez



ANOS DE AUTONOMÍA UASLP

Primera Universidad Autónoma en México



FACULTAD DE ENFERMERÍA

Av. Niño Artillero 130
Zona Universitaria • CP 78240
San Luis Potosí, S.L.P., México
tels. y fax (444) 826 2324 al 27 y
834 2545 al 47
direccion@enfermeria.uaslp.mx
www.uaslp.mx

Archivo Posgrado
DRA' M CPR/der

"90 Años de Autonomía, UASLP Primera Universidad Autónoma en México"

Anexo 11. Carta de aprobación del comité de ética de la facultad de enfermería.



EVALUACION DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN POR EL COMITÉ DE ETICA EN INVESTIGACION DE LA FACULTAD DE ENFERMERIA DE LA UASLP.

Título del proyecto: Estudio comparativo de las prevalencias de los síntomas de estrés posttraumático, depresión y ansiedad materna entre colonias con altos y bajos niveles de violencia social, ubicadas en la Zona Metropolitana de San Luis Potosí
Responsable: Héctor Haro Cabrero

Fecha del Dictamen: 20/02/2014

Criterios	Presente	Ausente	No Aplica	Observaciones
1. Se incluye el título del proyecto	X			
2. Se mencionan autores, coautores y colaboradores.	X			
3. Anexa la autorización de la instancia correspondiente.		X		
4. El protocolo de investigación incluye los elementos mínimos señalados en el anexo 2	X			
5. Presenta el apartado de consideraciones éticas y legales.	X			
6. Muestra coherencia de los elementos éticos presentados con especificidad y fundamentación al tipo de estudio.	X			
7. Menciona la normatividad nacional e internacional sobre los elementos éticos a desarrollar en el proyecto, desde su estructuración hasta la publicación de resultados.	X			
8. Señala la coherencia de los elementos metodológicos a desarrollar con los aspectos de consideración ética.	X			
9. Presenta carta de consentimiento informado de acuerdo a la especificidad metodológica y riesgo del estudio.	X*			Mejorar redacción, corregir faltas de ortografía Eliminar la frase donde se solicita donar información. Modificar la clasificación a riesgo mínimo como lo marca el reglamento de investigación en materia de salud art. 17



Av. Niño Artillero 130
Zona Universitaria • CP 78240
San Luis Potosí, S.L.P., México
tels. y fax (444) 826 2324 al 27 y
834 2545 al 47
direccion@enfermeria.uaslp.mx
www.uaslp.mx



10. Se explicita el apoyo financiero con relación al compromiso de la publicación de los resultados.	X			
11. Presenta la declaración y especificación de la ausencia de conflictos de interés de los miembros del equipo para el desarrollo del proyecto.	X			
12. Aclara los mecanismos de transferencia de los productos de la investigación.(patente)			X	
13. Especifica los procedimientos para garantizar el derecho de autor en la investigación. (Carta de no conflicto de intereses)	X			

Se otorga el registro CEIFE-2014-087 condicionado a que envíe por vía electrónica a más tardar en una semana al correo ceife.uaslp@gmail.com la carta de consentimiento informado con las modificaciones ajustadas al reglamento antes citado.



Comité de Ética en Investigación
Facultad de Enfermería


FACULTAD DE ENFERMERÍA
Av. Niño Artillero 130
Zona Universitaria • CP 78240
San Luis Potosí, S.L.P., México
tels. y fax (444) 826 2324 al 27 y
834 2545 al 47
direccion@enfermeria.uaslp.mx
www.uaslp.mx

Anexo 12. Carta de consentimiento a las Madres de familia.



Universidad Autónoma de San Luis Potosí.
Facultad de Enfermería.
Unidad de Posgrado e Investigación.
Maestría en Salud Pública.



CONSENTIMIENTO DE INFORMADO.

Esta carta de consentimiento informado tiene la finalidad de obtener tu aceptación para participar en este proyecto, dirigido por el Lic Psic. Héctor Haro Cabrero estudiante de la “**maestría en Salud Publica**” por la **Universidad Autónoma de San Luis Potosí**, clave del alumno **0109474**. O Así como también demostrar que se te ha informado de los procedimientos y objetivos de esta investigación.

Se te asegura que las pruebas psicológicas que se aplicaran, **presentan un riesgo mínimo** y que podrás dejar de participar en el proyecto en cualquier momento, sin temor a represalias.

Este estudio tiene como finalidad explorar la presencia de síntomas asociados a los padecimientos de la salud mental con mayor prevalencia en el país. Por lo que se aplicaran pruebas para saber si existe la presencia de síntomas de ansiedad, estrés postraumático y depresión.

El investigador responsable se compromete a proporcionarme la información que le solicite con respecto a la investigación si lo considero necesario, así como a mantener mi anonimato al momento de presentar o publicar los resultados de dicho proyecto.

Yo (nombre y/o firma) _____ entiendo la información y las características de este proyecto, por lo tanto **ACEPTO** participar voluntariamente en este estudio de investigación.

Fecha de hoy ____/____/____

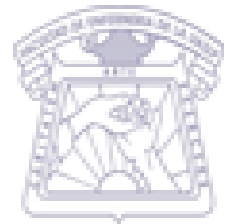
Testigo

Testigo

Anexo 13. Carta de no conflicto de interés.



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE ENFERMERIA
MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA
CARTA DE NO CONFLICTO DE INTERÉS



San Luis Potos, S.L.P. 03 Julio 2013

A quien corresponda:

Por medio de la presente me permito informar que las personas involucradas en el protocolo de investigación denominado "Estudio comparativo de las prevalencias de los síntomas de estrés postraumático, depresión y ansiedad materna entre colonias con altos y bajos niveles de violencia social, ubicadas en la zona metropolitana de San Luis Potosí" No tienen conflictos de interés en la elaboración de este proyecto de investigación.

Desde su planteamiento, elaboración, generación de resultados y los datos que se obtengan para dicho propósito.

Tampoco existe conflicto en publicar los resultados de dicha investigación, Los autores tienen obligaciones éticas con respecto a la presentación de los resultados producto de investigación y serán responsables de la integridad y exactitud del informe, además de aceptar en común acuerdo las normas éticas de entrega de información, para lo cual será necesario la presentación de resultados no esperados e inconclusos, así como los positivos. Dichos resultados deberán estar a la disposición de la institución y los participantes.

No existen conflictos de interés financiero, grupal o de otro tipo derivado de la realización del proyecto hasta su presentación o difusión de resultados. Será responsabilidad del autor principal financiar el proyecto; adicional se está de acuerdo que al publicar estarán primero el autor y co-autoras en orden de aparición.

Por lo tanto firmamos de conformidad de que no existen conflictos.

Personal involucrado:

Nombre	Categoría	Firma
Psic. Rector Haro Cabrero.	Investigador principal	
Dra. Gabriela Domínguez Corinas	Directora de Tesis	
Mtra. Dario Gaytan Hernandez	Co-directora de Tesis	

Anexo 14. Carta de consentimiento del trabajo en las escuelas.



Universidad Autónoma de San Luis Potosí.
Facultad de Enfermería.
Unidad de Posgrado e Investigación.
Maestría en Salud Pública.



Carta de consentimiento para el trabajo en escuelas.

Esta carta de consentimiento informado tiene la finalidad de obtener su aceptación para participar en este proyecto **“Estudio comparativo de las prevalencias de los síntomas de estrés postraumático, depresión y ansiedad materna entre colonias con altos de violencia social, ubicadas en la Zona Metropolitana de San Luis Potosí”**, dirigido por el Lic Psic. Héctor Haro Cabrero estudiante de la **“maestría en Salud Pública”** por la **Universidad Autónoma de San Luis Potosí**, clave del alumno **0109474**.

El objetivo del estudio es identificar la prevalencia de madres de familia que presentan síntomas de depresión y ansiedad, que viven en demarcaciones con altos índices de violencia social; entendida como la delincuencia y criminalidad según se ha establecido en el Programa Nacional de Prevención Social de la Violencia y la Delincuencia. Se aplicarán pruebas psicológicas validadas para saber si existe la presencia de dichos síntomas. Se le asegura que las pruebas psicológicas que se aplicarán, **Presentan un riesgo mínimo** y que las madres de familia podrán dejar de participar en el proyecto en cualquier momento. El investigador responsable se compromete a proporcionar la información que solicite con respecto a la investigación si lo considera necesario, así como a mantener el anonimato al momento de presentar o publicar los resultados de dicho proyecto.

Estudiante.

Héctor Haro Cabrero.

Director de Tesis.

Dra. Gabriela Domínguez Cortinas
