

## ARTICULO ORIGINAL

### Determinación de salud auto-percibida en una población rural del Paraguay implementando el cuestionario de Goldberg -GHQ12- en guaraní

### Determination of self-perceived health in a rural population of Paraguay implementing the Goldberg questionnaire -GHQ12- in guarani

Encina López F<sup>1</sup>, Buongermini Méndez R<sup>1</sup>, Michel Kolm K<sup>1</sup>, Torales Benítez J<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Cátedra de Psicología Médica. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Asunción.

## RESUMEN

**Introducción:** El cuestionario de Salud Auto-percibida de Goldberg constituye una evaluación de la percepción personal de salud de los individuos. No se tiene evidencia de la aplicación del cuestionario en poblaciones rurales del Paraguay, por lo que el objetivo del estudio fue su implementación en dicho sector demográfico para conocer los niveles de salud auto-percibida. Asimismo, se procedió a la traducción del cuestionario de Goldberg -GHQ12- al idioma guaraní, para hacer este instrumento más acorde a las poblaciones rurales del Paraguay. **Materiales y Métodos:** El cuestionario está formado por 12 preguntas que expresan actitudes específicas o síntomas. Un resultado positivo indica riesgo de patología mental. Se aplicó en el asentamiento San Antonio, Departamento de San Pedro, durante mayo y junio de 2013. **Resultados:** Un total de 74 personas fueron encuestadas, con un promedio de edad de  $39 \pm 15,4$  años. El puntaje promedio fue de  $4,13 \pm 1,98$ . El 27% de los individuos presentaron riesgo de patología emocional. No se encontraron diferencias significativas entre sexos ni correlación entre edad y puntaje obtenido. **Conclusión:** El porcentaje de personas en riesgo concuerda con los valores encontrados en la población general. Se constató que el sexo y la edad no influyeron en gran medida en los puntajes, corroborando hallazgos de algunos estudios previos, a pesar de la gran discordancia hallada en la bibliografía. A pesar del porcentaje coherente con el resto de la población, el limitado acceso a profesionales de la salud dificulta el diagnóstico y tratamiento de patologías mentales en este sector demográfico.

**Palabras clave:** salud autopercebida, GHQ, población rural

---

*Autor correspondiente:* Univ. Francisco Encina López, estudiante de la carrera de Medicina y Cirugía, FCM-UNA. Avda. Mariscal López esquina Cruzada de la Amistad, Campus Universitario de la UNA. E-mail: franscoencina\_14@hotmail.com

*Fecha de recepción el 01 de octubre del 2013; aceptado el 16 de junio del 2014*

## ABSTRACT

**Introduction:** The Goldberg self-perceived health questionnaire is an evaluation of the personal perception of the health of the individuals. As there is no evidence of the application of the GHQ in rural populations of Paraguay, the objective of the study was its implementation in said sector as a mean of determining the level of self-perceived health. Also, the translation of the questionnaire of Goldberg-GHQ12- into Guaraní language was done, in order to make this instrument more suited to the rural population of Paraguay. **Materials and Methods:** The questionnaire is composed of 12 questions that express specific attitudes or symptoms. A positive result indicated risk of mental disorder. It was applied in the settlement San Antonio, San Pedro's province, in May and June of 2013. **Results:** A total of 74 people were included, with an average age of  $39\pm 15.4$  years. The average score was of  $4.13\pm 1.98$ . The 27% of subjects presented risk of emotional disorder. No significant differences were found between sexes, or correlation between age and score. **Conclusion:** The percentage of people at risk is consistent with the values found in the general population. It was noted that age and sex did not have a large influence on scores, corroborating results found in previous studies, even though the bibliography was divided. Despite the percentage being coherent with the rest of the population, the limited access to health professionals makes diagnosis and treatment of mental disorders difficult in this demographic sector.

**Key words:** self-perceived health, GHQ, rural population

## INTRODUCCION

La salud mental abarca una amplia gama de actividades directa o indirectamente relacionadas con el componente de bienestar mental incluido en la definición de salud que da la Organización Mundial de la Salud (OMS) como "un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades" (1).

Más allá de lo antedicho, la salud mental puede definirse como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. En la mayoría de los países, sobre todo en los de ingresos medios y bajos, los servicios de salud mental adolecen de una grave escasez de recursos, tanto humanos como económicos. La mayoría de los recursos de atención sanitaria disponibles se destinan actualmente a la atención y el tratamiento especializados de las personas con trastornos mentales y, en menor medida, a un sistema integrado de salud mental. Aún más reducidos son los fondos disponibles para la promoción de la salud mental, expresión amplia que abarca toda una serie de estrategias destinadas a lograr resultados positivos en materia de salud mental (2,3).

El intento de los médicos y profesionales de la salud en general de evaluar objetivamente los niveles de salud fue lo que motivó a David Goldberg a elaborar un cuestionario de auto-reporte de salud general (o cuestionario de salud auto-percibida), así como posteriormente, a decenas de autores a modificarlo, adaptarlo y perfeccionarlo. El General Health Questionnaire (GHQ) es una técnica elaborada por este autor, en el Hospital Universitario de Manchester, Inglaterra, en la década del 70, con el fin de evaluar el grado de salud general.

Este cuestionario fue elaborado por Goldberg con la intención de identificar la severidad de disturbios psiquiátricos menores, por lo cual se considera que, en realidad, lo que mide es salud mental y no el estado de salud general que tendría que incluir el auto-reporte de sintomatología física (4). Esta técnica fue concebida como un cuestionario auto-administrado dirigido a la situación actual del examinado. El origen de los ítems de esta escala se fundamenta en estudios previos sobre enfermedades mentales y la experiencia clínica del grupo de trabajo de Goldberg. El cuestionario recorre cuatro áreas psiquiátricas fundamentales: depresión, ansiedad, inadecuación social e hipocondría. El GHQ es un cuestionario para evaluar salud auto-percibida, es decir la evaluación que hace el propio individuo de su estado de bienestar general, especialmente en lo que se refiere a la presencia de ciertos estados emocionales. Así, los ítems 3, 4, 5, 9 y 12 comienzan preguntando "se ha sentido..." y el 7 "ha sido capaz de disfrutar...". También este cuestionario pretende la evaluación de algunas de sus funciones intelectuales y fisiológicas, como es el caso de los ítems 1 y 2 y la autovaloración del individuo en el establecimiento y alcance de sus metas y propósitos en la vida (ítems 10 y 11) y del enfrentamiento a las dificultades (ítems 6 y 8) (4).

El área de la salud mental es una prioridad de la salud pública, que exige respuestas cada vez más tempranas y creativas por parte de los servicios de salud, la participación de la atención primaria de salud (APS) y la articulación entre los sectores implicados, según las directrices de la OMS. La gestión y el tratamiento de los trastornos mentales, en el contexto de la APS, es un paso esencial para permitir que más personas tengan acceso a los servicios (5-7).

No se tiene evidencia de la aplicación del GHQ en poblaciones rurales del Paraguay. Teniendo en cuenta que el bienestar psicológico es uno de los pilares de la salud general, el objetivo del estudio fue utilizar el GHQ12 para determinar el nivel de salud auto-percibida de este sector demográfico, para la evaluación situacional y como un primer paso para estimar la prevalencia de posibles patologías mentales. Asimismo, tomando en cuenta la utilización mayoritaria del idioma guaraní en estas comunidades, la utilización de la versión castellana del cuestionario representaría un obstáculo para los individuos guaraní hablantes que quieran completarlo. Por esta razón, se procedió a la traducción del cuestionario de Goldberg -GHQ12- al idioma guaraní, a fin de hacer a este instrumento más acorde a las poblaciones rurales del Paraguay y a su contexto cultural, respetando la riqueza lingüística del país.

## MATERIALES Y METODOS

Se realizó un estudio observacional, descriptivo con componente analítico, de corte transversal y de muestreo no probabilístico por conveniencia, en un total de 74 pobladores del asentamiento San Antonio, ciudad de 25 de Diciembre, Departamento de San Pedro durante los meses de mayo y junio del año 2013. Fueron incluidos todos aquellos habitantes del asentamiento mayores de 18 años que aceptaron participar del estudio, previa firma de consentimiento informado, libre y voluntario. Fueron excluidos aquellos habitantes con alguna enfermedad mental diagnosticada.

Se utilizó el cuestionario de Goldberg -GHQ12- traducido al guaraní por el Lic. Huber Meili, licenciado en lengua guaraní (**ver anexo 1**). El GHQ12 consta de 12 preguntas acerca de síntomas o conductas particulares, que deben ser respondidas escogiendo una de 4 posibles respuestas de acuerdo a la frecuencia con la que se presenta la actitud descrita. El rango va de "menos que lo habitual", para conductas infrecuentes, hasta "mucho más que lo habitual", para conductas muy frecuentes.

Para calcular el puntaje obtenido se utilizó el método de puntuación GHQ, sugerido para eliminar la predilección por las respuestas de los extremos o del medio. En este método, dos de las respuestas tienen valor igual a 0, y las otras dos, valor igual a 1. Cuando el ítem está formulado de manera que expresa un síntoma, las respuestas que corresponden a una mayor frecuencia toman el valor 1, y las respuestas que denotan una frecuencia menor toman el valor 0. En cambio, si el ítem está redactado de manera positiva, los valores para calificar cada categoría se invierten. El valor es obtenido por sumatoria de todas las respuestas, con un máximo posible de 12 puntos, y un mínimo de 0 puntos. El punto de corte se sitúa en 5/6, con valores superiores a 6 indicando un riesgo de patología emocional (4). A la hora de realizar las encuestas, se procedió a entregar consentimientos informados a los participantes, aclarándoles las condiciones del estudio y garantizándoles el anonimato y su completa autonomía en todo momento. Luego, se procedió a entregar las copias del GHQ12 traducidas al guaraní. En caso de que los participantes hayan tenido dudas acerca de la encuesta o problemas para entender alguna parte de la misma, se procedió a explicar detalladamente las preguntas. Tras recolectar los cuestionarios completos, se procedió al procesamiento de la información, creándose una base de datos en Microsoft Office Excel 2010, a partir de la cual se trasladó la información al software SPSS 15, se procesó la misma y se calcularon las medidas.

El tamaño de la muestra se calculó mediante el empleo de una prueba piloto para determinar la proporción esperada de personas con posible patología emocional. Con una proporción esperada de 0,25 según la prueba piloto, un nivel de confianza del 95% y una amplitud del intervalo de confianza de 0,20, se estimó el tamaño de muestra en 73 individuos (8). Se utilizó la prueba de ANOVA para comparar los promedios de hombres y mujeres, y la prueba de Chi-cuadrado para verificar la diferencia de riesgo de patología emocional presentadas entre ambos sexos. También se procedió a calcular la correlación entre el puntaje obtenido y la edad de los participantes mediante la prueba de correlación no paramétrica de Spearman.

**Asuntos éticos:** En este trabajo de investigación se respetaron los principios de beneficencia, autonomía y justicia. Asimismo, se garantizó el anonimato de los participantes del estudio al momento de la toma de muestras, y durante el análisis y presentación de los resultados.

## RESULTADOS

Del total de 74 encuestados, 50 eran mujeres y 24 eran hombres. El promedio de edad de la muestra fue de  $39,9 \pm 15,4$  años. El puntaje promedio obtenido en el GHQ12 por parte de los habitantes del asentamiento fue de  $4,13 \pm 1,98$ . Separando los datos de acuerdo al sexo, los hombres obtuvieron un puntaje promedio de  $4,41 \pm 2,32$  y las mujeres de  $4 \pm 1,8$ . Se realizó la prueba de T de Student para comprobar la significancia estadística de la diferencia de medias cuyo resultado fue no significativo ( $p > 0,05$  con un IC de 95%).

De las 74 personas, 20 obtuvieron un puntaje igual o mayor a 6 en el cuestionario, lo que corresponde a un 27% del total (**ver gráfico 1**). Éstas fueron catalogadas como Goldberg positivas, lo que se correlaciona con una posibilidad de patología emocional.

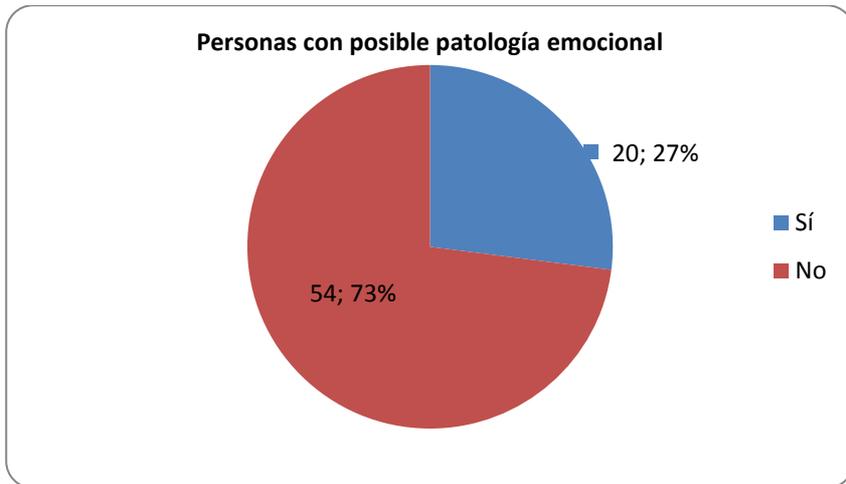


Gráfico 1

En lo referente a las diferencias por sexo, 8 de 24 hombres encuestados presentaron posibilidad de patología emocional, mientras que fueron 12 de 50 mujeres las que presentaron dicha característica (ver gráfico 2).

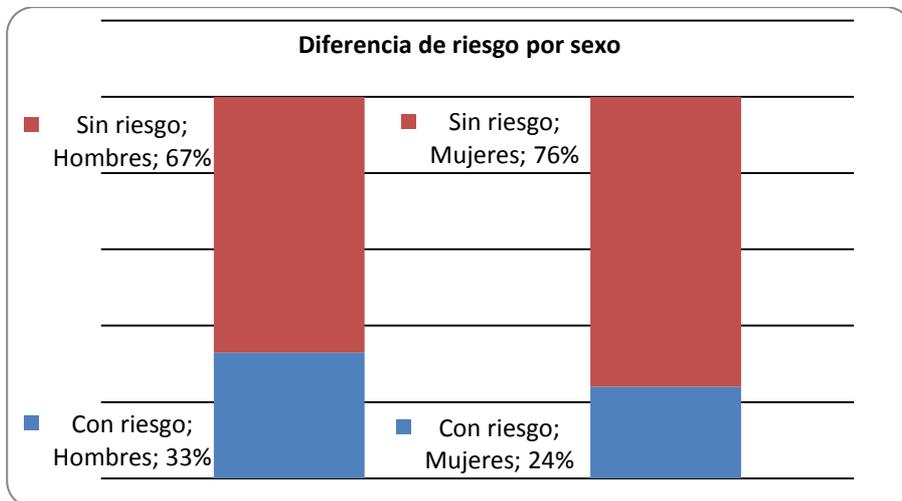


Gráfico 2

Al agruparse los datos en una tabla de contingencia, se realizó la prueba de Chi-Cuadrado para comprobar la significancia estadística de la diferencia de riesgos de patología emocional entre sexos, y los resultados hallados fueron no significativos ( $p > 0,05$  con un IC de 95%). Por último, en lo que respecta a la diferencia de puntajes obtenidos entre los habitantes de acuerdo a la edad, no se observa una correlación estadísticamente significativa ( $p > 0,05$  con un IC de 95%) entre la edad y el puntaje obtenido en el GHQ12 utilizando el coeficiente de correlación Rho de Spearman para pruebas no paramétricas (ver tabla 1).

**Tabla 1. Correlación entre puntaje del test y la edad**

			Puntaje	Edad
Rho de Spearman	Puntaje	Coefficiente de correlación	1,000	,213
		Sig. (bilateral)		,072
		<i>n</i>	74	72
Edad	Edad	Coefficiente de correlación	,213	1,000
		Sig. (bilateral)	,072	
		<i>n</i>	72	72

## DISCUSION

La prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de los trastornos mentales constituye uno de los desafíos más grandes que debe afrontar no sólo el Paraguay, sino toda América Latina (11). El puntaje medio de salud auto-percibida que presentan los habitantes del Asentamiento San Antonio, ciudad de 25 de Diciembre, Departamento de San Pedro, mediante el cuestionario de Goldberg -GHQ12- traducido al guaraní es de  $4,13 \pm 1,98$ , que se encuentra en concordancia con los valores atribuidos a la población general (4).

En lo referente a la prevalencia de riesgo de patología emocional (obtención de un puntaje igual o mayor a 6 en el GHQ, es decir, Goldberg positivo) la bibliografía muestra una gran discrepancia respecto al porcentaje de la población general que presenta dicho riesgo. La proporción obtenida en este estudio (27% del total) es coherente con datos obtenidos por García acerca de la población cubana y Latinoamericana (4), y similar a la prevalencia en otros países del mundo como España (13).

Sin embargo, es posible encontrar tanto valores más bajos como más altos en la población. Un ejemplo es la prevalencia mayor encontrada en Chile por Santander et al (14), aunque la población enfocada tenía características demográficas distintas. Una posible explicación para dichas diferencias en los puntajes podría ser la consideración de puntos de corte distintos, que suelen ser empleados como medios para modificar la sensibilidad o especificidad del GHQ para detectar trastornos mentales.

A pesar de que se encontraron promedios diferentes en ambos sexos, las diferencias halladas no fueron significativas. Así mismo, a pesar de encontrarse un mayor porcentaje de hombres que presentaban riesgo de patología emocional, las asimetrías de riesgo entre hombres y mujeres no fueron significativas. La bibliografía muestra hallazgos polarizados. Los resultados de este estudio se condicen con datos de otros estudios que no mostraron diferencias entre hombres y mujeres en condiciones sociales y laborales similares (Gove y Tudor, 1973; Rosenfield, 1980; Aneshensel et al., 1981; Gore y Mangione, 1983; Annandale y Hunt, 2000). Contrastando con esto, numerosos estudios reportan una mayor morbilidad de trastornos mentales en mujeres (21,22), resultados contrarios a los del estudio, donde los hombres presentaron una mayor proporción de riesgo, aunque las diferencias no hayan sido significativas.

Por su parte, tampoco se encontró una correlación significativa entre la edad de los participantes y el puntaje obtenido en el cuestionario. Esto concuerda con los hallazgos de Lobo y Muñoz, para quienes la edad no ejercería un fuerte efecto en las puntuaciones GHQ. Sin embargo, ciertos autores postulan que los resultados tenderían a disminuir con la edad, por lo menos hasta los 65 y principalmente en las mujeres (12).

Además de estos factores analizados, existen numerosos elementos que pueden influir en el estado de Salud Auto-percibida que no fueron analizados en el estudio, como las relaciones familiares y de pareja de los participantes, la presencia de patologías no mentales y otros. Teniendo en cuenta todos los datos recolectados, el estudio encontró un nivel de Salud Auto-percibida en concordancia con el resto de la población general. Sin embargo, cabe resaltar que ninguna de las personas que participaron en el estudio, fueron diagnosticadas con algún tipo de trastorno psicológico. Los autores atribuyen este hecho principalmente al difícil acceso de los pobladores del asentamiento a profesionales de la salud mental. Probablemente, esta situación sea similar en un gran porcentaje de residentes de áreas rurales del país.

Teniendo en cuenta el pilar fundamental que constituye la salud mental para el estado de bienestar general de las personas, el estudio subraya la necesidad de ampliar la cobertura de servicios de atención psicológica al sector rural, para poder mejorar el número de diagnósticos e implementar tratamientos satisfactorios. Esto podría mejorar sustancialmente el estado de salud de este sector demográfico. Esta primera experiencia con la utilización del cuestionario de Goldberg -GHQ12- traducido al guaraní se constituye en un potencial ejemplo a seguir para trabajos de campo más profundos, Como métodos para mejorar el alcance y la potencia del estudio, los autores sugieren la realización de investigaciones similares con tamaños de muestra mayores, así como con un mejor equilibrio entre el número de participantes de ambos sexos para detectar de manera más exacta las posibles diferencias entre ellos.

Por último, resultaría conveniente implementar cuestionarios similares en personas del sector urbano, para compararlos con los resultados del presente estudio, teniendo en cuenta el protagonismo que cobra el ambiente socio-geográfico en el estado de salud mental de los individuos.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Salud Mental [Internet]. Washington: Organización Mundial de la Salud. c2012 [cited 2013 Jun 07]. Available from: [http://www.who.int/topics/mental\\_health/es/](http://www.who.int/topics/mental_health/es/)
2. Salud Mental: definición [Internet]. Washington: Organización Mundial de la Salud. c2012 [cited 2013 Jun 09]. Available from <http://www.who.int/features/qa/62/es/index.html>
3. La salud mental en América Latina y el Caribe [Internet]. Washington: Organización Mundial de la Salud. c2012 [cited 2013 Jun 09]. Available from [http://www1.paho.org/Spanish/DD/PIN/saludmental\\_004.htm](http://www1.paho.org/Spanish/DD/PIN/saludmental_004.htm)
4. García Viniégras C. Manual para la utilización del cuestionario de salud general de Goldberg. Adaptación cubana. Rev Cubana Med Gen Integr 1999; 15(1): 88-97.
5. Apostolo JLA, Figueiredo MH, Mendes AC, Rodrigues MA. Depression, anxiety and stress in primary care users. Rev. Latino-Am. Enfermagem 2011; 9(2): 348-53.
6. World Health Report 2001: Mental Health: new understanding, new hope [Internet]. Geneva: World Health Organization. c2001 [cited 2013 Jun 09]. Available from <http://www.who.int/whr/2001/en/>

7. World Health Report 2001: Primary health care – now more than ever [Internet]. Geneva: World Health Organization. c2008 [cited 2013 Jun 09]. Available from <http://www.who.int/whr/2008/en/>
8. Hulley S, Cunnings S, editores. Diseño de la investigación clínica. Un enfoque epidemiológico. 1ª ed. Barcelona: Doyma; 2008. p. 34-45.
9. Fullerton C, Acuña J, Florenzano R, Cruz C, Weil K. Psicopatología en pacientes hospitalizados en un hospital general. *Revista chilena de neuro-psiquiatría* 2003; 41(2): 103-9.
10. Rocha KB, Pérez K, Rodríguez-Sanz M, Borrell C, Llandrich JO. Propiedades psicométricas y valores normativos del General Health Questionnaire (GHQ-12) en población general española. *International journal of clinical and health psychology* 2011; 11(1): 125-39.
11. Susser M. Causal thinking in the health sciences: concepts and strategies of epidemiology. New York: Oxford University Press, 1973.
12. Nuñez Irene Y, Almeida Sergio, Czernik Gabriela E, Almirón Lila M. Determinación de salud auto-percibida en un Servicio Hospitalario de Emergencias. *Alcmeon, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*; 2007; 13(4).
13. Retolaza A, Mostajo A, De la Rica J R, Oíaz A, Pérez de Loza J, Arramberri, Márquez. Validación del Cuestionario de Salud General de Goldberg (versión 28 ítems) en consultas de Atención Primaria. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq* 1993; 13 (1): 187-194.
14. Santander J, Romero M I, Hitschfeld M, Zamora V. Prevalencia de ansiedad y depresión entre los estudiantes de medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile. *Rev. chil. neuro-psiquiatr* 2011 ; 49 (1): 47-55
15. Gove, W. y Tudor, J. (1973). "Adult sex roles and mental illness", *American Journal of Sociology*, vol. 78, pp. 812-835.
16. Rosenfield, S. (1980). "Sex differences in depression: Do women always have higher rates?" *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 21, pp. 33-42.
17. Gore, S. y Mangione, T. W. (1983). "Social roles, sex roles and psychological distress: Additive and interactive models of sex differences", *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 24, pp. 300-312.
18. Annanale, E. y Hunt, K. (1990). "Masculinity, femininity and sex: An exploration of their relative contribution to explaining gender differences in health", *Sociology of Health and Illness*, vol. 12, nº 1, pp. 24-46.
19. Aneshensel, C. S., Frerichs, R. R. y Clark, V. A. (1981). "Family roles and sex differences in depression", *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 22, pp. 379-393.
20. Marmot, M.G., Davey-Smith, G., Stansfeld, S., Patel, C., North, F., Head, J., White, I., Brunner, E. y Feeney, A. (1991). "Health inequalities among British civil servants: the Whitehall 2 study", *The Lancet*, vol. 337, pp. 1387-1393.
21. Messing, K. y Stellman, J. M. (2006). "Sex, gender and women's occupational health: The importance of considering mechanism", *Environmental Research*, vol. 101, pp. 149-162.
22. Lobo A, Muñoz P. Cuestionario de salud general. Guía para el usuario de las distintas versiones. Versiones en lengua española validadas; Barcelona; 1996.

## ANEXO 1: Escala de Salud General GHQ

Elee porãmína ko'ã porandu ha embohovái. Roikuaasemi oïpa mba'e ndepy'apýva roikuaasemi neresãipa.

Emongurusu mbohovái. Roikuaasemi umi problema ko'ãgagua rerekóva.

### 1) Ndashýpa ndéve rejeconcentra porã haġua ne rembiapóre?

- ajeconcentra porã
- ajeconcentra jepivérõguáicha
- sapy'ánte ajeconcentra porã
- hasýpe ajeconcentra porã

### 2) Eke'asýpa jepi ejepy'apy haguére?

- akeporã
- ake jepivérõguáicha
- sapy'ánte ndaikatúi ake
- heta jey ndaikatúi ake

### 3) Ovaleterei pa ndéve guarã rejapóva nderekovégui?

- ovaaleterei
- akóinte aimo'ã ovaleha
- sapy'ánte aimo'ã ovaleha
- heta jey aimo'ã ndovaleiha

### 4) Ndashýpa ndéve reje*decidi* haġua rejapo haġua peteĩ mba'e?

- heta jey hasy chéve ajedecidi haġua
- ndahasyguasúi jepivérõguáicha
- sapy'ánte hasy ajedecidi haġua
- sa'i javénte hasy ajedecidi haġua

### 5) Ejepy'apy jepi continuado?

- araka'eve ajepy'apy continuado.
- sapy'ánte ajepy'apy jepiverõguáicha
- sa'i jave ajepy'apy
- heta jey ajepy'apy

### 6) Ndépa reñandu jepi umi mba'evai ipu'akave nderehe?

(Hasýpe piko nde resẽ umi mba'evai ojehúva ndéve?)

- araka'eve añandu mba'evai ipu'akave cherehe.
- sapy'amínte añandu mba'evai ipu'akave cherehe
- sa'i jave añandu mba'evai ipu'akave cherehe.
- heta jey añandu mba'evai ipu'akave cherehe.

**7) Evy'a piko ejapohápe umi mba'e ejapónte voi cada día?**

(Ndépa revy'a jepi rejapo aja ne rembiapo mayma árapegua?)

- ndavy'aiete
- jepivérõguáicha
- heta jey avy'a
- avy'aiterei

**8) Ndépa reñandu ndepu'akaha rembohovake haña umi problema erekóvare?**

- heta jey añandu chembareteve problémagui.
- jepivérõguáichante chembareteve problémagui.
- sapy'ánte hasý chéve ambohovake la problema.
- hasyeteri chéve ambohovake la problema.

**9) Ndépa reñandu jepi nderevy'aiha térãpa neãgakangyha?**

- araka'eve añandu ndavy'aiha.
- jepiverõguáicha añeñandu.
- sapy'ánte añandu ndavy'aiha ha che ãngakangyha.
- heta jey ndavy'ái.

**10) Ndépa rejerovia ndejehe?**

- akóinte ajerovia chejehe.
- jepivérõguáicha ajerovia chejehe.
- sapy'ánte ajerovia chejehe.
- heta jey ndajeroviái chejehe.

**11) Sapy'ántepa reimo'ã nderevaleiha mba'evére?**

- akóinte aimo'ã avaletereiha.
- sapy'ánte añandu avaleha.
- heta jey aimo'ã ndavaleiha mba'evére.
- hetaiterei jey aimo'ã ndavaleiha mba'evére.

**12) Oĩramo jepe heta probléma, ndépa reñandu revy'aha nde rekovépe?**

- aoĩramojepé problema, avy'aiterei.
- jepivérõguáicha avy'a.
- sapy'ánte ndavy'ái.
- heta jey ndavy'ái.