

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA



TESIS:

**PREVALENCIA DE LOS TRASTORNOS MENTALES EN RELACIÓN CON LA
DINAMICA FAMILIAR EN POBLACIÓN ADULTA DEL DEPARTAMENTO DEL
PARAÍSO, 2016.**

SUSTENTADA POR:

ESTHER ASENATH HERNANDEZ VARELA

PREVIO A OPTAR A GRADO DE MASTER EN PSICOLOGIA CLINICA

ASESOR DE TESIS: Dr. GERMAN MONCADA

ASESORA TECNICA: Dra. IVETTE RIVERA

Tegucigalpa M.D.C., Honduras

Agosto 2017

AUTORIDADES UNIVERSITARIAS

LICENCIADA JULIETA CASTELLANOS RUÍZ
RECTORA

MASTER BELINDA FLORES
VICE-RECTORA ACADÉMICA

ABOGADA ENMA VIRGINIA RIVERA MEJÍA
SECRETARIA GENERAL

LICENCIADA LETICIA SALOMÓN
DIRECTORA DEL SISTEMA
DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO

DOCTORA MARTHA LORENA SUAZO
DECANA DE LA FACULTAD DE
CIENCIAS SOCIALES

DOCTORA MIRNA FLORES
COORDINADORA GENERAL DE POSTGRADO
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

MASTER VILMA AMPARO ESCOTO TORRES
COORDINADORA DE LA MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

DEDICATORIA

Acto que dedico:

A Dios nuestro Señor por guiar mis pasos y ser el motivo de mi existencia.

A mis padres: José Erasmo Hernández Varela (Q.D.D.G.), aunque ya no está creo firmemente que estaría orgulloso de haberme visto lograr una meta más en mí vida.

A Isabel García Velásquez por su orientación y sabios consejos, incentivándome para emprender este recorrido, y apartar de mí cualquier sentimiento de dudas.

A mi esposo e hijas: Nelson Sosa Sosa, Jennifer Michelle, Esther Elizabeth y Rebbeka Sarahi por ser los motivos poderosos que me impulsaron a luchar y seguir adelante en mi camino, y por la comprensión, amor y apoyo incondicional en el transcurso de todos estos años.

A todos mis profesores que con paciencia y profesionalismo me orientaron en la adquisición de mis conocimientos.

A mis hermanos y hermanas motivándolos que todo lo que uno se propone puede alcanzarlo

Y a todas aquellas personas que de alguna forma contribuyeron a la realización de mis estudios.

AGRADECIMIENTOS

En este viaje que emprendí tengo a muchos que agradecer, ya que en el transcurso del camino comprendí, que no vale la pena llegar a la meta si uno no goza de ese viaje.

Agradezco a Dios la oportunidad que me concedió al permitirme esta oportunidad soñada como parte de una etapa de realización en mi vida personal y culminar así mi carrera con gozo.

A la Jefatura de la carrera de Psicología MSc. Argentina Contreras por animarme, exigirme y retarme para llegar hasta el final.

A la Coordinadora Académica de la maestría MSc. Vilma Escoto por haber creído en mí y verme no solo dentro de las aulas de la maestría sino fuera también de ellas.

Al asesor Dr. Germán Moncada por toda la retroalimentación, disposición y exigencia para llegar a término este trabajo investigativo.

A la asesora Técnica Dra. Ivette Rivera por el tiempo que invirtió en leer, sugerir, corregir y afinar esta investigación, desinteresada asesoría técnica en este trabajo de investigación.

TABLA DE CONTENIDOS

DEDICATORIA	i
AGRADECIMIENTOS	ii
TABLA DE CONTENIDOS	iii
ÍNDICE DE FIGURAS	vi
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	vi
ÍNDICE DE TABLAS	vi
RESUMEN	vii
ABSTRACT.....	viii
INTRODUCCIÓN	1
CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.1. Situación Problemática	4
1.2. Pregunta Problema.....	7
1.3. Objetivos de investigación.....	7
1.3.1. Objetivo General.	7
1.3.2. Objetivo Específicos	7
1.4. Preguntas de investigación.....	7
1.5. Justificación	8
CAPÍTULO II: MARCO CONTEXTUAL	10
2. LA SALUD MENTAL EN EL DEPARTAMENTO DE EL PARAISO	11
2.1. Problemática de la salud mental en el mundo y sus determinantes	11
2.2. Ubicación socio geográfica de Honduras	14
2.3. Situación de salud mental en Honduras	17
2.4. Departamento de El Paraíso.....	20
2.5. Situación de la dinámica familiar en Latino América y Honduras	21
CAPÍTULO 3: MARCO TEÓRICO.....	22
3. SALUD INTEGRAL	23
3.1. Salud mental	23
3.1.1 Determinantes de la salud mental	26
3.1.2. Trastornos Mentales	28

3.2. Dinámica familiar enfoque sistémico	32
3.2.1. Categorías de evaluación para el funcionamiento familiar	35
3.2.2. Dinámica familiar y su relación con los Trastornos Mentales.....	36
3.2.3. Familia y ciclo vital	37
3.2.4. Etapas del ciclo vital familiar.....	38
3.2.5. Funcional y disfuncionalidad en la Dinámica Familiar	40
3.2.6. Disfuncionalidad Familiar.....	42
CAPÍTULO IV METODOLOGÍA	44
4. MÉTODO	45
4.1. Tipo de Investigación.....	45
4.2. Población y Muestra	45
4.3. Etapas de la investigación.....	46
4.4. Variables, Hipótesis e Indicadores.....	52
4.4.1. Matriz de Operacionalización de variables	52
4.4.2. Hipótesis.....	54
4.5. Descripción de los instrumentos y/o técnicas y procedimientos que se utilizó para la recolección de información.....	55
4.5.1. El Cuestionario de Auto-reporte o Self Reporting Questionnaire (SRQ).	55
4.5.2. Escala de Funcionamiento Familiar FF-SIL:	55
4.5.3. La Validación de los Instrumentos.	56
4.5.4. Encuesta de caracterización poblacional.	60
CAPÍTULO V: RESULTADOS PREVALENCIA DE TRASTORNOS MENTALES	61
5. ANALISIS DE RESULTADOS	62
5.1. Prevalencia de probables trastornos mentales en la población adulta del departamento de El Paraíso	62
5.2. Prevalencia de los principales trastornos mentales según categoría diagnóstica en la población adulta del departamento de El Paraíso.	63
5.3. Prevalencia de Trastorno mental según características socio demográficas.....	63
5.4. Caracterización de la Dinámica Familiar.....	66
5.5. Comorbilidad de los trastornos	67

5.6. Jerarquización de dimensiones de funcionamiento familiar y sintomatología de trastornos mentales.	67
CAPÍTULO VI: DISCUSIÓN CONCLUSIONES RECOMENDACIONES.....	70
6.1. DISCUSION	71
6.2. CONCLUSIONES	77
6.3. RECOMENDACIONES.....	78
CAPÍTULO VII: LISTA DE REFERENCIAS	79
7. Referencias.....	80
ANEXOS	87
Anexo 1. Cuadro de selección de los municipios para muestra.....	88
Anexo 2. Hoja de registro y control de aplicación de encuestas según rangos de edad y género.....	89
Anexo 3. Consentimiento Informado.....	90
Anexo 4. Formato Encuesta Sociodemográfica.....	91
Anexo 5. Prueba SRQ.....	92
Anexo 6. Escala de Funcionamiento Familiar	94
Anexo 7. Glosario	95

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Teoría Ecológica de los Sistemas.....	33
Figura 2. Delimitación Geográfica.	47
Figura 3. Criterios de Selección de la Muestra de acuerdo al Municipio.	48
Figura 4. Selección de casas consultadas.....	48

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Prevalencia de probable trastorno mental.....	¡Error! Marcador no definido.
Gráfico 2. Trastornos Mentales de mayor Prevalencia en el departamento de El Paraíso.	¡Error! Marcador no definido.
Gráfico 3. Prevalencia de probable trastorno mental según género.;	¡Error! Marcador no definido.
Gráfico 4. Prevalencia de probable trastorno mental según Rango de Edad.	¡Error! Marcador no definido.
Gráfico 5. Prevalencia de probable trastorno mental según Estado Civil.;	¡Error! Marcador no definido.
Gráfico 6. Prevalencia de probable trastorno mental según religión.;	¡Error! Marcador no definido.
Gráfico 7. Prevalencia de probable trastorno mental según área geográfica.	¡Error! Marcador no definido.
Gráfico 8. Porcentaje del nivel de funcionamiento de la Dinámica Familiar.	¡Error! Marcador no definido.
Gráfico 9. Funcionalidad Familiar como Factor Asociado..	¡Error! Marcador no definido.

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Características de la Muestra	46
Tabla 2. Marco Muestral.....	49

Tabla 3. Matriz de Operacionalización de Variables.....	52
Tabla 4. Comorbilidad de Trastornos	67
Tabla 5. Dimensiones de funcionamiento familiar según ansiedad.....	67
Tabla 6. Dimensiones de funcionamiento familiar según depresión.	68
Tabla 7. Dimensiones de funcionamiento familiar según dependencia de drogas.	68
Tabla 8. Dimensiones de funcionamiento familiar según estrés postraumático.....	68
Tabla 9. Dimensiones de funcionamiento familiar según dependencia de alcohol.	68

RESUMEN

La presente investigación tiene el objetivo de analizar la prevalencia de los trastornos mentales y su relación con la dinámica familiar en la población adulta del departamento de El Paraíso; para ello se hizo uso de dos instrumentos, Cuestionario de auto reporte SRQ propuesto por la OMS en el 2001, el cual sirve para hacer un tamizaje de probables trastornos mentales y el Cuestionario de Funcionamiento Familiar FF-SIL, que mide el nivel de funcionalidad y disfuncionalidad en las familias (Ortega Alvelay, Fernández Vidal, & Osorio Pagola, 2003).

La investigación se basa en un diseño no experimental, descriptivo, cuantitativo, de corte trasversal con un muestreo polietápico, con una muestra representativa de 300 personas adultas del departamento de El Paraíso, para obtener los resultados analíticos de la investigación se trabajó con el programa SPSS. En conclusión, la sintomatología de los probables trastornos mentales de mayor prevalencia es: la depresión, seguido de estrés postraumático, ansiedad, dependencia a las drogas, dependencia al alcohol y epilepsia, encontrando diferencias significativas de riesgo según la procedencia geográfica, el sexo femenino, estado civil y edad.

Respecto a la dinámica familiar en el departamento los resultados obtenidos reflejan que la familia en El Paraíso es funcional, por lo que se considerara como uno de los factores determinante en la salud mental de los miembros según (Pérez, Freijomil, Louro Bernal, & Bayarre, 2015).

Palabras Claves: Trastornos Mentales, Prevalencia, Dinámica Familiar, Funcionalidad Familiar.

ABSTRACT

The present research has the objective of analyzing the prevalence of mental disorders and its relationship with the family dynamics in the adult population of the department of El Paraíso; This was done using two instruments, the SRQ proposed by WHO in 2001, which serves to screen for probable mental disorders and the FF-SIL Family Functional Questionnaire, which measures the level of functionality and dysfunctionality in Families (Ortega, 2003).

The research method is based on a non-experimental, descriptive, quantitative, cross-sectional design with a multistage sampling, with a representative sample of 300 adult individuals from the department of El Paraíso, to obtain the analytical results of the research. The SPSS programs. In conclusion, the symptomatology of the most prevalent mental disorders is: depression, followed by posttraumatic stress, anxiety, drug dependence, alcohol dependence and epilepsy, finding significant differences in risk according to geographical origin, gender, Marital status, and age.

Regarding the family dynamics in the department, the results obtained reflect that the family in El Paraíso is functional, so it will be considered as one of the determining factors in the mental health of the members.

Key Words: Mental Disorders, Prevalence, Family Dynamics, Family Functionality.

INTRODUCCIÓN

El estudio está orientado a conocer la prevalencia de trastornos mentales en el departamento de El Paraíso, así como su relación con la dinámica familiar en la población adulta de la zona urbana y rural.

Dentro de la investigación hay varios apartados de la problemática de la salud mental en el mundo, como también en Honduras, indicando una serie de determinantes que contribuyen a la salud o a la enfermedad de esta población estudiada; Honduras con el tiempo ha atravesado una serie de dificultades como ser la condición de desigualdad histórica en lo social, político y económico, sin dar respuesta al desarrollo integral de sus ciudadanos, en consecuencia, esta ha impactado directamente en la salud mental y en el desarrollo del país.

Otro apartado importante es los trastornos mentales, las causas y consecuencias de padecer alguna sintomatología. Definir el bienestar mental como un componente fundamental de salud, hace posible que las personas materialicen su potencial, superen el estrés normal de vida, trabajen de forma productiva y hagan aportaciones a su comunidad (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2013a).

De acuerdo con el documento “Salud Mental en el Mundo”, a pesar de los progresos alcanzados en los países más pobres, éstos se ven agobiados por la persistencia de las enfermedades infecciosas y por condiciones crónicas de naturaleza médica, mental y del comportamiento, los trastornos mentales forman parte importante de los problemas de salud en todas partes del mundo, es así que la OPS, considera la salud mental como un tema de vigencia y prioridad en todos los países latinoamericanos (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2009).

No se puede hablar de salud mental sin considerar el papel determinante que juega la familia, como clave en el microsistema social, lo inmediato. a la persona y elementos de los suprasistemas, que describe Bronfenbrenner al referirse a los diversos ámbitos relevantes para la conducta de afrontamiento del individuo (Slaikeu & Chavez Mejia, 2000).

La familia atraviesa una serie de cambios, donde son los padres los que ejercen la mayor influencia sobre el desarrollo del niño desde el nacimiento hasta la madurez. En este periodo el niño inicialmente experimenta observando y luego internalizando de acuerdo con su perspectiva, los valores, actitudes y comportamientos que serán aprendidos de los padres.

Ardila (2009) manifiesta que la actitud de los padres es importante en todas las etapas del desarrollo de los hijos ya que son ellos los que proporcionan el sentido de pertenencia y el escenario para el desarrollo de la personalidad de los hijos; en esta investigación se define la relación de los trastornos mentales y la dinámica familiar, como también el ciclo vital por lo que atraviesa cada familia, definiendo finalmente cuando una familia es considerada funcional o disfuncional.

Al final se describe el proceso metodológico; el enfoque, tipo de investigación, profundidad, temporalidad, la población, muestra y el análisis de resultados de las diferentes variables, finalizando con las conclusiones y recomendaciones propias de acorde a los resultados y a la realidad de nuestro país, siendo importante mencionar que esta investigación de prevalencia de trastornos mentales fue realizada en 11 departamentos de nuestro país, por estudiantes de la maestría en psicología clínica que posteriormente ellos también realizarán presentación de los resultados de la investigación.

CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Situación Problemática

La familia en América Latina ha sufrido varios cambios importantes en la magnitud del grupo de familias que se ubica en cada etapa del ciclo de vida familiar. Este fenómeno es atribuible a cambios demográficos significativos, en especial el descenso de las tasas de natalidad de los años setenta. Así, aun cuando las familias con hijo mayor de menos de 12 años continúan constituyendo el grupo más importante, han aumentado más las familias cuyo hijo mayor tiene más de 13 años (Arriagada, 1997).

En Honduras se ha descuidado el papel fundamental que ejerce la familia como base formativa de los individuos y la sociedad; son pocas las investigaciones que se han realizado a nivel nacional sobre este tema, rescatando que es allí donde se fomentan los valores universales como: respeto, comunicación, armonía, solidaridad, libertad, igualdad, amor, perdón y tolerancia.

Flores Fonseca (2001) en los resultados de la investigación de la familia hondureña nos da una completa y bien hilvanada descripción estadística de la tipología de hogares y familias que tenemos en Honduras, comparando los datos de 1988 con los del 2001, se observa que la composición de los hogares sigue teniendo la misma estructura, en donde las familias representan la mayoría y dentro de ellas la nuclear, principalmente la pareja e hijos sigue siendo la típica; sin embargo, otros tipos de arreglos han tomado mucha más importancia en la última década, como ser las jefaturas femeninas. Hay una relación inversa entre la integración del núcleo familiar y el sexo del jefe, en los biparentales la inmensa mayoría con jefatura masculina, mientras en los monoparentales con jefatura femenina, asociadas a estadios de separación, viudez, divorcio y uniones temporales consideradas como fenómenos eminentemente urbanos.

Con respecto a la situación mental en el país, se han realizado varios estudios como el de Chirinos Flores et al., (2002) que demuestran que un 35% de hondureños está afectado por padecimientos mentales, este aumento probablemente se deba a las condiciones socioeconómicas, la inseguridad ciudadana y desastres naturales; así mismo las consultas de los hospitales públicos se han visto rebasadas en su capacidad de atender la problemática de

salud mental que cada día se ha vuelto más frecuente, desde hace 13 años estos datos están desactualizados, por lo que es trascendental conocer la realidad de esta información en el país (Chirinos Flores et al., 2002).

El presente estudio se realizó en el departamento de El Paraíso, para conocer la problemática determinada en esta comunidad, ya que anteriormente se había realizado una investigación siendo El Paraíso, el departamento que presentaba una elevada prevalencia de trastornos mentales en comparación con otras comunidades (Chirinos Flores et al., 2002).

Al realizar esta investigación, ¿Cuál es la prevalencia de los trastornos mentales en el departamento de El Paraíso? La respuesta a esta interrogante implica por un lado cuantificar la frecuencia con la que se presentan estos trastornos, pero también identificar los probables trastornos mentales en términos de su categoría diagnóstica, así mismo el estudio tiene el propósito de responder la segunda interrogante que pone su mirada en ¿Existe relación entre la prevalencia de trastornos mentales y la dinámica familiar?

En ese sentido cabe puntualizar que el estado de salud del pueblo hondureño se ha visto menoscabado por una serie de circunstancias culturales, económicas, sociales, políticas, y que hoy en día se tiene un enfoque integral biopsicosocial. Así como, lo puntualiza Virginia Satir (2002) la salud de un individuo depende de ciertas dimensiones psicológicas que contribuyen en el proceso de formación de la personalidad desde muy temprana edad, y estas se encuentran fundamentadas en la familia, o en los adultos que se encuentran a su cargo, quienes son los responsables de la creación de estos seres; y cuando el individuo expresa sus ideas a los demás, se rige por reglas que les ayudan a actuar, relacionarse con otros individuos e instituciones ajenas a la familia, reflejando sentimientos positivos sobre sí mismo; estas dimensiones que forman parte de la dinámica familiar, favorecen a la inexistencia de conflictos en el individuo y ayudan a encontrar una vida más agradable en la familia.

En toda familia se presenta una dinámica compleja que rige sus patrones de convivencia y funcionamiento, esta es el primer ente social en donde los seres humanos se desarrollan y sí esta dinámica resulta adecuada, flexible, o sea, funcional, contribuirá a la armonía familiar y

proporcionará a sus miembros la posibilidad de desarrollar sólidos sentimientos de identidad, seguridad y bienestar, por lo tanto el desarrollo de cada individuo en la sociedad será de manera saludable (Contreras-Palacios S. D., Ávalos-García, Priego Álvarez, , Morales-García, & Córdova Hernández, 2013), en vista de esta situación surge esta investigación como respuesta a la interrogante de la prevalencia de los trastornos mentales y su relación con la dinámica familiar en los pobladores de El Paraíso medido a través del cuestionario SRQ para adultos propuesto por la Organización Mundial de la Salud (2011) y la escala de funcionamiento familiar de FF-SIL creado por Isabel Lauro Bernal (Ortega Alvelay et al., 2003).

1.2. Pregunta Problema

- a) ¿Cuál la prevalencia de trastornos mentales y su relación con la dinámica familiar en habitantes del departamento del El Paraíso?

1.3. Objetivos de investigación

1.3.1. Objetivo General.

Analizar la prevalencia de los probables trastornos mentales y su relación con la dinámica familiar en la población adulta del departamento de El Paraíso, en el año 2016.

1.3.2. Objetivo Específicos

- a) Identificar los probables trastornos mentales de mayor prevalencia en el departamento de El Paraíso.
- b) Describir las principales características sociodemográficas (género, edad, estado civil, religión y área geográfica) de las personas con probables trastornos mentales.
- c) Caracterizar el tipo de funcionamiento de dinámica familiar que prevalece en el departamento El Paraíso.
- d) Explicar los probables trastornos mentales en relación con la dinámica familiar de la población adulta en hombres y mujeres en el departamento del Paraíso.

1.4. Preguntas de investigación

- a) ¿Cuál es el probable trastorno mental de mayor prevalencia en el departamento de El Paraíso?
- b) ¿Cuál es la prevalencia de los probables trastornos mentales según género, rango de edad, estado civil, religión y procedencia geográfica?
- c) ¿Describir el tipo de familia prevalente del departamento El Paraíso?
- d) ¿Conocer los probables trastornos mentales en relación con la dinámica familiar de la población adulta en hombres y mujeres en el departamento de El Paraíso?

1.5. Justificación

Es importante en este apartado conocer la conveniencia, relevancia social, implicaciones prácticas, valor teórico y la utilidad metodológica de los resultados de la investigación, prevalencia de los trastornos mentales, identificando los probables trastornos mentales y la relación con la dinámica familiar.

La presente investigación es de notable conveniencia por proporcionar datos epidemiológicos significativos sobre la situación de salud mental en los habitantes del departamento de El Paraíso; esta información puede servir para la reorganización y elaboración de nuevas propuestas en salud mental en los centros de salud.

La relevancia social de los resultados de esta investigación radica en el desarrollo de nuevas estrategias de intervención psicosocial, garantizando información relevante, con datos cuantitativos actualizados, información que podrá beneficiar a otros investigadores como base estadística para posteriores investigaciones.

Otra contribución sería para la Secretaria de Salud en los establecimientos de atención en salud como ser: Cesamos o Cesares, de la zona ya que da información objetiva, para realizar programas de prevención y atención primaria en salud mental desde las distintas comunidades de este departamento.

Como la salud mental es un fenómeno multidireccional, las teorías fundamentales han sido elaboradas para los países desarrollados, sin embargo, el contexto hondureño requiere una conceptualización y teorización acorde a nuestra realidad nacional; así la pertinencia en este estudio no solo es dar a conocer los probables trastornos mentales prevalentes para el departamento de El Paraíso, sino a la vez correlacionar la dinámica familiar como factor determinante para mantener la salud mental, y si es pertinente relacionarla con los probables trastornos mentales, considerando a la familia como parte de la promoción y mantenimiento de la salud mental; no solo en un departamento específico sino a nivel de sociedad.

En alusión al tema de la dinámica familiar, es conveniente este estudio al respecto dado la trascendental importancia que tiene la familia como unidad social intermedia entre el individuo y la comunidad, convirtiéndose la familia como uno de los medios que puede incidir favorable o desfavorablemente en el proceso salud-enfermedad. En otras latitudes se han realizado estudios por diferentes investigadores sobre el funcionamiento familiar y se ha constatado su importancia en el proceso salud-enfermedad, en especial en el papel de la familia en la salud de los individuos y del grupo familiar. En Honduras no se cuenta con investigaciones específicas y recientes sobre ese tema, por lo tanto, es de gran valor teórico para nuestras instituciones y para nuestros investigadores del campo de la salud mental, todo esto le da un carácter de relevancia social, ya que los resultados de esta investigación proporcionan una base de datos que pueden ser utilizados por futuros investigadores y a la vez como un aporte de investigación al sistema de salud pública.

Lo antes expuesto nos hace reflexionar sobre la importancia de poder identificar y caracterizar los problemas de la salud familiar con el fin futuro de realizar estrategias de intervención dirigidas a promover efectividad de los modelos de atención en salud mental y un mejoramiento en este sentido, lo cual se traduce en utilidad metodológica e implicaciones prácticas de esta investigación.

CAPÍTULO II: MARCO CONTEXTUAL

2. LA SALUD MENTAL EN EL DEPARTAMENTO DE EL PARAISO

El propósito de este apartado es conocer y describir aspectos generales del departamento de El Paraíso, como áreas sociodemográficas, salud mental y la dinámica familiar en Honduras, con el fin de identificar problemáticas y particularidades de esa región.

Desde la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2003) se ha reconocido la importancia de hacer el diagnóstico oportuno de los problemas de salud mental, de forma preventiva en edad adulta y la sociedad en general.

2.1. Problemática de la salud mental en el mundo y sus determinantes

La Organización Mundial de la Salud define la salud mental como «un estado de bienestar en el que el individuo desarrolla sus capacidades afronta las tensiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de contribuir a su comunidad (World Health Organization [WHO], 2003).

Los trastornos mentales y del comportamiento son un conjunto de cuadros clínicos agrupados en la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Décima Revisión (CIE-10), en el Capítulo V; La OMS define a estas entidades como —una perturbación de la actividad intelectual, el estado de ánimo o el comportamiento que no se ajusta a las creencias y las normas culturales (Organización Mundial de la Salud, 2006).

Mediante consultas con los estados miembros, la sociedad civil y los asociados internacionales se crea el plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020, pretendiendo alcanzar dos grandes metas a nivel mundial para el 2020 , la primera meta que el 80% de los países habrán elaborado o actualizado sus políticas/planes de salud mental en consonancia con los instrumentos internacionales y regionales de derechos humanos y la otra meta que el 50% de los países habrán elaborado o actualizado sus legislaciones sobre salud mental en consonancia con los instrumentos internacionales y regionales de derechos humanos (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2013b).

Es así como la salud mental está siendo un tema de investigación en diferentes países a nivel mundial, en Honduras se ha estado trabajando en esta problemática creando programas para promover la salud mental en todos los sectores del país.

Existen compilaciones de estudios epidemiológicos en América Latina y el Caribe sobre los trastornos mentales, varios países de los estados miembros han realizado investigaciones para valorar la salud mental de los cuales solo se puntualizarán algunos como los que se detallan a continuación.

En México la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica proporcionó las primeras estimaciones nacionales de la prevalencia de los trastornos mentales, estimando que 8.4% de la población ha sufrido un episodio depresivo alguna vez en su vida, con una edad de inicio media de 24 años. Estos resultados demuestran la elevada prevalencia del trastorno y la dificultad existente para dirigir estrategias diagnósticas y la carencia de un tratamiento oportuno, repercutiendo no sólo en su estado de salud sino en su propia calidad de vida (Secretaría de Salud de México, 2012).

Otras investigaciones consideran que la juventud y los ancianos presentan una mayor prevalencia de padecer algún trastorno mental, siendo el doble que, en el resto de la población, y son los que menos buscan ayuda, en este sentido, esto se invertiría si los jóvenes socialmente fueran aceptados y se les brindara la ayuda precisa y los servicios oportunos desde temprana edad, pues se encuentran en desarrollo y tienen la capacidad de vencer los problemas futuros (Organización Mundial de la Salud, 2013b).

En otro estudio realizado en Colombia los resultados sobre prevalencia, demuestra que ocho de cada 20 padece trastornos de ansiedad, tres de cada 20 del estado de ánimo y uno de cada 14 presentaron uso de sustancias alguna vez en la vida; de los cuales solo uno de cada 10 personas recibiendo atención psiquiátrica (FES SOCIAL, 2005).

A nivel mundial, los trastornos mentales y neurológicos representan 14% de la carga mundial de enfermedades. Cerca de 30% de la carga total de enfermedades no transmisibles se debe

a estas enfermedades y casi tres cuartas partes de la carga mundial de trastornos neuropsiquiátricos corresponden a los países con ingresos bajos y medios bajos.

No obstante, hay indicios que la prevalencia de los trastornos mentales está aumentando en todo el mundo, se estima que entre 1990 y 2013 el número de personas con depresión o ansiedad ha aumentado cerca de un 50%, pasando de 416 a 615 millones de afectados, casi un 10% de la población mundial, siendo los trastornos de mayor prevalencia : la ansiedad y depresión, por sí solos, estos presentan una tendencia a la cronicidad, generando diferentes grados de discapacidad, y si estos síntomas psiquiátricos coexisten con trastornos neurológicos se generaría una peor adherencia terapéutica, así como un decremento en la calidad de vida (OPS, 2009).

Existen otras problemáticas que juegan un papel importante en el desequilibrio de la salud mental y es cuando las personas perciben su vida en peligro o experimentan la pérdida de bienes materiales, y de seres queridos; como también eventos migratorios que en los últimos estudios revelan incrementos significativos por falta de empleo y de generación de oportunidades, huir de la violencia y la reunificación familiar (Chirinos Flores et al., 2002).

En Honduras la migración es un fenómeno que favorece la economía del país, pero su impacto influye en la dinámica familiar, la primera quincena del mes de marzo del año 2017 han sido deportados ocho mil 367 hondureños, entre ellos miles de padres de familia (género masculino) quienes con la responsabilidad de sustentar un hogar deciden o se ven obligados cada año a emprender la ruta migratoria exponiéndose a toda clase de vejámenes durante la travesía Observatorio Consular y Migratorio de Honduras (Conmigho, 2017).

Este flujo migratorio ha provocado cambios en la dinámica familiar; cuando un padre emigra es la madre, los abuelos o un pariente cercano quienes asumen el rol de “cabezas de hogar”, en el caso de las madres, también las ha orillado a buscar más empleo y a educarse mejor, creando conflictos en los patrones de crianza de los hijos (Flores, 2017).

Al referirse al tema de salud el departamento de El Paraíso cuenta con un solo hospital “Gabriela Alvarado”, que atiende una población aproximada de 3,200 emergencias mensuales, con cinco especialidades de atención: medicina interna, cirugía, ginecoobstetricia, ortopedia y pediatría atendidos en un solo turno (diurno), la demanda de pacientes de emergencia nocturna es alta, por el flujo de pacientes que buscan asistencia e incluso de otros departamentos (Olancho y Choluteca), sin considerar aquellos casos de pacientes que padecen trastornos mentales son remitidos al Hospital de Día o el Santa Rosita, por no contar con especialistas ni atención en el área de salud mental (Flores Fonseca, 2003).

Cuando la familia es vista como uno de los factores protectores esta se mueve como un ente de prevención primaria, siendo uno de los microambientes donde permanece el individuo y, por lo tanto, es responsable de lograr que su funcionamiento favorezca un estilo de vida saludable, promoviendo el bienestar y el desarrollo de todos los miembros de la familia (Hernández et al., 1996).

2.2. Ubicación socio geográfica de Honduras

Honduras se ubica en Centro América, su extensión territorial es de 112,492 kms², dividida políticamente en 18 departamentos y 298 municipios, limita al norte con el Mar Caribe, posee numerosas islas, cayos e islotes de las cuales las más importantes son las Islas de la Bahía y las Islas del Cisne; al este con el Mar Caribe y Nicaragua, al oeste con Guatemala y al sur con el Golfo de Fonseca, El Salvador y Nicaragua.

Se estima que la población de Honduras para el año 2015 era de 8.576.532 millones de habitantes y está entre las que registra un mayor número de crecimiento en Latinoamérica, de los cuales el 49.97% son hombres y el 50.03% son mujeres, de estos el 40.4% son menores de 15 años, el 5.6% son de 60 años o más; el 68.2% vive en pobreza mientras que el 44.6% en pobreza extrema (Instituto Nacional de Estadística [INE], 2013).

Según datos del INE (2013) los hondureños se dedican en su mayor parte a las actividades agropecuarias, además del comercio, manufacturas, finanzas y servicios públicos entre otras actividades. En Honduras se han levantado seis censos de población desde 1950 a 2013, las tasas de crecimiento intercensal se inician con una tasa de 3.28%, la cual ha tenido una

tendencia descendente, alcanzando en el año 2013, 1.99%, eso se debe principalmente a que las familias cada vez son más pequeñas, pasando de un promedio de 4.1 hijos en el 2001 a 2.7 en el 2013 (INE, 2013).

La tasa de crecimiento demográfico por departamento en el periodo 2007-2014, ha mantenido su comportamiento, lo que determina que el gobierno establezca políticas públicas claras y realistas, que conduzcan a satisfacer las necesidades de la población en materia de infraestructura (por ejemplo, escuelas, hospitales, vivienda, carreteras), recursos (por ejemplo, alimentos, agua, electricidad) y empleo (INE, 2013).

Honduras muestra cierta mejoría con respecto a pobreza sin embargo se encuentra dentro de los países más pobres de la región. Entre las principales privaciones de la población hondureña que vive en condiciones de pobreza se encuentran la carencia de servicios básicos, tanto en la zona urbana como rural es evidente esta situación.

El analfabetismo, es un problema persistente en la realidad educativa del país. En Honduras para junio del 2014, el 12.8% de las personas de 15 años y más, no saben leer ni escribir. Los datos indican que la tasa de analfabetismo continúa siendo mayor en la población del área rural con un 20.5% frente a un 6.6% en la urbana (INE, 2013).

En la población mayor de 15 años el analfabetismo ha disminuido de 15.2% en el 2010 a 12.8% en el 2014. Los años de estudio promedio en la población hondureña son 7.8, 0.5 más alto que en el 2010. Se estima que un 26.5% de los jóvenes entre 12 y 30 años no estudian ni trabajan, aunque el 60% de la población mayor de 15 años tiene empleo. El Banco Mundial reporta a Honduras como el país con las mayores desigualdades sociales en América Latina con un 53.7% (Coeficiente GINI), y el sexto en el mundo con un 64,5% de la población en situación de pobreza y un 42.6% en extrema pobreza quienes ganan menos de USD 2.5 al día (Duriez, López , & Moncada, 2016).

Al referirnos al sistema educacional de Honduras según las Naciones Unidas señala que 32 de cada 100 estudiantes logran terminar la primaria sin repetir grados, y datos del Programa para el Desarrollo de la Organización de Naciones Unidas (PNUD) revelan hoy, además, que

el 51% de los matriculados terminan la primaria con un promedio de 9,4 años y que los niveles de deserción escolar cada vez son más elevados; el más agudo problema es que el sistema educacional básico sólo cubre al 86,5% de quienes están en edad escolar, mientras el 13,5% restante no puede acceder a la enseñanza (Duriez et al., 2016).

El analfabetismo se encuentra entre los cinco ejes estratégicos del Plan de Nación y también fueron referencia para desarrollar los 13 indicadores que conforman el informe denominado: “El ordenamiento territorial en Honduras: una mirada inicial desde la perspectiva de 13 indicadores”, en Honduras la educación se muestra ligada a la pobreza y al ingreso económico (Hernández & Malta, 2014).

Uno de los problemas del mercado laboral es el desempleo; el cual se mide con la tasa de desempleo abierto (TDA). En junio de 2014 los desempleados representaban el 5.3% de la población económicamente activa. El problema del desempleo es mayormente urbano, potenciado probablemente por la migración constante de personas del campo a la ciudad y la poca capacidad del mercado laboral para absorber esta fuerza de trabajo. Mientras la población urbana se estima en 7.5%, la rural es de 2.7%; el Distrito Central tiene la mayor tasa de desempleo 7.9% (INE, 2013).

La capacidad del mercado laboral para absorber la fuerza de trabajo también puede medirse con los meses buscando trabajo (MBT) que tienen las personas desocupadas. Así, en el área urbana en promedio una persona desocupada lleva 3.2 meses buscando trabajo, en cambio en el área rural son 2.4 (INE, 2013).

La composición por edad de la población hondureña continúa teniendo una estructura joven, porque todavía la proporción de población en edades de la niñez y juventud es alta (INE, 2013).

En Honduras se ha realizado varias investigaciones respecto a salud mental considerándose diferentes sectores de la población, en esta investigación se profundiza en la situación de la salud mental en Honduras.

2.3. Situación de salud mental en Honduras

Honduras ha sufrido una serie de cambios en los sectores sociales, económico, político y cultural, se han creado diversas leyes de protección y apoyo a la mujer, niñez, juventud y adulto mayor, sin embargo se adolece de una ley orientada a prevención y atención en salud mental, situación no solo de nuestra nación sino de varios países de ingresos medios y bajos, donde los fondos destinados para el sector salud mental es imperceptible y lo poco existente es utilizado para atención y tratamiento especializados para los enfermos mentales obviando en materia la prevención primaria de una población en general.

La mayoría de los recursos de atención sanitaria disponibles se destinan actualmente a la atención terciaria de los 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 ya que se invierte menos del 1% del presupuesto de salud, en estas atenciones (INE, 2012).

El cambio de los esquemas de comportamiento social ha afectado las relaciones de conducta en los diferentes niveles organizacionales e institucionales del país, de donde se percibe, con variadas interpretaciones, una realidad social a la que se le atribuyen diferentes causas y efectos. La problemática del país ha involucrado al entorno social a través de la violencia, el consumo de drogas y otras patologías del campo de los trastornos mentales, de tal forma que ha llegado a convertirlos en prioridades para la atención de la salud, por ello el Gobierno de Honduras se comprometió con la Declaración de Caracas de 1990 en los principios de la psiquiatría comunitaria y desde entonces ha venido dando pasos en esa línea (Informe sobre salud mental en Honduras (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2009).

Además, Honduras ha venido sufriendo un cambio demográfico muy acentuado, disminuyendo en forma sostenida las tasas de fertilidad, natalidad y mortalidad infantil; se ha invertido la razón urbano-rural, con un rápido proceso de urbanización, algunas veces forzado por fenómenos de violencia que obligan a la población campesina a desplazarse a la ciudad, con el grave impacto del incremento de los cinturones de miseria, en especial en las

principales urbes como Tegucigalpa y San Pedro Sula, igualmente, la estructura del empleo en las últimas décadas, ha venido cambiando; se incrementó el sub empleo y el empleo por horas y se combinó con formas cuasi-asalariadas informales, en forma concomitante, con la absorción del sector de los servicios, lo cual agudizó el fenómeno de la violencia siendo así, Honduras se ubica en el puesto número uno, reportando 90 muertes por cada cien mil habitantes (La estrella de Panama, 2014), ello ha traído entre otras consecuencias, para la salud y el bienestar, el desplazamiento de la familia campesina a la ciudad, la casi desaparición de la familia extensa (que se comporta como factor de protección en especial para los grupos extremos de edad), y la alta mortalidad en grupos de sexo masculino en edades jóvenes, lo cual, a su vez, incrementa en forma directa el número de hogares con ausencia de figura paterna y por tanto el número de viudas y huérfanos (OMS, 2013b).

La realización de cualquier acercamiento a la investigación en salud debe partir de la aceptación de que el continuo salud y enfermedad se explica con la definición de su origen multicausal y que la posibilidad de su análisis, en especial cuando se aplica al campo de la salud mental, se efectúe mediante el modelo biopsicosocial. De acuerdo con el planteamiento anterior, la salud mental debe ser enfocada de manera integral teniendo en cuenta los múltiples factores que inciden en ella, dado que es la resultante de las interacciones entre el individuo, el medio ambiente sociocultural y los hechos biológicos que protagonizan el crecimiento y desarrollo del ser.

El individuo y su medio ambiente conforman un complejo difícilmente dissociable, en el cual intervienen los procesos de adaptación que se relacionan con el ajuste del ser a las condiciones exteriores. Por consiguiente, el trastorno mental no es el problema aislado de un individuo; con frecuencia es el derrumbamiento de fuentes normales de apoyo social, especialmente de la familia, aunque el individuo contribuye a ese derrumbamiento, no es sólo él quien se deteriora y se destruye, sino también los sistemas de los cuales hace parte a través de la familia, la escuela o el trabajo (OMS, 2013b).

Se ha encontrado que, en Villa Nueva, Tegucigalpa, se realizó una investigación con una muestra representativa de 1306 individuos entre edades de 15 años en adelante, los resultados

obtenidos están ligados a la situación de pobreza de los cuales los trastornos mentales prevalentes fue la ansiedad y la depresión (Paz Fonseca et al., 1999). En otra investigación realizada en la Penitenciaría Nacional sobre la prevalencia de trastornos mentales con personas privadas de libertad, los resultados son de 43.7%, de una población de 289 reos, existiendo la patología más frecuente y predominante en esta muestra la drogadicción, asociada al uso de alcohol y otros derivados (Paz Fonseca, y otros, 1999). Al respecto algunos autores manifiestan que la prevalencia de trastornos mentales en la población de la penitenciaría nacional es del 35%, debido al incremento en el abuso de sustancias psicoactivas y este es uno de los problemas de mayor impacto para la salud mental (Chirinos Flores et al., 2002).

Entre los estudios realizados es relevante el que se realizó una investigación de prevalencia de trastornos de estrés post-traumático (TEPT) en la población de Morolica a los 9 meses del Huracán Mitch, los resultados cuantificados en una población representativa de 300 individuos en edades mayores de 18 años son de un 60.5% padecen de TEPT, siendo el sexo femenino más afectado asociados con otros trastornos neurótico y alcoholismo (Munguía et al., 2011).

Es importante mencionar un estudio que se realizó entre los estudiantes de la educación superior en Ciudad Universitaria (UNAH) para conocer la prevalencia de trastornos mentales en estudiantes universitarios en una muestra representativa de 1977, se detectó que un 29.9% de los casos consultados tienen un posible trastorno mental, es decir 592 estudiantes, lo que significa que aproximadamente uno de cada tres estudiantes de la muestra consultada, declara tener una sintomatología que sugiere que hay una alteración de su salud mental (Moncada, 2016).

El INE (2012) en los resultados de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud ENDESA 2011-2012, presenta el porcentaje de hombres de 15-49 años que reportaron síntomas específicos en el área de salud mental, según características seleccionadas, reportando que los hombres padecen el síntoma de dependencia de alcohol y drogas a diferencia de las mujeres.

Hay varias investigaciones que atribuyen al incremento considerable en la prevalencia de probables trastornos mentales se ve afectado por los cambios sociales como el desempleo, destrucción del medio ambiente, alta tasa de violencia e inseguridad (Bedoya Lau, Perea Paz, & Ormeño Martínez, 2006); este impacto es observado en todos los departamentos de Honduras un incremento de tasa de violencia, aun en zonas que eran consideradas por sus habitantes como lugares “ Sanos”, y el departamento de El Paraíso no es la excepción, aun cuando se proyecta un leve porcentaje de 1%, el porcentaje a nivel nacional es alto de un 59,1% de homicidios por cada 100,000 habitantes creando un ambiente hostil en la población hondureña (Instituto Universitario en Democracia, Paz y Seguridad [IUDPAS], 2016).

2.4. Departamento de El Paraíso

El marco contextual permite que surja el interes de realizar un estudio particularmente en el departamento de El Paraiso, siendo su cabecera departamental Yuscaran declarada Monumento Nacional de Honduras en 1979, cuenta con una extensión territorial de 7,489 km², con una población aproximada de 45,122 habitantes. Su división política consta de 19 municipios, 233 aldeas y 2,307 caseríos (xplorhonduras, 2012). La economía está basada en la ganadería y la agricultura. Sus habitantes son excelentes productores de maíz, café, caña de azúcar, sandía, maicillo, sorgo, tomate, frijoles y tabaco. Sus habitantes también se dedican a la elaboración de artesanías y a la minería, extrayendo oro y plata (xplorhonduras, 2012).

Las principales ciudades de este departamento son Yuscarán, Danlí y El Paraíso, entre sus límites se encuentran al Norte con el departamento de Olancho, al Sur con Departamento de Choluteca y la República de Nicaragua, al Este con República de Nicaragua y al Oeste con Departamento de Francisco Morazán. Danli es la ciudad del departamento de El paraiso con una extension territorial de 2,536 km² y su población aproximada es de 190,049 habitantes su territorio está dividido en 36 Aldeas y 652 Caseríos (INE, 2013). A continuación, se describe la problemática de la perdida de salud mental asociada a la dinámica familiar.

2.5. Situación de la dinámica familiar en Latino América y Honduras

En la sociedad latinoamericana existen condiciones estructurales que pueden repercutir en los aspectos familiares. Como la CEPAL dice, "debe tenerse presente que una familia es un eslabón de una cadena: cada uno de los miembros de la pareja que se une, proviene de dos uniones conyugales; sus hijos a la vez seguirán esta cadena éste encadenamiento es necesario, y las condiciones en que cada uno se constituye, se desarrolla y se disuelve son expresión de las condiciones estructurales básicas de la sociedad" (Borsotti, 1978).

En Honduras como en varios países de Latinoamérica la familia casi no ha sido estudiada conociéndose algunas investigaciones acerca de ella como las de:

1. Flores Fonseca (2001) nos da una completa y bien hilvanada descripción estadística de la tipología de hogares y familias que tenemos en Honduras, lo cual, llama la atención porque estaría indicando la formación de nuevos tipos de hogares y familias y otros cambios que tienen implicaciones sociológicas importantes por su vulnerabilidad, pero que hay un tipo de familia nuclear biparental que cada vez va en aumento, principalmente con hijos escolares, aunque las etapas que más crecen son las iniciales y las finales (pareja sin hijos y nido vacío), principalmente en áreas urbanas (Flores Fonseca, 2003).
2. La desintegración familiar y en algunos casos la violencia ha provocado que en Honduras los 622,910 hogares tengan como cabeza a una mujer, en las últimas encuestas realizadas, indican que la mayoría de las mujeres no poseen una casa para vivir, por lo que residen con algún familiar, careciendo de los recursos básicos (Sandoval, 2014).
3. En Honduras con una población de 8.5 millones de habitantes, se estima que casi seis millones (5,889,545) de personas son pobres, de este total 4.2 millones están en situación de extrema pobreza y 1.6 millones viven en pobreza relativa según el INE, Honduras tiene el índice de pobreza más alto de Latinoamérica, el nivel de analfabetismo de mayores de 15 años es del 14.6%, donde la tasa de participación económica masculina es mayor que la femenina (69.2% y 33.8%) (La Comisión Económica para América Latina [CEPAL], 2013); y si nos referimos al sistema de salud, en Honduras se caracteriza por ser fragmentado y tener problemas de coordinación y articulación entre instituciones y unidades de servicios; lo que conlleva la duplicidad de actividades, esfuerzos y recursos, entre otros aspectos.

CAPÍTULO 3: MARCO TEÓRICO

3. SALUD INTEGRAL

En este apartado encontramos temas importantes; como la salud mental y sus determinantes, los trastornos mentales y la dinámica familiar como factor que contribuye a la salud integral entre los miembros de la familia, mencionando la forma en la que cada familia afronta cada etapa del ciclo vital, los eventos y las crisis que los afectan.

3.1. Salud mental

La salud mental puede ser definida desde diferentes perspectivas tanto clínico, social, ideológico, pero todas las definiciones de salud mental tienen una relación entre el hombre y su salud. Para los expertos en el área social la salud mental está íntimamente ligada a la condición humana que si bien no se pueden percibir directamente puede ser explicada a partir de sus actos.

La fundamentación teórica de este estudio se desarrolla desde un punto de vista psicosocial, en función de la conceptualización de la salud mental, los probables trastornos mentales y sus determinantes, relacionados con la dinámica familiar.

El problema de salud mental afecta a millones de personas en el mundo. La OMS (2011) estima que 151 millones de personas son víctimas de depresión y 26 millones de esquizofrenia; 125 millones de personas están afectadas por trastornos relacionados con el consumo de alcohol.

Cerca de 40 millones de personas padecen epilepsia y 24 millones tienen Alzheimer y otras demencias. En los países de ingresos bajos, la depresión representa un problema casi de la misma magnitud que la malaria (3.2% comparado con 4.0% del total de la carga de enfermedad), pero los fondos que se invierten para combatir la depresión son solamente una fracción muy pequeña de los que se asignan para combatir la malaria (OMS, 2013b).

Hoy en día la salud mental abarca una gama de factores interconectados con el componente de bienestar mental incluido en la definición de salud que da la OMS: «un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades».

La salud mental está relacionada con la promoción del bienestar, la prevención de trastornos mentales, el tratamiento y la rehabilitación de las personas afectadas por dichos trastornos (OMS, 2013b).

Según algunos autores, la salud mental depende de “nuestro concepto de la naturaleza del hombre” es decir que el hombre, aunque funcione en sociedad su conducta no siempre será sinónimo de salud mental; sin embargo, se formula el concepto de salud mental desde una perspectiva social.

Fromm (2009) manifiesta que si la adaptación y el funcionamiento de un individuo fallan dentro de una sociedad determinada se puede argumentar la probabilidad de que exista un problema con su salud mental, considerando a la salud mental como el resultado de situaciones buenas y malas es decir que ciertas situaciones estimulan el desarrollo del hombre y otras impiden ese progreso en sociedad, siendo imposible separar la salud mental de la sociedad (Ubilla & Enrique, 2009).

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013b) define “La salud mental como el 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”. La salud mental es sinónimo de bienestar individual y del funcionamiento eficaz de la persona en su comunidad; permitiendo a la persona pensar de manera asertiva, expresar y manifestar sentimientos, mantener relaciones interpersonales adecuadas, ser productivo y contribuir con sus esfuerzos a la sociedad.

Otros autores ven la salud mental como “El conjunto de valores de bienestar individual y colectivo, que proporciona al ser humano capacidades únicas para tener relaciones armoniosas consigo mismo, que le permitan interactuar con el todo en un contexto globalizado” (Tobón Marulanda , López Giraldo, & Ramírez Villegas, 2013); en este concepto se percibe la salud mental como el resultado de capacidades únicas que alcanza el ser humano y trae consigo habilidades para poder relacionarse con los demás de manera armoniosa, y que desde la perspectiva biológica existe una marcada relación entre salud física, género y salud mental; enfatizando que el género femenino presentan síntomas más

graves de padecer probables trastornos mentales en comparación al género masculino, siendo las mujeres más vulnerables de padecer depresión y ansiedad por los factores sociales y los hombres suelen padecer adicción de drogas y alcohol como conductas delictivas (Ramos, 2014).

La relación entre los componentes físico y mental de la salud es múltiple y variada, los trastornos mentales aumentan el riesgo de padecer otras enfermedades y de sufrir lesiones no intencionales; pero también es responsabilidad propia del ser humano cuidar y mantener su salud mental, desde su propia voluntad y fomentar esos hábitos desde el seno familiar.

Según el Plan Decenal de Salud Pública de 2013 la salud mental es un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana para, establecer relaciones significativas y contribuir así a la comunidad (OMS, 2013b).

Se ha establecido un plan de acción para fomentar, valorar y proteger la salud mental, en donde las personas afectadas puedan conocer y empoderarse de sus derechos humanos, así como acceder a sistemas de atención sanitaria de calidad que estimule a la recuperación sin ningún tipo de discriminación y exclusión, siendo la meta fomentar el bienestar mental y de esta manera prevenir los trastornos mentales, mejorar su recuperación y atención en los servicios sanitarios con sistemas integrados y calidad de respuesta oportuna así reducir la mortalidad y morbilidad de las personas con trastornos mentales, a la vez fortalecer los sistemas de información para que puedan llevarse a cabo estrategias de promoción y prevención en el campo de la salud mental (OMS, 2013b).

La promoción de la salud mental es definida como el conjunto de políticas públicas y estrategias, así como acciones encaminadas a brindar oportunidades que permitan la optimización de recursos tanto individuales como sociales para el goce pleno de la vida diaria, así como mantener relaciones interpersonales gestadas en el respeto, la solidaridad para el desarrollo personal y social (OMS, 2013a).

En Honduras específicamente en el año 2004 fue aprobada la política de salud mental, tomando en cuenta los principios de respeto y de inclusión para todos y todas aún y cuando las personas presentan diferencias y vulnerabilidad relacionadas con edad, sexo, género y área geográfica, describiendo seis áreas para lograr el bienestar físico, mental, emocional y espiritual de los pobladores a lo largo de la vida, estas áreas son: a) Ética y derechos humanos; b) violencia intrafamiliar; c) promoción y prevención, d) identidad, cultura y migración; e) fortalecimiento institucional; f) investigación científico, tema que están sido estudiados y promovidos para mejorar la promoción y prevención en la población con programas y proyectos en diferentes sectores comunitarios (Secretaria Salud, 2005).

Y desde una perspectiva más integradora se puede definir la salud mental no como el resultado de conflictos sociales y la falta de adaptación del hombre, ni percibida como simplemente la ausencia de enfermedad, sino como un estado de bienestar completo tanto físico, mental y social, es simplemente el disfrute de la vida, donde existen diversos determinantes generadores de los problemas de salud mental. En este apartado se mencionan los determinantes sociales, psicológicos y biológicos de la salud mental.

3.1.1 Determinantes de la salud mental

Ciertos problemas de salud mental están sólidamente arraigados en el ambiente donde se desenvuelve el individuo, tanto en su iniciación, así como en su progreso, afectando así su cognición y comportamiento. Sin lugar a duda en un momento dado de la vida las personas pasan por sucesos de crisis ya sean circunstanciales o producto de los hitos sociales, dichas crisis podrían ser por eventos menores o por eventos mayores que detonen los problemas de salud mental. Hay evidencias con base científicas que demasiados sucesos de crisis sean circunstanciales o vitales podrían ocasionar la aparición de trastornos mentales (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2016).

El género, el sexo y la edad; son otros determinantes: El género siendo un constructo social y el sexo un constructo biológico; reflejan en investigaciones realizadas que las mujeres son más vulnerables de padecer trastornos mentales en comparación con los hombres, esto por cambios hormonales en la mujer, embarazo, la soledad, dependencia en otros miembros de

la familia, violencia de género, trabajo no remunerado y la discriminación son factores que agudizan el problema (Ramos, 2014).

La edad juega un papel determinante para el surgimiento y exacerbación de los trastornos mentales y del comportamiento, lo que puede sugerir que la prevalencia de los mismos tiende a incrementarse en la medida que se tienen más años, es decir que los adultos mayores presentan mayor probabilidad de padecer trastornos mentales seguido por los más jóvenes (Organización Panamericana de la Salud, 2016).

Otros factores que contribuyen en la exacerbación de los trastornos mentales son los socioeconómicos considerados como determinante de los padecimientos de la salud mental, estos se ven marcados por la pobreza, las condiciones asociadas al desempleo, privación y falta de hogar, estos aspectos generadores de trastornos mentales no sólo predominan en los países pobres, sino que afectan en menor proporción a personas de países con mejor calidad de vida. Según investigaciones transnacionales arrojan datos interesantes con respecto a los determinantes socioeconómicos en países latinoamericanos, donde exponen que la prevalencia de los trastornos mentales y del comportamiento podría ser dos veces mayor entre los pobres que entre los ricos (OMS, 2013a).

Finalmente, los determinantes psicológicos tienen fuerte correlación con los padecimientos de salud mental, entre ellos tenemos: la relación con los padres o cuidadores, estos permiten que los niños o niñas desarrollen con normalidad las funciones como el lenguaje, el intelecto y el control de las emociones; sin embargo este desarrollo puede verse interferido si el cuidador sufre problemas de salud mental u otras enfermedades, o si fallece; así mismo cuando los niños se ven privados de la atención de sus cuidadores, tienen más probabilidades de padecer trastornos mentales y del comportamiento, ya sea durante la infancia o más adelante en sus vidas, la interacción con el entorno social y el afrontamiento a acontecimientos vitales, en muchos de los casos desencadenan trastornos mentales y del comportamiento tema que se explica a continuación.

3.1.2. Trastornos Mentales

En este apartado comenzaremos conceptualizando que son los trastornos mentales, haciendo una breve descripción de la evolución que ha tenido este término a lo largo de la historia como también su etiología, considerando algunos resultados de investigaciones en diferentes partes del mundo.

Un trastorno mental aparece en un contexto determinado (biológico) que puede ser influido por los recursos existentes ya sean internos o externos, pensamientos, comportamientos y formas de interpretar la realidad de la persona (psicológico) que va afectar su entorno y las relaciones con los otros (social); sin embargo en ocasiones resulta complicado determinar cuando alguien tiene un trastorno mental por lo que hay que delimitar lo que es normal de lo que no lo es (Nuñez, 2009).

Partiendo desde otro punto de vista hay autores que toman este concepto como enfermedad mental y lo han definido como una alteración de los procesos cognitivos y afectivos de cada individuo en comparación a un comportamiento normal que se espera en base a su grupo social de referencia, esta alteración se ve enfatizada en aspectos como el razonamiento, el comportamiento que manifiesta la persona y en la facultad de reconocer la realidad y de no poder adaptarse a las condiciones de vida o situaciones que se le presentan (Irigoyen, 1998).

Dependiendo de la definición que se utilice de un trastorno o enfermedad mental, hay autores que apuestan más por utilizar en el campo de la salud mental el término de "trastorno mental" que a su vez es utilizado en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5 de la Asociación Americana de Psicología (APA) y el Sistema de Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10 de la OMS haciendo hincapié en los casos donde la etiología biológica no está clara, como sucede en la mayoría de los trastornos mentales (OMS, 2001).

Por lo tanto la pérdida o carencia de salud mental se denomina trastorno mental definido como un síndrome donde su característica principal es la alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, asociado a un estrés que a su vez puede mantener inestable emocionalmente a un individuo provocando un deterioro en las áreas social, laboral o en las actividades importantes siendo reflejados en una disfunción de los procesos biológicos y

psicológicos que prevalecen en su función mental (Asociación Americana de Psicología [APA], 2013).

Entonces es de suma importancia tener los criterios, estrategias y herramientas adecuadas para poder realizar un diagnóstico efectivo y de esta forma poder ser tratado mediante la atención pertinente y especializada, continuando con el proceso psicoterapéutico y farmacológico que se adecue a la situación de cada individuo y comunidad pudiendo diseñar protocolos e instrumentos que sean validados y ser utilizados al momento de la detección de un trastorno mental o la presencia de los síntomas relacionados en la población vulnerable (OMS, 2001).

Los criterios para realizar el diagnóstico de un trastorno se plantean como un medio para establecer el mismo, su implementación debe ser utilizada por el juicio clínico, además debe ir acompañada de la entrevista clínica; la información que da la familia o terceros sobre el individuo contribuirá para indagar y conocer más acerca de la situación actual del paciente; ya que la persona al ser diagnosticada con un trastorno mental se muestra con un malestar clínicamente significativo, que influye en el deterioro laboral, social y en las diferentes áreas de relación del individuo (APA, 2013).

Según la OMS (2001), declara que los trastornos mentales, pueden ser identificados y diagnosticados a través de criterios clínicos mediante la utilización de métodos similares que se usan para realizar el diagnóstico de una enfermedad orgánica que consisten en revisión de los antecedentes personales y familiares de cada persona y una recopilación sistemática y clínica para tener un criterio de su estado mental y así de esta forma realizar las pruebas especializadas que sean pertinentes.

En los últimos años ha habido avances en la normalización de criterios clínicos que describen los síntomas y signos más comunes a través de la evaluación, las entrevistas estructuradas e instrumentos para el diagnóstico de un trastorno mental que son válidos y que permiten al profesional de la salud obtener información confiable.

Así como el concepto de trastornos mentales es dado según diversos autores, su clasificación en categorías es todavía inexacta y varían según las escuelas que trabajan en ello, por lo que

la Asociación Americana de Psicología (APA) creó el Manual Diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales (DSM), decidieron uniformar criterios con la Organización Mundial de la Salud que creó el sistema internacional denominado Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), ahora en su versión número 11, cuyo uso está generalizado de forma universal y se uniforma con el DSM-5 (APA, 2013).

Este estudio nos brinda una categoría diagnóstica de trastorno mental, los resultados obtenidos están condicionados por el instrumento proporcionándonos una probabilidad de padecer sintomatología de dichos trastornos mentales; con la finalidad de establecer la posible prevalencia de las siguientes categorías diagnósticas:

En este estudio se hace referencia a síntomas ansiosos inespecíficos que podrían ser parte de cualquiera de los trastornos de ansiedad, estos son: cefaleas frecuentes, trastornos del sueño, temor fácil, temblor, nervios, tensión o aburrimiento, problemas digestivos, dificultad para pensar, sensaciones estomacales desagradables y fatiga sin explicación. Los datos de prevalencia indican que en Latinoamérica se puede hablar de un 8.9% de la población que sufre ansiedad (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2009).

La ansiedad y la depresión son trastornos que se presentan en mayor porcentaje en la población femenina con un 61%, esto se debe a factores del desarrollo hormonal, la edad reproductiva y las sobrecargas laborales, actúan como factores estresantes en las mujeres a diferencias en el hombre (Rodríguez, 2013).

La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastorno del sueño o del apetito, sensación cansancio y falta de concentración debido a situaciones de estrés como la pérdida de un familiar, pérdida de empleo y desastres naturales (OMS, 2013a). El trastorno depresivo mayor es dos veces más frecuente en mujeres que en hombres con una prevalencia de vida que promedia el 20% y 12% respectivamente (Accortt, 2007).

En el presente estudio se valoraron síntomas entre ellos tenemos; problemas de sueño, sentimientos de tristeza, dificultades para disfrutar de actividades diarias, dificultades con el

trabajo, ideación suicida, fatiga fácil y persistente. La depresión puede aparecer en cualquier momento de la vida, aunque la incidencia es mayor en la madurez. Sin embargo, cada vez se identifican más casos de depresión en adolescentes y adultos jóvenes (Lewinsohn, Hyman, Roberts, Seeley, & Andrews, 1993).

La epilepsia es un trastorno neurológico, que puede indicar lesiones del sistema nervioso central y problemas del comportamiento que requieren un procedimiento diagnóstico específico y tratamiento diferente. La prevalencia de epilepsia en Honduras ha sido estimada en una tasa de 5.69 por cada 1000 personas, que es más equivalente a los países industrializados y mucho más baja que la de los países en vías de desarrollo (Molina Cruz & Tulio Hernández, 2003).

En el estudio se identificó que la dependencia del alcohol es física, valorándose ciertos síntomas o comportamientos relacionados con la dependencia, se indago sobre la opinión de familiares y otros sobre el exceso de bebida, la incapacidad para dejar de beber aun deseándolo, las dificultades en el trabajo o en el estudio a causa de la bebida, el involucramiento en riñas por causa de la bebida o estando embriagado y la opinión de personas de estar teniendo exceso de bebida (OMS, 2001).

Sin embargo, el abuso de sustancias psicoactivas se considera como un trastorno mental y conductual debido al consumo de los opioides, la heroína, marihuana, sedantes e hipnóticos, cocaína y otros estimulantes alucinógenos, como el tabaco y los disolventes volátiles, provocan estados patológicos que consisten en intoxicación, uso nocivo, dependencia y trastornos psicóticos, siendo diagnosticado el uso nocivo cuando la salud física o mental ha sufrido daños. Los que presentan un abuso de sustancias psicoactiva sufren de síndrome de dependencia que se combina con un intenso deseo de consumir la sustancia con los problemas para dominar su consumo, un estado fisiológico de abstinencia, la tolerancia a la sustancia, el abandono de otras diversiones e intereses, y la persistencia del consumo pese al daño infligido a uno mismo y a los demás (OMS, 2001).

Otro trastorno de valoración es el estrés postraumático que según el DSM-5, aparece cuando la persona ha sufrido o ha sido testigo de una agresión física o una amenaza a la vida de uno mismo o de otras personas y cuando la reacción emocional experimentada implica una respuesta intensa de miedo, horror o indefensión, lo que se considera es la reacción de la persona y no tanto el evento traumático o el tipo de suceso (APA, 2013).

La anterior descripción permite identificar algunas características que se encuentran presentes en cada uno de los trastornos analizados, sin embargo es importante conocer el papel que ejerce la familia ante tales situaciones, a lo largo de la historia los estudios sobre familia se han centrado en el papel de la herencia como mecanismo de transmisión de los trastornos mentales y en algunos estudios se habla sobre el tema de la dinámica familiar como factor predisponente, desde la perspectiva del contexto familiar como un potencial preventivo y curativo o por otra parte como una contribución a la etiopatogenia y mantenimiento de los trastornos mentales (Irigoyen, 1998).

La dinámica familiar ejerce un rol fundamental cuando un miembro padece una enfermedad física o trastorno mental, la familia brinda las herramientas para sobrellevar la enfermedad o transmite al paciente estigma y discriminación, esto por el insuficiente conocimiento y falta de conciencia sobre el tema en salud mental, esto porque para muchos familiares es normal amarrar y ocultar su familiar enfermo (Flórez, 2007). No obstante, en este apartado se pretende señalar algunas aproximaciones al concepto de familia y su dinámica desde la óptica de los teóricos Bronfenbrenner, Minuchin, Ochoa de Alda y otros; que han sido reconocidos en el tema de familia sistémica y que de una u otra manera relacionan la familia como un factor determinante para la salud o enfermedad, llevándonos a distinguir la funcionalidad y disfuncionalidad que experimentan ciertas familias, para poder comprender si los trastornos mentales están relacionadas con la dinámica familiar

3.2. Dinámica familiar enfoque sistémico

La OMS (2009), define a la familia como “los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio...”.

Bronfenbrenner (1987) considera a la familia como un sistema que define y alinea la mayor parte el desarrollo del individuo desde el momento de la concepción, siendo el entorno determinante para que cada persona, y todo individuo y estos se van adaptando a los ambientes que les rodean (familia, escuela, vecinos, amigos, compañeros de trabajo etc.) afectando o modificando de forma directa e indirecta la conducta humana (ver figura 1).

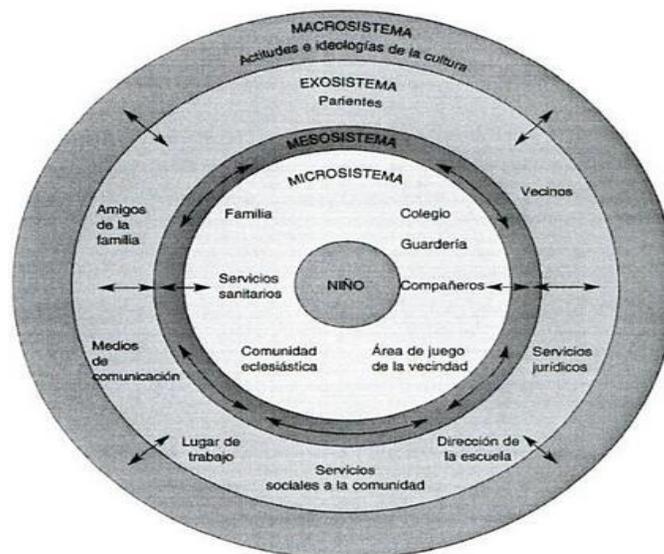


Figura 1. Teoría Ecológica de los Sistemas
(Fuente: Bronfenbrenner 1987)

Al respecto Virginia Satir (1999) refiere el concepto tradicional de la familia como: “un lugar donde pueden encontrarse el amor, la comprensión y el apoyo, aun cuando todo lo demás haya fracasado.; en la familia es el lugar donde podemos recuperar el aliento y sacar nuevas energías para enfrentarnos mejor al mundo exterior, sin embargo, para millones de familias conflictivas, esto resulta ser un mito”.

Para Minuchin (2003) la familia es un conjunto organizado e interdependiente de personas en constante interacción, que se regula por unas reglas y por funciones dinámicas que existen entre sí y con el exterior.

Barudy y Dantagnan (2005), plantea que la familia es un sistema complejo, viviente y humano, pero que se encuentra en interacción directa con su entorno, con una estructura

organizada, jerarquizada y tripartita (biológica, social y psicológica) y a medida que avanza el ciclo vital, con el tiempo los roles y la dinámica en la familia sufre unas series de cambios. El ser humano no solo recibe influencias del contexto familiar, si no que a medida se van ampliando las relaciones, aumenta las influencias de otros contextos, pero la familia sigue (Louro, 2003). La familia es una unidad social constituida por vínculos consanguíneos y/o cohabitacionales. En tanto como grupo social, cumple funciones determinadas para el individuo y la sociedad mediante las cuales se transmiten y forman hábitos, costumbres, valores, creencias, percepciones y conductas protectoras y/o de riesgo para la salud, que condicionan en sus miembros estilos de afrontamientos característicos ante la presencia de la salud y/o la enfermedad (Louro, 2003).

Al ver estas definiciones desde el enfoque sistémico se deduce que los estudios realizados a la familia no se basan a partir de los rasgos de personalidad, sino como grupo o sistema que poseen costumbres y cultura propia que se transmiten generacionalmente; y que con el tiempo da un sentido de pertenencia de sus miembros, fortaleciendo la necesidad de afiliación, construyendo identidad propia de los miembros frente al medio y respondiendo así a las diferentes circunstancias (Ochoa de Alda, 1995).

La corriente sistémica considera que cada familia se divide en subsistemas, donde cada miembro posee roles que son diferentes de acuerdo con la cultura, tradiciones, el tiempo, edad, sexo y la interacción en todos los integrantes de la familia influyen entre sí, es decir si existe un cambio en un miembro de la familia este afecta a los demás; y por ende afectara a todo el sistema.

En la actualidad el enfoque sistémico ha permitido definir un nuevo paradigma en la ciencia, principalmente en los estudios de familia visto como un sistema que tiene identidad propia y diferenciada del entorno con su propia dinámica interna que regula su continuo proceso de cambio y que se basa no tanto en los rasgos de personalidad de sus miembros, como características estables temporal y situacionalmente sino más bien en el conocimiento de la familia como un grupo con una identidad propia y como escenario en el que tienen lugar un amplio entramado de relaciones (Espinal, Gimeno, & González, 2006).

El modelo sistémico nos permite observar cómo cada grupo familiar (microsistemas) se inserta dentro de una red social más amplia (macrosistemas), y desde ésta despliega su energía para alcanzar su propia autonomía, como un todo. Pero a la vez nos permite analizar cómo cada microsistema permite integrar la energía de los demás miembros del sistema, bien sean estos individuos, bien sean subsistemas (Espinal et al., 2006).

La familia es la primera red de apoyo social que posee todo individuo a través de toda la vida, y esta ejerce una función protectora ante las dificultades de la vida; siendo la familia el primer recurso de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y al carecer de esta ocasiona más daños en el contexto individual, como social.

3.2.1. Categorías de evaluación para el funcionamiento familiar

En este estudio la funcionalidad de la familia se evaluó desde el enfoque sistémico, desde las siguientes categorías: Cohesión, armonía, rol, permeabilidad, comunicación y afectividad definido cada concepto posteriormente (Ortiz Gómez, Louro Bernal, Jiménez Cangas, & Silva Ayzaguer, 1999).

- **Cohesión:** Unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones y en la toma de decisiones de las tareas cotidianas.
- **Armonía:** Correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia en un equilibrio emocional positivo.
- **Comunicación:** Los miembros de la familia son capaces de transmitir sus experiencias de forma clara y directa.
- **Permeabilidad:** Capacidad de la familia de brindar y recibir experiencias de otras familias e instituciones.
- **Afectividad:** Capacidad de los miembros de la familia de vivenciar y demostrar sentimientos y emociones positivas unos a los otros.
- **Roles:** Cada miembro de la familia cumple las responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar.
- **Adaptabilidad:** Habilidad de la familia para cambiar de estructura de poder, relación de roles y reglas ante una situación que lo requiera.

Para que el funcionamiento familiar sea adecuado se necesitan límites bien definidos y precisos, los miembros que participan les permitan contacto entre todos los miembros del subsistema, la claridad de los límites en el interior de una familia constituye un parámetro útil para la evaluación de su funcionamiento y es aquí donde surgen los límites muy rígidos o la carencia de ellos crean tipos de familias caóticas, flexibles, estructuradas y rígidas (Minuchin, 2003). Tomando en consideración que cada familia cuenta con su propia dinámica familiar, de lo cual se expone a continuación.

3.2.2. Dinámica familiar y su relación con los Trastornos Mentales.

Como hemos venido viendo la familia es sin duda la más antigua y a la vez la más vigente de todas las instituciones sociales y muy probablemente la más universal de todas; la mayoría de los seres humanos nacemos y crecemos en una familia y por supuesto eventualmente formamos la nuestra, también dentro del núcleo familiar se construyen una buena parte de los procesos vitales para que las personas se desarrollen integralmente y puedan adaptarse a su entorno, pero en los últimos años la familia ha sufrido fuertes transformaciones demográficas, sociales, culturales y económicas que han afectado su propio desarrollo y su dinámica impactando en los miembros que la conforma (OPS, 2009).

Cuando en la familia uno de los miembros atraviesa una enfermedad, esta afecta la dinámica del grupo familiar, sin embargo, existen familias que asumen estilos de afrontamiento para situaciones de conflicto estabilizando la salud y brindando bienestar para que todos en el núcleo familiar enfrenten las crisis por sí solos, en comparación otras familias buscan apoyo en otros sistemas para sobrellevar la situación (Ortiz Gómez et al., 1999).

Existen varias redes de apoyo que reducen las consecuencias negativas que la enfermedad produce tanto en el paciente como en la familia; sin embargo, para el paciente la pieza importante para brindar apoyo incondicional en medio de las vicisitudes es la familia (Ardila, 2009).

En toda familia existe la dependencia de sus miembros entre sí, tanto que cuando uno de ellos se enferma todos los demás miembros se ven afectados, es decir que de acuerdo al contexto en el que se desenvuelve y los recursos o factores con los que cuenta el enfermo en la familia va adoptar una posición diferente y cambiante en donde este grupo de personas puedan

compartir un proyecto de vida en el que se generan sentimientos de dependencia, compromiso entre sus miembros y se establecen relaciones de intimidad como reciprocidad (Rodrigo López & Palacios, 1998).

Este proceso de interacción que puedan tener los miembros de una familia a través de la definición de límites, normas o reglas nos enmarca en su dinámica familiar que es de suma importancia para crear condiciones necesarias para que sus miembros tengan la posibilidad de desarrollar estrategias para llevar a cabo sus proyectos de vida y así lograr una adecuada integración entre individuo, familia y sociedad, no obstante la dinámica familiar se describe a partir de la diferenciación de roles, la comunicación y la cohesión que existan en todos los miembros (Santos, Pizzo, Saragossi, Clerici, & Krauth, 2009).

Es necesario tener presente que la interacción familiar influye en la formación de la persona y que se pueden hacer cambios importantes al concientizar a las familias en relación con el valor de una adecuada estructuración, a partir del establecimiento de límites claros que se marquen en las interacciones familiares y que permitan a sus miembros definirse como personas, para así saber quiénes son para el interior de la familia y qué función deben desempeñar en su contexto social.

Así como el ser humano cruza por un ciclo de vida, la familia como sistema vivo y dinámico ha ido presentando cambios, condicionado por la diversidad cultural, y la manera particular en que se desenvuelven los integrantes de cada familia, el tema cultural juega un rol trascendental y han ido apareciendo diferentes modelos de familias. De allí pues que se han generado varios modelos, desde la nuclear estructurada hasta las de parejas del mismo sexo, con o sin hijos, también familias monoparentales, etcétera. Visto de esta forma encontraremos también diferenciaciones en las etapas del ciclo vital familiar, entendido así.

3.2.3. Familia y ciclo vital

Al referirnos al ciclo vital familiar involucra traspasar por etapas necesarias acorde con los momentos evolutivos de la familia, así los desarrollos y aportes personales de cada miembro del núcleo familiar, el enfoque sistémico considera la familia dinámica sistemáticamente a lo largo de su existencia pasando por diferentes etapas o estadios (Fishman & Rosman, 1998).

A este respecto, la familia constituye un papel importante como primer agente socializador de las personas, que, a través del ciclo vital familiar, sienta las bases emocionales de sus miembros. Todas las familias recorren el proceso del ciclo vital, lo cual conlleva una serie de crisis durante su desarrollo y se van sosteniendo las dificultades individuales, así como grupales (Messanger, Zapata, & Semenova, 2015).

Cheal (1991) sostiene que la familia atraviesa un ciclo de nacimiento, crecimiento y declive, iniciando con una pareja y finalizando con la disolución de la unión, cuando una de las dos personas muere, sin obviar que las familias se expanden o reducen con los años.

La familia atraviesa una serie de crisis o estresores que pueden ser normativos o no como ser: familia con niños escolares; familia con hijos adolescentes; familia plataforma de lanzamiento; y familia de la edad media. Cada una con una serie de principios que los rigen como ser: Aceptación de los nuevos miembros en el sistema; incrementar la flexibilidad en los límites de la familia para permitir la independencia de los adolescentes; aceptación de múltiples entradas y salidas del sistema familiar y aceptar los cambios en los roles generacionales.

En la fase de familia con niños escolares se vive el proceso de crecimiento hasta los 13 años del hijo mayor, en la de familia con hijos adolescentes se da el crecimiento desde 14 hasta los 20 años del hijo mayor, luego la familia plataforma de lanzamiento, pasan por el proceso de: el hijo menor abandona la casa de los padres, le sigue la de edad media se vive el proceso de fin de la actividad laboral de la pareja y finalmente en la etapa disolución, es donde aparece la muerte del cónyuge, con la fase de la familia anciana y la viudez, rigiéndose por el principio de aceptación del cambio de roles generacionales (Carter & McGoldrick, 1989).

3.2.4. Etapas del ciclo vital familiar

La familia en América Latina ha sufrido varios cambios muy importantes en la magnitud del grupo de familias que se ubica en cada etapa del ciclo de vida familiar. Este fenómeno es atribuible a cambios demográficos significativos, en especial el descenso de las tasas de natalidad de los años setenta, aun cuando las familias con hijo mayor de menos de 12 años continúan constituyendo el grupo más importante, han aumentado más las familias cuyo hijo mayor tiene más de 13 años (Arriagada, 1997).

Otro fenómeno importante que ha influido en la longitud del ciclo de vida familiar y la prolongación de los años de convivencia o matrimonio es el aumento de la esperanza de vida al nacer, que en los países de transición avanzada explica el aumento de los hogares de adultos mayores solos, especialmente de mujeres viudas constituidas como jefas de hogar. La familia atraviesa por etapas o estadios determinadas por cada cultura, que define los roles y tareas propias de cada etapa entre ellas tenemos:

- **Formación de la pareja:** todo sistema familiar inicia con la unidad conyugal
- **Familia con hijos pequeños:** la presencia de un nuevo miembro puede desestabilizar el orden de la familia, por los roles, responsabilidades y funciones definidas de cada cónyuge
- **Familia con hijos adolescentes:** la adolescencia no representa rebeldía, sino se requiere de orientación iniciado desde la infancia (Bowen, 1998).
- **Familia con hijos adultos:** los hijos crecen y dejan el hogar, los padres no saben cómo hacer frente a esta situación de la triangulación (Rios, 2005).

Es así como se ve el tránsito de una etapa a otra representa un periodo de crisis, pero también brinda una oportunidad para el crecimiento de la familia, además de estas crisis pueden surgir varios eventos trágicos, calificados como eventos estresantes como ser: divorcios, las migraciones, las muertes o pérdidas de un familiar, los accidentes, las enfermedades incurables, las crisis financieras o cualquier situación que altere la estabilidad de la estructura y funcionamiento familiar; al margen de las dificultades propias del ciclo vital familiar (Haley, 2002; Rios, 2005).

La forma en que cada familia afronta cada una de las etapas del ciclo vital, los eventos o tareas de desarrollo que se despliegan en cada una de ellas, estará acorde con sus recursos, o mecanismos de afrontamiento y con sus condiciones de funcionamiento familiar; dependiendo de cuán saludable esté el mismo, se podría vislumbrar la aparición o no de estados transitorios de crisis, con mayor o menor riesgo de presentar trastornos emocionales en alguno de sus miembros, el funcionamiento familiar saludable involucra el desarrollo de una adecuada dinámica familiar (Pérez Milena et al., 2007).

En torno a la conceptualización de ciclo vital familiar vale decir que, hasta el presente, el estudio de la familia ha tenido un papel fundamental tanto para sentar bases conceptuales como para deslindar el rol de sus miembros y dar respuesta a interrogaciones sobre sus modos de permear el desarrollo de una sociedad como institución a pesar del transcurrir del tiempo, son diversos los estudios de tipo sociológico, antropológico y demográfico adelantados desde diferentes percepciones conceptuales.

Definir cada familia es difícil, estableciéndose algunas pautas para que funcione de una manera “normal”, pautas que van guiadas de acuerdo con sus valores y principios sociales, donde todos los miembros de la familia se sientan feliz y aceptados en el seno familiar por lo que se determina dos tipos de familia, la Familia Funcional y la Familia Disfuncional, la cual se definirá a continuación.

3.2.5. Funcional y disfuncionalidad en la Dinámica Familiar

A continuación, se habla de los términos funcionalidad y disfuncionalidad como términos que se adaptan a la familia como sistema y que permite entender la patología (Haley, 2002). Las familias guardan una estrecha relación entre sus miembros al momento en que uno de los integrantes sufre cambios, estos son llamados disfuncionales porque no pueden adaptarse al medio.

La funcionalidad y la disfuncionalidad son dos extremos que una familia puede presentar; la funcionalidad hace referencia a aquellas familias que tienen los límites claros; éstos se manifiestan cuando cada integrante cumple con las normas y reglas establecidas; y en las familias disfuncionales ocurre todo lo contrario: dificultad para resolver conflictos, un resquebrajamiento de normas, límites y se suspende la organización jerárquica.

Se considera una familia funcional cuando se tiene la capacidad de asumir cambios según la etapa que les toca vivir, cuando no hay rigidez de sus reglas y cuando se reajusta al ciclo que va viviendo y desarrollándose cada uno de sus miembros, así mismo sus tareas o roles asignados a cada miembro están claros y son aceptados por estos (Ochoa, 2012).

El funcionamiento familiar saludable implica el desarrollo de una dinámica adecuada en la familia, si el sistema familiar cumple plenamente la seguridad económica, afectiva, social, espiritual y de modelos sexuales genera nuevos individuos en la sociedad en una homeostasis sin tensión mediante una comunicación apropiada y basada en el respeto de las relaciones intrafamiliares; sin embargo, la disfuncionalidad familiar se da cuando existe perturbación severa en la comunicación, armonía y otros (Contreras-Palacios S. , Ávalos-García, Priego Álvarez, Morales-García, & Córdova Hernández, 2013).

Ackerman (1981) menciona que los requisitos que debe cumplir toda familia para que se defina como funcional son:

1. Proveer el alimento, abrigo y otras necesidades materiales que preservan la vida.
2. Ser la matriz de las relaciones interpersonales, donde se aprenden los lazos afectivos.
3. Promover la identidad sexual, lo cual prepara el camino para la orientación sexual.
4. Promover la identidad personal ligada a la identidad familiar.
5. Promover identidad social aceptando la responsabilidad.
6. Fomentar el aprendizaje, creatividad e iniciativa (Ackerman, 1982).

De acuerdo con Fernández Moya (2006). Hay ciertas características que señalan las diferencias entre una familia funcional y una familia disfuncional.

- La capacidad de la familia para resolver problemas
- El clima emocional de la familia
- La capacidad para cambiar el curso del ciclo vital de la familia
- La capacidad para regular la proximidad y la distancia en las relaciones intrafamiliares.

Entonces la salud de la unidad familiar es un predictor de salud mental y, por extensión, de la salubridad de un sistema social ya que lleva implícita la inclusión, funcionamiento adecuado y capacidad de adaptación del individuo dentro de un contexto familiar y, por ende, del resto de la sociedad.

Una de las funciones primordiales de la familia es el apoyo psicosocial a sus miembros, fomentando el desarrollo de las habilidades interpersonales de cada uno de los individuos

que la constituyen; la familia cumple una función protectora, y como grupo social es de máxima importancia, puesto que, ante dificultades de contacto de uno de sus miembros con el mundo extra-familiar puede efectuar modificaciones, mantener aquellos cambios necesarios que posibiliten mecanismos de adaptación y, de ese modo, evitar la alienación de sus elementos (Eguiluz et al., 2003).

Es posible ubicar a una familia determinada en una escala que va desde muy nutricia hasta muy perturbada y conflictiva tomando en cuenta las anteriores dimensiones: En las familias nutricias, las personas tienen: autoestima alta, comunicación directa, clara, específica y sincera, normas flexibles, humanas, apropiadas y sujetas a cambios, y enlace con la sociedad, abierto y confiado sin embargo en las familias conflictivas, las personas tienen: -autoestima baja. comunicación indirecta, vaga e insincera, normas rígidas, inhumanas, fijas e inmutables, con enlaces temerosos y acusadores con la sociedad (Satir, 2002).

3.2.6. Disfuncionalidad Familiar

Una familia disfuncional es aquella en donde no se respeta la distancia generacional, cuando se invierte la jerarquía y se confunde con autoritarismo, volviéndose demasiada rígida y se usan reglas del pasado, aunque cambie el contexto, así mismo no hay una comunicación clara y se entorna difusa hasta el punto de que no permite compartir los problemas (Ochoa, 2012). En el campo de la salud mental, la conceptualización de la familia como productora de psicopatología ha obligado a revisar el concepto idealista de familia normal, es decir, aquellas familias idealizadas en las que se presuponía la no existencia de tensiones intrafamiliar.

Por lo tanto, la familia disfuncional no puede distinguirse de la familia funcional por la presencia de problemas, sino por la utilización de patrones de interacción recurrentes que dificultan el desarrollo psicosocial de sus miembros, su adaptación y la resolución de conflictos. La familia patológica, en este sentido, sería aquella que ante situaciones que generan estrés responde aumentando la rigidez de sus pautas transaccionales y de sus límites, carece de motivación y ofrece resistencia o elude toda posibilidad de cambio (Hernández et al., 2005).

Dentro de este marco de referencia la familia emerge como unidad social primaria universal, su importancia estratégica reside en su composición, organización, interacción, y en las funciones que desarrolla en cuanto a su entidad biopsicosocial.

Se han planteado algunos criterios para diferenciar la familia disfuncional: existen líneas intergeneracionales borrosas, ausencia de actitud negociadora, se presta poca atención a los sentimientos y opiniones de los demás, los límites de la familia son imprecisos, las pautas de interacción resultan fijas y rígidas, y las funciones de los miembros no están claras ni limitadas (Thomas & Bargada, 2002).

Pérez (2011), expresa que una familia disfuncional se observa si el comportamiento en uno de los padres es inadecuado e inmaduro, este inhibe el crecimiento de la individualidad y la capacidad de relacionarse sanamente, de los otros miembros de la familia, causando enfermedad emocional, psicológica y espiritual en el núcleo.

Desde un punto de vista familiar, la salud mental sería aquella condición en la que los diferentes elementos que componen la organización o estructura de la familia interactúan de modo adecuado (entre sí y con el entorno social) para llevar a cabo correctamente sus funciones; de este modo, todas aquellas circunstancias que ejercen tensiones sobre alguno de estos factores pueden provocar alteraciones y, si los correspondientes mecanismos de autorregulación no son capaces de restaurar la homeostasis familiar, pueden dar lugar a la aparición de psicopatología (ENDIFAM, 2011).

Es decir que, en las familias conflictivas, las personas tienen: autoestima baja, comunicación indirecta, vaga e insincera, normas rígidas, inhumanas, fijas e inmutables, con enlaces temerosos, y conductas acusadoras con la sociedad (Satir, 2002).

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA

4. MÉTODO

4.1. Tipo de Investigación

Se realizó un estudio con un enfoque correlacional, cuantitativo, no experimental, identificando probable sintomatología de padecer un trastorno mental, relacionado con la dinámica familiar en un punto determinado del tiempo.

En esta investigación se utilizó el método cuantitativo descriptivo de corte transversal, con estudio de campo, a partir de una muestra representativa de la población general. Los resultados de la parte descriptiva de los datos de prevalencia de los trastornos mentales, identifica los factores de riesgo y protección que exacerbaban y amortiguan la salud mental, conociendo principalmente la dinámica familiar como factor asociado, con un acercamiento riguroso en cuanto a describir características objetivas del funcionamiento familiar en las áreas de cohesión, armonía, permeabilidad, comunicación, roles, afectividad y adaptabilidad familiar, dentro de las familias del departamento de El Paraíso, con enfoque sistémico (Satir, 2002), enmarcado en un diseño no experimental, dado que no existió manipulación de variables.

En la profundidad del estudio se identificó la frecuencia con la que aparecen los trastornos mentales en la muestra poblacional, en un punto determinado del tiempo, lo que es equivalente a obtener una "fotografía" del problema. Se buscó conocer todos los casos de personas con esta condición en un momento dado, sin importar por cuánto tiempo mantendrán esta característica ni tampoco cuando la adquirieron.

Este estudio es de corte transversal porque se caracterizó los trastornos mentales y la dinámica familiar en un tiempo determinado.

4.2. Población y Muestra

El objetivo de conocer la existencia de esta problemática e identificar la prevalencia a nivel nacional, se decidió seguir el muestreo propuesto por el INE (2013), para la encuesta permanente de hogares y propósitos múltiples, ya que el diseño muestral asegura que los datos son generalizables para la población general.

El Paraíso cuenta con una población aproximada de 330,527 habitantes constituido por 73,371 viviendas, al dividir las por zona urbana hay 95 barrios y colonias con un aproximado de 176,443 habitantes y en la zona rural hay 1151 viviendas con 207,122 habitantes, oficialmente registradas en el Censo Nacional de Población y Vivienda 2013, con su respectiva segmentación y cartografía.

La muestra estimada para objeto de investigación fue tomada con apoyo estadístico del INE (2013), siendo un total de 300 personas consultadas, con un nivel de confianza del 95%, un error muestral del 5%, con una probabilidad de que ocurriera el fenómeno de 25% y que no ocurriera de un 75%. Al seleccionar la muestra se basó en la fórmula de Poblaciones **Infinitas** $\geq 100,000$ (Morales, 2012).

Tabla 1. *Características de la Muestra*

Varianza (p)	75
Varianza(q)	25
Error muestral(E)	5.00
Nivel de confianza(z)	2
Tamaños de la muestra(n)	300

4.3. Etapas de la investigación

La investigación se realizó con un muestreo polietápico realizándose de la siguiente manera.

Etapas 1: Se seleccionó los municipios haciendo uso del muestreo probabilístico, es decir, que no se rige por aleatoriedad ya que se eligió cada municipio en base a tres criterios fundamentales para la investigación:

1. *Densidad poblacional:* se ordenó en función al número de pobladores del municipio.
2. *Accesibilidad:* para el municipio rural, se aseguró que tuvieran acceso en base a carreteras o caminos para poder entrar a realizar el estudio sin muchos problemas y que la distancia no fuera un impedimento para la investigación.

3. *Representación Geográfica:* Consistió en dividir el departamento de El Paraíso, en cuatro cuadrantes enlistando en cada uno de ellos los municipios que correspondían, para identificar los más representativos del departamento. (ver anexos)

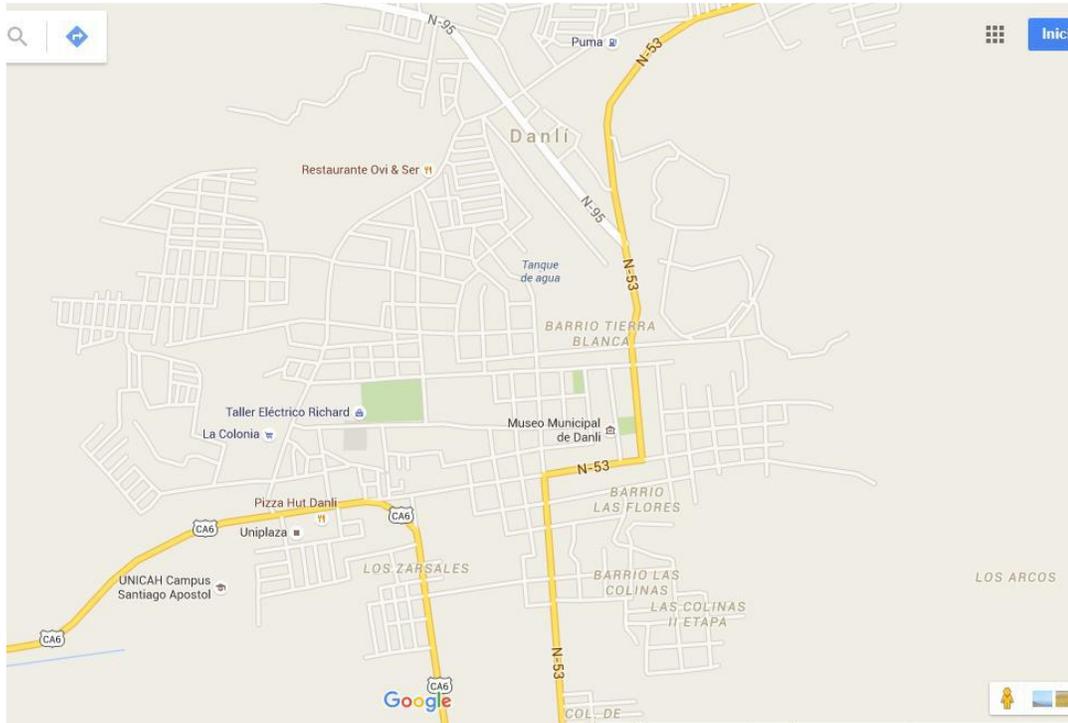


Figura 2. Delimitación Geográfica.

Fuente: Elaboración propia en base a datos demográficos del INE, año 2016.

Etapas 2: Consistió en la selección de barrios, colonias, caseríos dentro del municipio urbano, se llevó a cabo mediante un muestreo no probabilístico que hace uso de los siguientes criterios:

1. *Representatividad Geográfica:* Consistió en dividir el municipio en 4 cuadrantes y enlistando en cada uno de ellos los barrios que corresponden.
2. *Densidad Poblacional:* Se ordenó en función al número de población.
3. *Procedencia Geográfica:* Se escogió un barrio o colonia de mayor población del cuadrante.

En esta segunda etapa en base a los criterios en el Municipio de Danlí se escogió; colonias; Nueva Esperanza, Bella vista, El Zarzal y barrio Oriente; como también un caserío de El Pescadero representativo del área rural.

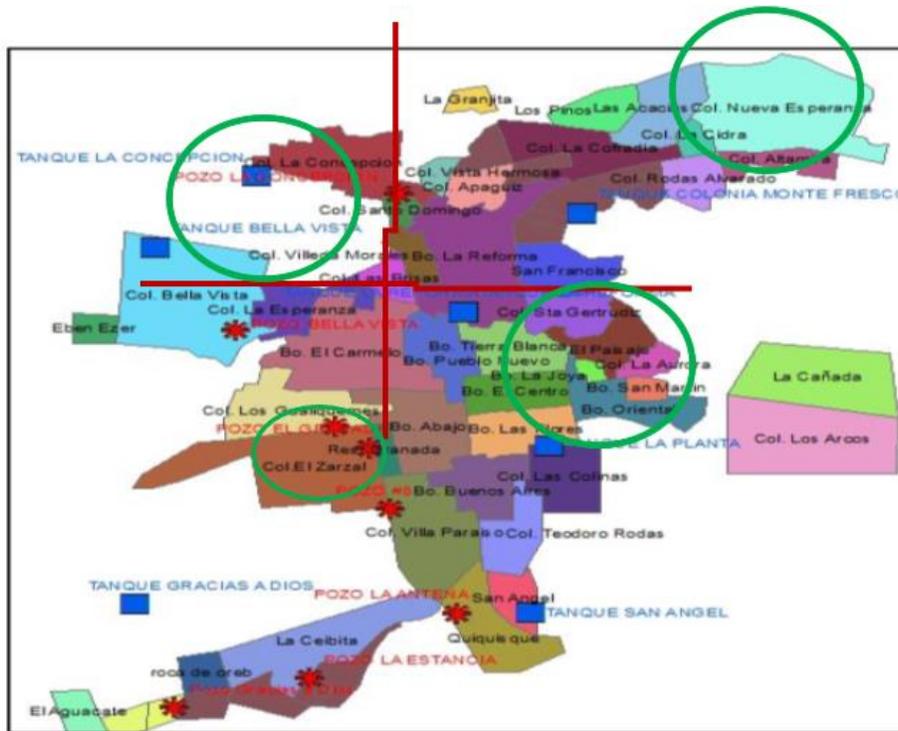


Figura 3. Criterios de Selección de la Muestra de acuerdo con el Municipio.
 (Fuente: Elaboración propia en base a datos demográficos del INE, año 2016).

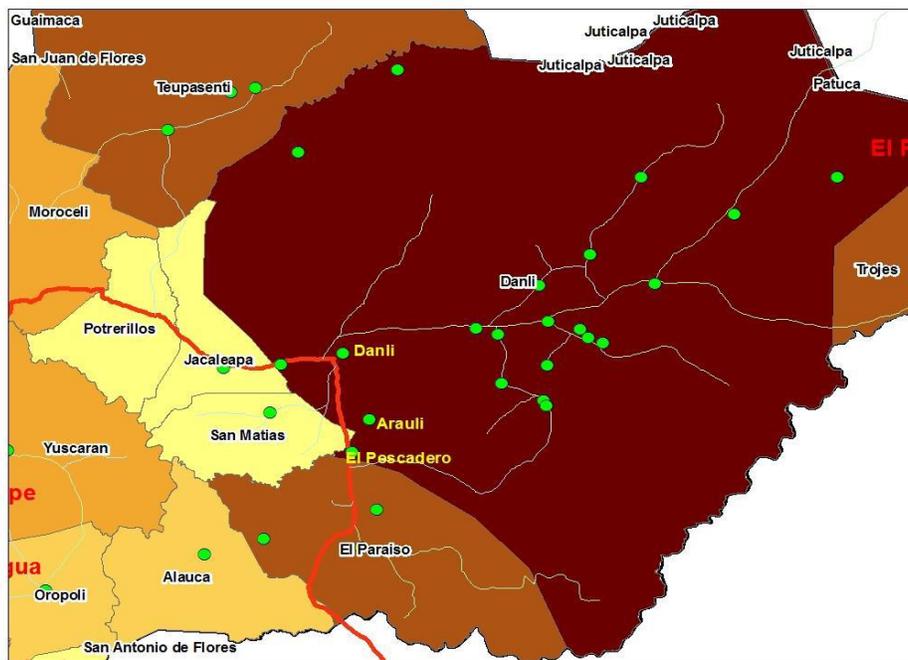


Figura 4. Selección de casas consultadas.

Fuente: Elaboración propia en base a datos demográficos del INE, año 2016.

Etapa 3: Consistió en la selección de casas a ser consultadas; en el área rural se hizo uso de un **muestreo probabilístico sistemático** para lo cual se hizo uso del factor k que es el número de viviendas entre el número de casos a ser consultado.

Para el área urbana la selección de viviendas fue aleatoria, con un muestreo que se subdividió en cuatro cuadrantes cada barrio de los cuales se extrajo una muestra de 8 a 9 viviendas elegidas sistemáticamente mediante el factor k.

Ejemplo:

a. $300/3=100$

Donde $300 =$ Total de encuestas a aplicar
 $2 =$ # de municipios
 $150 =$ # de encuestas por municipio

b. Factor K

$K =$ # de viviendas/# de casos a ser consultados
 Ejemplo $K = 200 / 25 = 8$
 $200 =$ # de casas por municipio
 $25 =$ # de encuestas en cada lugar (rural o urbano)
 $8 =$ Frecuencia de casas a visitar (se aplicará instrumento cada 8 casas).

Tabla 2. *Marco Muestral*

Colonias/Área Urbana	Viviendas totales (INE 2013)	Viviendas muestreadas	% del total
Colonia Nueva Esperanza	1470	37	2.5
Colonia Bella Vista	740	37	5
Colonia El Zarzal	282	38	13.4
Barrio Oriental	496	38	7.6
El Pescadero	238	150	63.0
Total	3226	300	9.3
Un caserío Rural	Viviendas totales (INE 2013)	Viviendas muestreadas	% del total
Pescadero	238	150	63.0
Total		300	100%

Fuente: Elaboración propia en base a encuesta de una muestra aleatoria de la población adulta del departamento de El Paraíso, en el año 2016.

Etapa 4

Se seleccionó las unidades de análisis: con base a género y rangos de edad (de 18 a 30 años, de 31 a 50 años y de 51 años en adelante) distribuidos de la siguiente manera; de la muestra total, se seleccionaron 150 mujeres y 150 hombres, incluyendo población según rangos de edad, correspondiente a 50 mujeres en edad de 18 a 30 años, 50 de 31 a 50 y 50 de 51 en adelante; igual dato en el caso de los hombres. Para llevar un control de esta muestra, se utilizó un cuadro (ver anexos # 2)

Etapa 5.

Procedimiento y Análisis de información recolectada basada en un tamizaje

- Se recolectó información y datos estadísticos, como la revisión de literatura pertinente al tema de investigación
 - Se profundizó en la investigación analizando la información más relevante al tema de la investigación.
 - Se seleccionó los instrumentos para el análisis cuantitativo escogiéndose el instrumento (Escala SRQ) para la detección de posibles trastornos mentales y FF-SIL para la dinámica familiar.
- Se seleccionó una sub muestra para el análisis cuantitativo.
 - Se capacitó al equipo técnico que nos apoyará en el levantamiento de datos para cada departamento
 - Cada equipo de trabajo fue asignado en cada lugar referente a la investigación para la aplicación del instrumento

Se finalizó con el procesamiento de datos haciendo uso del programa SPSS, tabulándolos y posteriormente valorándose estadísticamente alcanzando así los objetivos planteados al inicio.

4.4. Variables, Hipótesis e Indicadores

4.4.1. Matriz de Operacionalización de variables

Objetivo general: Analizar la prevalencia de los probables trastornos mentales y su relación con la dinámica familiar en la población adulta del departamento de El Paraíso, en el año 2016.

Tabla 3. *Matriz de Operacionalización de Variables*

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicadores
Trastornos mentales	El trastorno mental, es una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo (APA, 2013).	Aplicación de la escala SRQ (Ver anexo 5)	a. Ansiedad b. Depresión c. Epilepsia d. Dependencia del alcohol e. Dependencia de drogas f. Estrés postraumático	a. Ataques de pánico, sudoración, temblores b. Estado de ánimo depresivo, pensamientos recurrentes de muerte c. Convulsiones y dolor de cabeza. d. Frecuencia al beber. e. Frecuencia de dependencia sustancias psicoactivas. f. Traumas sufridos

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicadores
Características Sociodemográficas	Ciertos problemas de salud mental están arraigados a factores biológicos y ambientales; el género, edad, sucesos o crisis, factores socioeconómicos (OPS,2016)	Aplicación de encuesta sociodemográfica. (INE, 2013)	a. Género b. Edad c. Área geográfica d. Religión	a. Masculino, femenino. b. Rangos edades (18-30, 31-50, 51-110) c. Urbana y rural. d. Católica, evangélica, otra, ninguna. e. soltero(a), casado(a), unión libre, viudo y separado.

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicadores
Dinámica familiar	La familia es un conjunto organizado e interdependiente de personas constante interacción, que se regula por unas reglas y por funciones dinámicas que existen entre sí y con el exterior (Minuchin, 2003).	Aplicación de la Escala FF-SIL (Pérez, Freijomil, Louro Bernal, & Bayarre,2015) (anexo 6)	a. Cohesión, b. Armonía c. Comunicación d. Permeabilidad e. Afecto f. Roles g. Adaptabilidad	a. Unidad, toma de decisiones. b. comparten, están juntos. c. Conversan se comprenden. d. Comparten experiencias e. Demuestran sentimientos. (Louro Bernal 2004).

4.4.2. Hipótesis

La OMS plantea que uno de cada cuatro personas tiene la probabilidad de padecer un trastorno mental una vez en su vida, estudios realizados en Honduras indican que los problemas mentales se han agudizado como consecuencia de la crisis socioeconómica y de seguridad que vive el país, por lo que se plantea las hipótesis siguientes:

H₁: La prevalencia de los trastornos mentales en el departamento de El Paraíso es mayor al 35%.

H₀₁: La prevalencia de los trastornos mentales en el departamento de El Paraíso es menor al 35%.

H₂: La prevalencia de los trastornos depresivos en la población del departamento de El Paraíso es mayor del 15%.

H₀₂: La prevalencia de los trastornos depresivos en la población del departamento de El Paraíso es menor al 15%.

H₃: El estrés postraumático en la población adulta es mayor del 20%.

H₀₃: El estrés postraumático en la población adulta es menor del 20%.

H₄: La prevalencia de los trastornos mentales es mayor en las mujeres en comparación a los hombres.

H₀₄: La prevalencia de los trastornos mentales es menor en las mujeres en comparación a los hombres.

H₅: La población rural del departamento El Paraíso presenta mayor prevalencia de trastornos mentales.

H₀₅: La población rural del departamento El Paraíso presenta menor prevalencia de trastornos mentales que en la población urbana,

H₆: La dinámica familiar del departamento de el Paraíso es funcional

H₀₆: La dinámica familiar del departamento de el Paraíso no es funcional

4.5. Descripción de los instrumentos y/o técnicas y procedimientos que se utilizó para la recolección de información

Los instrumentos que se seleccionaron con base en la consulta a expertos, teniendo en cuenta que lo que se pretendía era realizar un tamizaje y no un estudio diagnóstico de caracterización poblacional y de evaluación de dinámica familiar.

A continuación, se explica brevemente en qué consisten y cuál es la utilidad de ambos instrumentos.

4.5.1. El Cuestionario de Auto-reporte o Self Reporting Questionnaire (SRQ).

El SRQ es una escala que ha sido diseñada por la Organización Mundial de la Salud con la finalidad de ampliar la detección y atención de los problemas de salud mental en los servicios de atención primaria, especialmente en países en desarrollo. Es una escala auto-aplicada o llenada por el personal de salud que permite identificar sintomatología actual o que se ha presentado durante los últimos 30 días. El SRQ comprende contenidos de varios instrumentos, es de fácil aplicación, es una escala simple y objetiva, fácil de evaluar que cubre aspectos claves de la psicopatología, con preguntas dicotómicas (“sí” o “no”), sencillas fáciles de entender. Los Ítems se puntúan con cero y uno, indica que el síntoma está presente o ausente durante los últimos 30 días.

La versión de la escala SRQ utilizada está compuesta por 30 ítems de los cuales en el instrumento se anexaron 4 ítems que miden estrés postraumático siendo validados por 60 jueces expertos en el área de salud mental, quedando el instrumento con un total de 34 ítems.

4.5.2. Escala de Funcionamiento Familiar FF-SIL:

El instrumento se diseñó en 1994, por Esther Pérez González, Dolores de la Cuesta Freijomil, Isabel Louro Bernal y Héctor Bayarre Veá, con el propósito de diagnosticar el funcionamiento familiar (dinámica relacional sistémica que se da entre los miembros de una familia), a través de la percepción de uno de los miembros. con la idea que fuera un instrumento sencillo para la evaluación de las relaciones intrafamiliares, de fácil aplicación y comprensión para cualquier nivel de escolaridad, de bajo costo, y que pueda ser aplicado

por cualquier tipo de personal (médico de familia, enfermera, trabajadora social, psicólogo etcétera), este instrumento mide las siguientes categorías: comunicación, cohesión, armonía, adaptabilidad, roles, permeabilidad y afectividad, a partir de estas categorías, se elaboró un instrumento provisional, que fue sometido al criterio de 30 expertos, con el objetivo de discriminar si existía diferenciación clara de las categorías a través de los ítems (enunciados), y si había correspondencia entre éstos; si en su conjunto media el funcionamiento familiar y si los enunciados fueron elaborados con un lenguaje claro y preciso, comprensible para cualquier nivel escolar, encontrándose que este instrumento posee alto nivel de contenido, criterio y de construcción considerado confiable (Pérez, Freijomil, Louro Bernal, & Bayarre, 2015)

4.5.3. La Validación de los Instrumentos.

Los instrumentos de tamizaje empleados para esta investigación fueron validados en dos momentos importantes.

En primera instancia se procedió mediante una validación de los instrumentos con 60 expertos (Psicólogos, Psiquiatras y médicos) que realizaron una validación cuantitativa de contenido y de constructo de los instrumentos esto para adaptar los ítems al contexto nacional antes de ir al trabajo de campo.

De acuerdo a la matriz de criterios de evaluación del instrumento SRQ y según los expertos en base a los datos obtenidos todos los ítems se encontraron aceptables tanto en la relevancia para la actitud del instrumento, lenguaje adecuado con nivel al informante y no hacer usos de universalidades, ni dobles negaciones y con lo que respecta al establecimiento del número máximo de palabras (más de 20 palabras) por ítems, se encuentra las preguntas 25 y 26 que no cumplen este criterio al tener más de 20 palabras, sin embargo no se considera significativo ya que el ítems lleva vocales y consonantes, en la redacción se dio las observaciones en las preguntas 14 y 23 que amerito un ajuste de la siguiente forma: Pregunta 14: ¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida? Por ¿Siente que es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida? y la Pregunta 23: ¿Ha notado interferencias o algo raro en su pensamiento? Por ¿Ha notado pensamientos raros que le preocupen?

En un segundo momento se procedió a un estudio piloto para validar la adaptación de los ítems a los instrumentos.

Para el instrumento SRQ se propuso un trabajo de campo que implicó desarrollar un proceso de validación de sensibilidad y especificidad basado en puntos de corte de la curva de ROC (Característica Operativa del Receptor).

La muestra está compuesta por un total de 352 personas; dividida en dos grupos, el primero compuesto por casos diagnosticados clínicamente con trastornos mentales, siendo necesario 20 sujetos con patología. El segundo grupo estuvo compuesto por 232 sujetos clínicamente sanos definido como grupo control normativo.

Una vez realizada la prueba piloto se siguió una serie de procedimientos en la aplicación.

La escala FF-SIL, en 1994 y en el año 2000 fue sometida por varios procesos de validación por los 30 expertos que evidenciaron su confiabilidad y su validación, esta prueba aporta información válida y confiable para medir los procesos relacionados con el dinamismo familiar, se validó con la de Cronbach ($\alpha=0,779$) y prueba de mitades de Spearman Brown ($r=.825$) (De la Cuesta Freijomil, Pérez González, & Louro Bernal, 1994), (López, 2000).

Para la aplicación de este instrumento en la comunidad de El Paraíso se realizó procesos de validación, con 15 expertos, quienes en base a la matriz de criterios de evaluación del instrumento FF-SIL y los datos obtenidos todos los ítems se encuentran aceptables en cuanto a la relevancia para la actitud del instrumento, lenguaje adecuado con nivel al informante y no hacer usos de universalidades, ni dobles negaciones y con lo que respecta al establecimiento del número máximo de palabras (más de 20 palabras) por ítems, las preguntas se encuentran entendibles y comprensibles.

El instrumento SRQ posee validez de contenido en los ítems 1,6,8,9,10,12,16,17,18,20,23, 24,25,27,28,29,30,31,32 ya que su indicador de La escala FF-SIL, fue sometida en 1994 y en el año 2000 a varios procesos de validación por los 30 expertos que evidenciaron su confiabilidad y su validación, esta prueba aporta información válida y confiable para medir los procesos relacionados con el dinamismo familiar, se validó con la de Cronbach ($\alpha=0,779$)

y prueba de mitades de Spearman Brown ($r=.825$) (De la Cuesta Freijomil, Pérez González , & Louro Bernal, 1994), (López , 2000).

Para la aplicación de este instrumento en la comunidad de El Paraíso se realizó procesos de validación, con 15 expertos, quienes en base a la matriz de criterios de evaluación del instrumento FF-SIL y los datos obtenidos todos los ítems se encuentran aceptables en cuanto a la relevancia para la actitud del instrumento, lenguaje adecuado con nivel al informante y no hacer usos de universalidades, ni dobles negaciones y con lo que respecta al establecimiento del número máximo de palabras (más de 20 palabras) por ítems, las preguntas se encuentran entendibles y comprensibles.

Confiabilidad por reactivos fue igual o mayor a 0.80 en promedio es decir que los jueces lo consideran valido en un 80 por ciento; así mismo en los ítems 2,3,4,7,11,13,14, 15,19,21,22,33,34; al no presentar un nivel de validez superior a 0.80 se encuentran dentro del rango considerado valido entre el 60 y el 79 por ciento y en relación a los ítems 5 y 26 según la opinión de los expertos los consideran útiles, pero no esenciales en el instrumento al ser aplicados, sin necesidad de ser modificados.

La escala de funcionamiento familiar FF-SIL posee validez de contenido; es una encuesta de 14 reactivos que mide las variables de: cohesión (reactivos 1 y 8), armonía (reactivos 12 y 13), comunicación (reactivos 5 y 11), permeabilidad (reactivos 7 y 12), afectividad (reactivos 4 y 14), roles (reactivos 3 y 9) y adaptabilidad (reactivos 6 y 10), habiendo un elevado porcentaje de coincidencia en las opiniones de los 15 expertos consultados, sin encontrarse observaciones de modificación en los ítems.

Según la validez de constructo los indicadores en base a los ítems seleccionados por los expertos encontramos que las sintomatologías de cada dimensión se manifiestan de la siguiente forma: ansiedad se ve reflejada en los ítems 1,2,3,4,5,6,7,19; Depresión sus síntomas se presentan en los ítems 2,3,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18,20; Psicosis se muestra en los ítems 21,22,23,24; Epilepsia únicamente en el ítem 25; dependencia al alcohol 26,27,28,29,30,31; y Estrés post-traumático en los ítems 32,33,34.

Es importante mencionar como se hicieron los cortes de cada dimensión para ver si el sujeto padece algún trastorno considerándose por ansiedad 4 ítems de 8, depresión 4 ítems de 12, alcoholismo 1 ítem de 4, drogadicción 1 ítem de 2, epilepsia 1 ítem de 1, psicosis 1 ítem de 4 y estrés postraumático 1 ítem de 3 para identificar sintomatología y para dar un diagnóstico del trastorno se debe hacer una evaluación especializada, además, si el comportamiento de un paciente parece evidentemente raro o extraño (ejemplo: suspicaz, habla demasiado, triste o llora), independientemente de las respuestas que se hayan dado en el cuestionario indica que la persona requiere evaluación integral, diagnóstico, tratamiento y seguimiento.

Según los indicadores propuesto por Ortiz Gómez et al. (1999) en base a los ítems seleccionados por los expertos y comparados con otras investigaciones encontradas en la Escala de Funcionamiento familiar FF-SIL, se estableció que los puntos de corte para definir si una familia es funcional, moderadamente funcional, disfuncional y moderadamente disfuncional son los siguientes:

Resultado del cuestionario	Puntaje
Familia funcional	De 70 a 57 puntos
Familia moderadamente funcional	De 56 a 43 puntos
Familia disfuncional	De 42 a 28 puntos
Familia severamente disfuncional	De 27 a 14 puntos

Las consideraciones éticas: se hizo uso del consentimiento Informado como procedimiento garantizando a los participantes la confidencialidad de los datos y respeto a su identidad, informándoles que los resultados serán utilizados con fines científicos.

Para el análisis estadístico de datos se utilizó el programa IBM SPSS 22, que ayudo a realizar los cruces de variables como las correlaciones con la r de Pearson y t de student, para generar los gráficos se usó el programa Excel.

4.5.4. Encuesta de caracterización poblacional.

El propósito de esta encuesta fué recopilar información de contexto que permite la realización de análisis detallados y en profundidad de las interrelaciones entre los atributos socio demográfico y los socioeconómicos tanto a escala de individuos como de los hogares. Cualquier atributo sociodemográfico puede ser examinado a la luz de los más importantes diferenciales que identifican los diferentes enfoques teóricos o el conocimiento acumulado en materia de población, como las condiciones de vida (pobreza), el nivel educacional, la inserción ocupacional, la zona de residencia, la estructuración familiar, etc., con esta encuesta no se procedió a validarse por ser realizada en base de datos de acuerdo con la encuesta de familias del INE (2013).

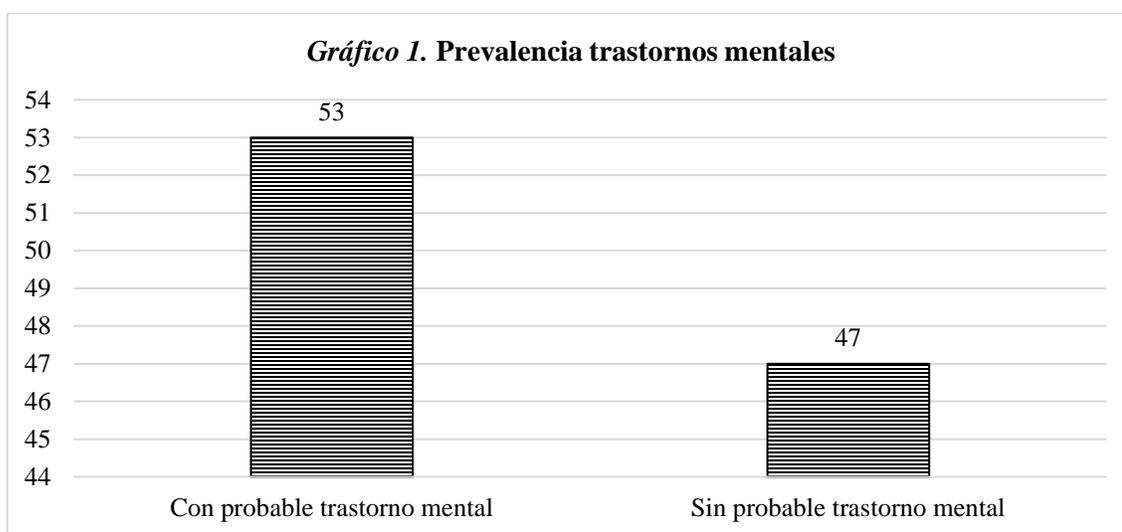
El tiempo de llenado del conjunto de instrumentos oscilo entre 17 – 21 minutos, considerando que todos eran autoadministrables, no obstante, se contó con la asistencia de 10 estudiantes de la carrera de psicología de cuarto año quienes previamente se les preparó con capacitación para dicha actividad.

**CAPITULO V:
RESULTADOS
PREVALENCIA DE
TRASTORNOS
MENTALES**

5. ANALISIS DE RESULTADOS

El presente capítulo contiene los principales hallazgos del estudio “Prevalencia de trastornos mentales y su relación con la dinámica familiar en la población adulta del departamento de El Paraíso”. Para explicar los resultados se hizo uso de estadísticas descriptivas de análisis de frecuencias y cruce de variables que son representados mediante gráficos; dichos análisis son leídos e interpretados a la luz de los objetivos de la investigación.

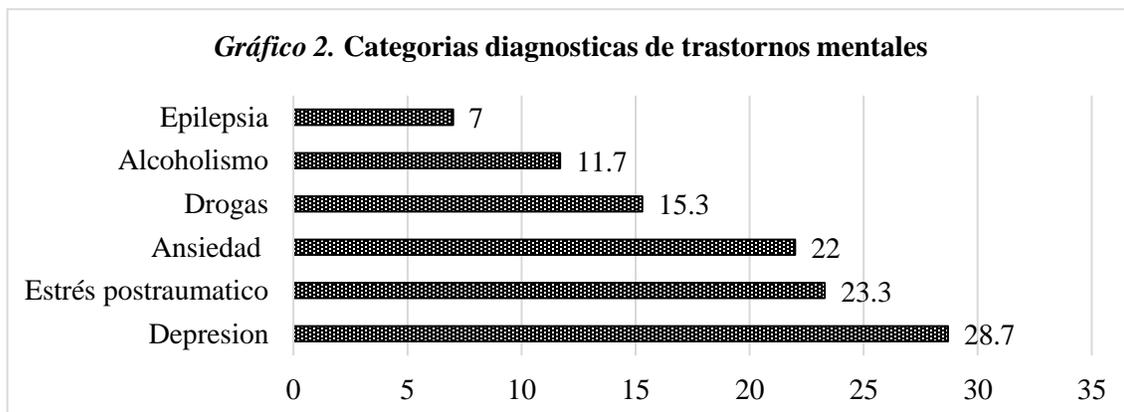
5.1. Prevalencia de probables trastornos mentales en la población adulta del departamento de El Paraíso



Fuente: Elaboración propia en base a encuesta de una muestra aleatoria de la población adulta del departamento de El Paraíso, en el año 2016.

En este estudio de prevalencia de trastornos mentales en el departamento de El Paraíso; se detectó que un 53% de los casos consultados presenta una probable sintomatología de trastorno mental, es decir 5 de cada 10 habitantes declara padecer síntomas que altera su salud mental, esta prevalencia es superior a la reportada por la OMS (2001) a nivel mundial que es un 25%,

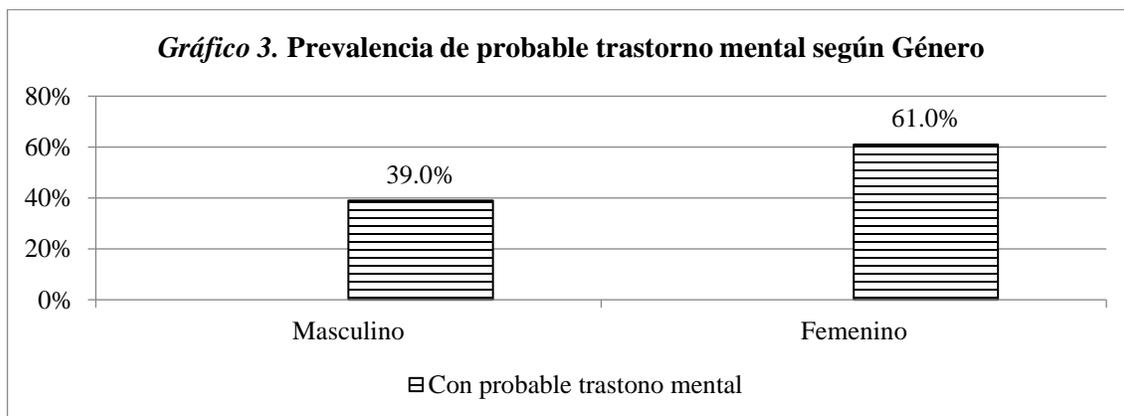
5.2. Prevalencia de los principales trastornos mentales según categoría diagnóstica en la población adulta del departamento de El Paraíso.



Fuente: Elaboración propia en base a encuesta de una muestra aleatoria de la población adulta del departamento de El Paraíso, en el año 2016.

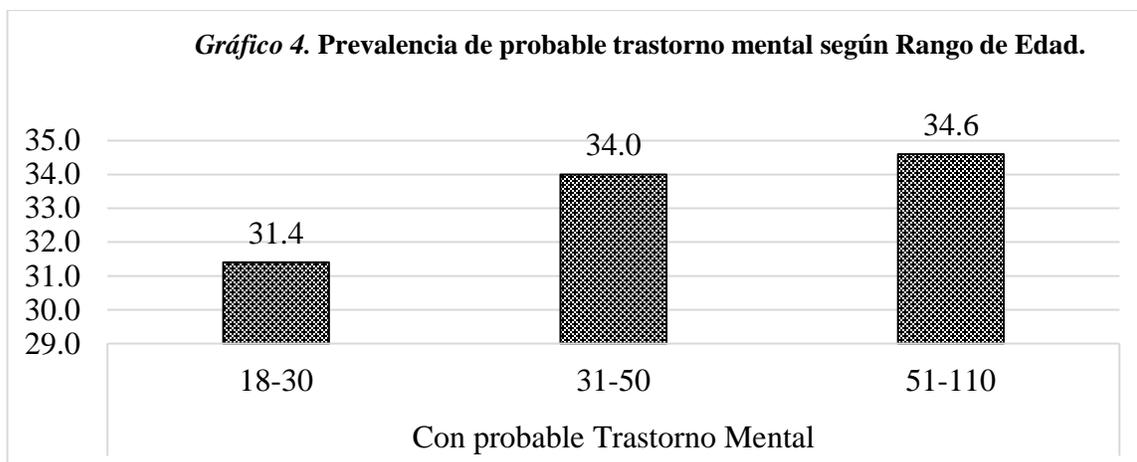
En el gráfico se aprecia los porcentajes de los probables trastornos mentales de mayor prevalencia; siendo la depresión con un 28.7%, seguido del estrés postraumático con 23.3%, ansiedad con 22%, droga 15.3%, alcoholismo 11.7% y finalmente epilepsia con un 7%.

5.3. Prevalencia de Trastorno mental según características socio demográficas



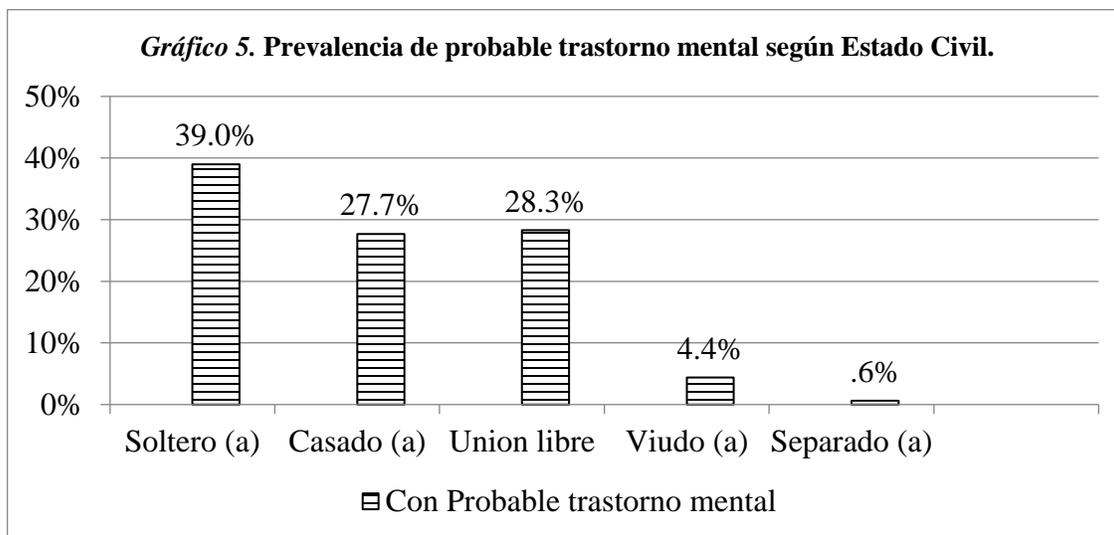
Fuente: Elaboración propia en base a encuesta de una muestra aleatoria de la población adulta del departamento de El Paraíso, en el año 2016.

En los resultados obtenidos en el gráfico indica que la prevalencia de probables trastornos mentales es mayor en la población femenina con un 61% en relación con el género masculino 39%.



Fuente: Elaboración propia en base a encuesta de una muestra aleatoria de la población adulta del departamento de El Paraíso, en el año 2016.

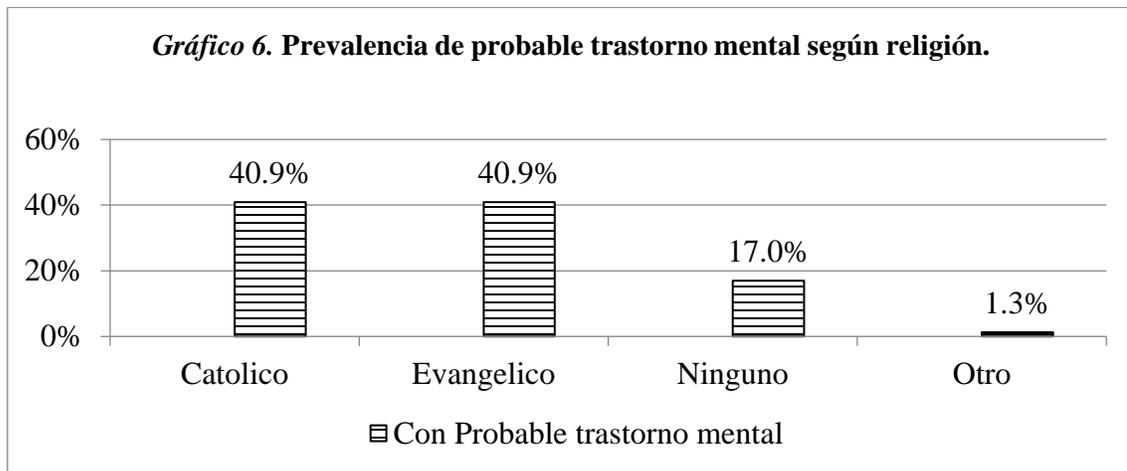
Este gráfico muestra las personas entre las edades 51-110 años es decir la población adulta mayor posee más probables trastornos mentales con un 34,6%, seguido de la población adulto medio de 31-50 años con un 34%, y en menor porcentaje la población adulto joven de 18-30 años con un 31,4%.



Fuente: Elaboración propia en base a encuesta de una muestra aleatoria de la población adulta del departamento de El Paraíso, en el año 2016.

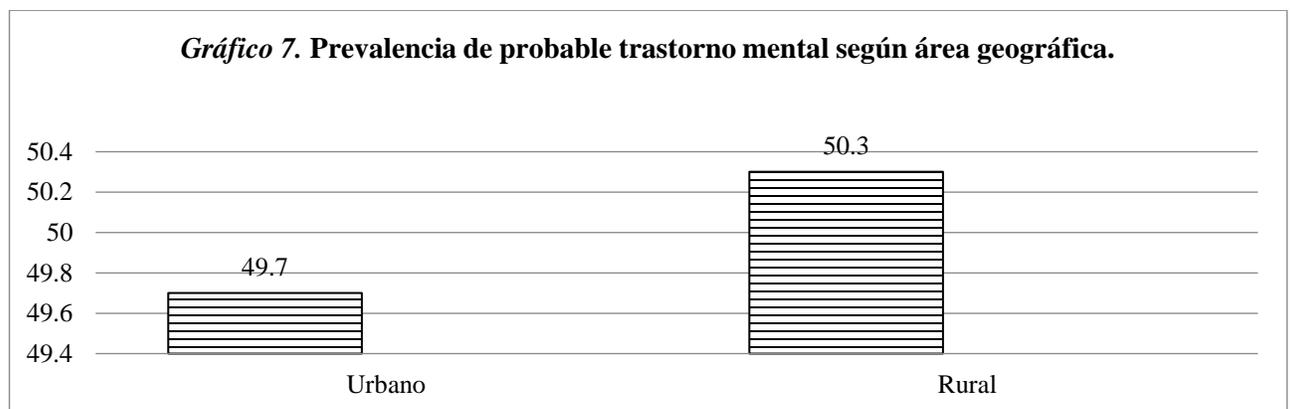
Se observa que los solteros presentan una mayor probabilidad de padecer probable trastorno mental con un 39%, seguido de los de unión libre con un 28,3%, los casados (a) con un

27,7%, mientras que los viudos 4,4% y los separados 0,6% representan un menor porcentaje de presentar sintomatología de posible trastorno mental.



Fuente: Elaboración propia en base a encuesta de una muestra aleatoria de la población adulta del departamento de El Paraíso, en el año 2016.

Los resultados muestran que las personas católicas y evangélicas ambas religiones presentan un 40.9% de prevalencia de trastorno mental, en cambio las personas que no poseen ninguna religión presentan una prevalencia de un 17.0% y los categorizados como otras religiones muestran un porcentaje de 1.3% de prevalencia.

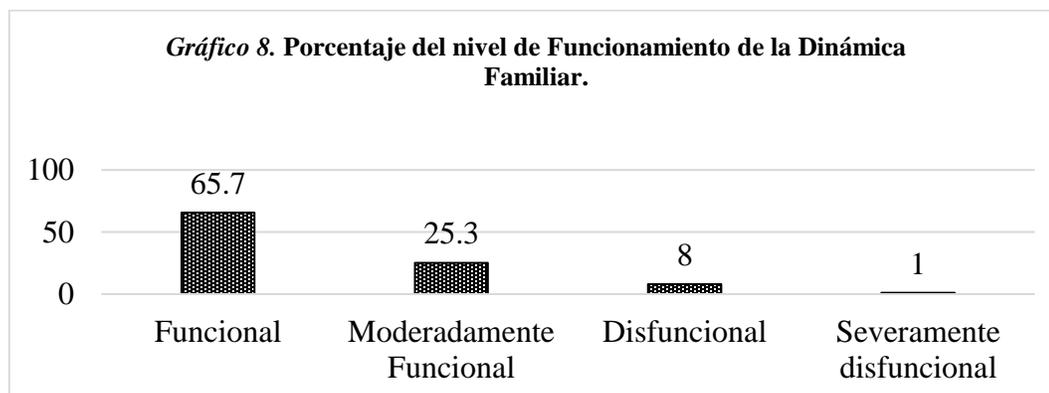


Fuente: Elaboración propia en base a encuesta de una muestra aleatoria de la población adulta del departamento de El Paraíso, en el año 2016.

Con relación al área geográfica la prevalencia de los probables trastornos mentales se ve reflejado que en el área rural hay un mayor porcentaje 50,3% de personas vulnerables a

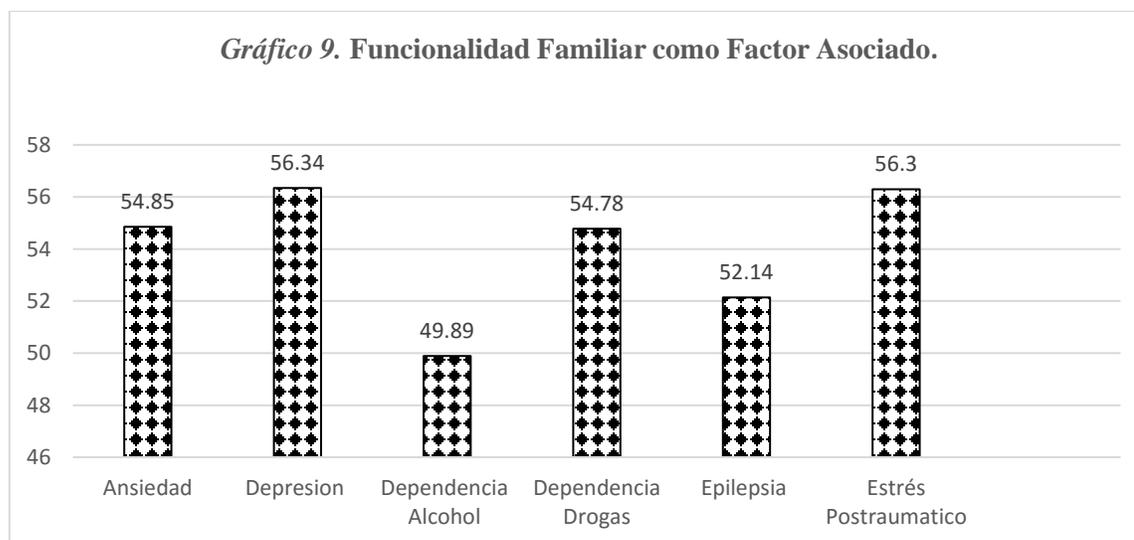
padecer probable trastorno mental, en comparación con el área urbana el porcentaje es de 49,7%.

5.4. Caracterización de la Dinámica Familiar



Fuente: Elaboración propia en base a encuesta de una muestra aleatoria de la población adulta del departamento de El Paraíso, en el año 2016.

En lo que respecta a la dinámica familiar, se estima que el 65,7% de las familias en el departamento de El Paraíso son familias funcionales, el 25,3% son moderadamente funcional, el 8% son disfuncionales y un 1% son familias severamente disfuncionales.



Fuente: Elaboración propia en base a encuesta de una muestra aleatoria de la población adulta del departamento de El Paraíso, en el año 2016.

En este grafico se presenta el análisis del promedio obtenido de la funcionalidad familiar encontrando como resultado que las familias con mayor funcionalidad familiar presentan

disminución en su sintomatología de trastornos mentales, con una diferencia estadísticamente significativa (0.003) medido con la t de student.

5.5. Comorbilidad de los trastornos

Es muy frecuente que dos o más trastornos mentales coexistan en un mismo individuo, al igual que sucede con los trastornos físicos, que también tienden a parecer asociados con mucha frecuencia. En esta investigación el 28% de 166 casos poseen una comorbilidad es decir padecen más de un trastorno (ver tabla 4).

Tabla 4. *Comorbilidad de Trastornos*

Numero de Probables Trastornos Mentales	F	%
Ningún trastorno	134	44.7
Un trastorno	82	27.3
Dos trastornos	44	14.7
Tres trastornos	18	6.0
Cuatro trastornos	13	4.3
Cinco trastornos	5	1.7
Seis trastornos	4	1.3
Total	300	100.0

Fuente: Elaboración propia en base a encuesta de una muestra aleatoria de la población adulta del departamento de El Paraíso, en el año 2016.

5.6. Jerarquización de dimensiones de funcionamiento familiar y sintomatología de trastornos mentales.

Tabla 5. *Dimensiones de funcionamiento familiar según ansiedad.*

Dimensión	Correlación de Pearson	Sig.(Bilateral)
Armonía	-0.170	0.003
Cohesión	-0.169	0.003
Roles	-0.127	0.028
Permeabilidad	-0.115	0.047

**La correlación es significativa en el nivel de 0,05 (bilateral); Total de muestra N =300*

Se observa una relación significativa en las 4 dimensiones: armonía, la cohesión, los roles y la permeabilidad y cuando estas aumentan en el seno familiar, el nivel de ansiedad disminuye.

Tabla 6. Dimensiones de funcionamiento familiar según depresión.

Dimensión	Correlación de Pearson	Sig.(Bilateral)
Roles	-0.143	0.013
Armonía	-0.129	0.001

*La correlación es significativa en el nivel de 0,05 (bilateral); Total de muestra N =300

Se observa una relación significativa en las 2 dimensiones: armonía y roles y cuando estas aumentan en el seno familiar, el nivel de depresión disminuye.

Tabla 7. Dimensiones de funcionamiento familiar según dependencia de drogas.

Dimensión	Correlación de Pearson	Sig.(Bilateral)
Armonía	-0.141	0.015
Comunicación	-0.164	0.004
Adaptabilidad	-0.142	0.014
Roles	-0.163	0.005
Afectividad	-0.115	0.046

*La correlación es significativa en el nivel de 0,05 (bilateral); Total de muestra N =300

Se observa una relación significativa en las 5 dimensiones: armonía, comunicación, roles, adaptabilidad y afectividad cuando estas aumentan en el seno familiar la dependencia de drogas disminuye.

Tabla 8. Dimensiones de funcionamiento familiar según estrés postraumático.

Dimensión	Correlación de Pearson	Sig.(Bilateral)
Armonía	-0.169	0.003

*La correlación es significativa en el nivel de 0,05 (bilateral); Total de muestra N =300

Se observa una relación significativa en la dimensión de armonía y cuando esta aumenta la probabilidad de padecer estrés postraumático disminuye.

Tabla 9. Dimensiones de funcionamiento familiar según dependencia de alcohol.

Dimensión	Correlación de Pearson	Sig.(Bilateral)
Roles	-0.181	0.002
Armonía	-0.268	0
Comunicación	-0.192	0.001
Adaptabilidad	-0.131	0.023
Afectividad	-0.131	0.024
Permeabilidad	-0.117	0.043

**La correlación es significativa en el nivel de 0,05 (bilateral); Total muestra N =300*

Se observa una relación significativa en las 6 dimensiones: armonía, roles, comunicación, adaptabilidad, afectividad y permeabilidad y cuando estas aumentan la dependencia de alcohol disminuye.

CAPÍTULO VI:
DISCUSIÓN
CONCLUSIONES
RECOMENDACIONES

6.1. DISCUSION

El presente apartado tiene el propósito de discutir los hallazgos de la investigación, retomándose los principales resultados en función de los objetivos anteriormente mencionados, contrastándolos con los argumentos de algunos teóricos que han sido expuestos en el marco teórico.

Se determinó que un 53% de la población del departamento de El Paraíso presenta un probable trastorno mental, es decir 5 de cada 10 personas. Este resultado es más del doble de lo reportado por la (Organización Mundial de la Salud, 2001), que establece que un 25% de la población mundial presenta un trastorno mental a lo largo de la vida que puede llegar a incapacitarlo.

Un estudio de salud mental realizado en Colombia reporta que el 40,1% de la población ha tenido alguna vez en su vida uno o más de los 23 trastornos basados en el DSM-IV (FES SOCIAL, 2005); calculando que 25% de las personas (una de cada cuatro) padecen uno o más trastornos mentales o del comportamiento a lo largo de su vida. A nivel mundial, los trastornos mentales y neurológicos representan 14% de la carga mundial de enfermedades. Cerca de 30% de la carga total de enfermedades no transmisibles se debe a estas enfermedades y casi tres cuartas partes de la carga mundial de trastornos neuropsiquiátricos corresponden a los países con ingresos bajos y medios bajos, información recabada de una compilación de los estudios epidemiológicos más importantes acerca de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe (Organización Panamericana de la Salud, 2016).

No obstante, hay indicios que la prevalencia de los trastornos mentales está aumentando en todo el mundo, se estima que entre 1990 y 2013 el número de personas con depresión o ansiedad ha aumentado cerca de un 50%, pasando de 416 a 615 millones de afectados, casi un 10% de la población mundial (OPS, 2009).

En el caso de Honduras el estudio realizado con una muestra representativa a nivel nacional determino que la prevalencia de trastornos mentales era de un 35% en la población hondureña este aumento lo atribuyen a las condiciones socioeconómicas, inseguridad ciudadana y desastres naturales (Chirinos Flores, y otros, 2002). La prevalencia reportada en el 2002 da

pauta del porque este aumento en la presencia de sintomatología de probables trastornos mentales en el departamento de El Paraíso con relación a lo establecido por la literatura mundial.

El incremento considerable en la prevalencia de probables trastornos mentales establecida en este estudio se da probablemente a los cambios que se han presentado en la última década relacionados con el desempleo, destrucción del medio ambiente, alta tasa de violencia e inseguridad que no solo afecta a un sector sino a toda la población en general (Bedoya Lau, Perea Paz, & Ormeño Martínez, 2006). Asimismo, otras investigaciones reflejan que los trastornos mentales pueden ser afectados por el contexto, en virtud que la OMS menciona que la salud mental se debe de entender integralmente desde el punto de vista bio-psico-social, en este sentido los trastornos mentales pueden estar siendo exacerbados por factores de tipo social ya que según el Observatorio de la Violencia de la UNAH ha habido un alza en la tasa de homicidios a nivel nacional (59,1% por cada 100,000 habitantes) , y en departamentos que no existía este fenómeno, ahora se ven afectados. En El Paraíso aun cuando se proyecta una leve tasa de homicios (1%), es significativo para datos a nivel nacional (Observatorio de la Violencia de la Universidad Nacional Autonoma de Honduras, UNAH, 2016).

Otras de las causas que están afectando la salud mental de alrededor de 1000 hondureños, es la violencia seguido del estrés de la situación económica por los bajos salarios, el desempleo, la pobreza, contemplándose en todos los niveles, tanto en la clase alta como en la baja, tanto en el campo como en la ciudad; de lo cual acuden a diario en los hospitales públicos como clínicas privadas, con la esperanza de recuperar su salud mental y emocional; estos factores van en ascenso, según el Psiquiatra Javier Uclés, señaló que el ambiente que rodea a la mayoría de hondureños es muy dañino para su salud mental, principalmente por la violencia generalizada que causa estrés postraumático severo (Uclés, 2016); datos que coinciden con los resultados de esta investigación.

Un segundo hallazgo de este estudio reporta que el trastorno mental de mayor prevalencia en la población del departamento de El Paraíso es la depresión con un 28,7%; hay reportes que en el primer semestre del 2014 los suicidios presentan un aumento alarmante en Honduras al

grado que estudios forenses registran hasta 30 ó 40 casos mensuales a nivel nacional (Uclés, 2016); así mismo expertos a nivel mundial consideran la depresión con la enfermedad del siglo XXI ya que sus síntomas van en ascenso y como lo menciona la OMS que se encuentra en los trastornos afectivos de mayor prevalencia considerando que dentro de unos 20 años esta enfermedad será una de las más recurrentes en la población pasando por encima e incluso de algunas causas de enfermedad que hoy son tan importantes como los problemas cardiovasculares o incluso el cáncer (Navarro Bometón, 2016) seguido del estrés postraumático con un 28,7% expertos a nivel mundial consideran que en Honduras se reporta que 7 de cada 10 hondureños sufren estrés postraumático atribuido al ambiente violento que se presenta en el país, en la actualidad se están presentando muchos casos de personas víctimas de un asalto o extorsión (Uclés, 2016).

La presencia de sintomatología de ansiedad es el tercer trastorno mental de mayor prevalencia con un 22%, seguida por la dependencia de drogas con un 15,3%, dependencia de alcohol con un 11,7%, y epilepsia 7% resultados que coinciden con una serie de estudios de prevalencia de trastornos mentales que establecen que estos son los principales trastornos mentales de mayor prevalencia (Zimmerman, McDermeut, & Mattia, 2000).

Asimismo, en Colombia los trastornos más frecuentemente reportados fueron los de ansiedad (19,3%), seguido por los trastornos del estado de ánimo (15,0%) y los trastornos por uso de sustancias (10,6%) y el 4,9% de la población estudiada ha intentado suicidarse alguna vez en la vida y el 1,3% lo ha intentado en los últimos treinta días en esta investigación (FES SOCIAL, 2005).

En relación a la presencia de probables trastornos mentales según género se refleja más en la población femenina con un 61%; como indican numerosos estudios el género femenino tiene mayor riesgo de sufrir una enfermedad mental que los hombres sobre todo porque la incidencia de la depresión y los trastornos de ansiedad son mayores en ellas y se presentan en mayor porcentaje, esto se debe a factores del desarrollo como ser las hormonas, edad reproductiva y las sobrecargas laboral, tareas domésticas, así como a vivir una situación de violencia intrafamiliar, siendo las mujeres quienes presentan un mayor número de acontecimientos estresantes (Rodríguez, 2013).

Al referirnos al rango de edad se observa mayor presencia de sintomatología de probables trastornos mentales en las personas mayores a los 51 años con un 34,6%. Según estima la OMS (2016) la población mundial está envejeciendo rápidamente, entre 2015 y 2050 la proporción de la población mundial mayor de 60 años se multiplicará casi por dos, pasando del 12% al 22% y aproximadamente un 15% de los adultos de 60 años o mayores sufren algún trastorno mental. Y según el estado civil el mayor porcentaje de probable trastorno mental se manifiesta en los solteros con un 39%.

Otro factor determinante para la conservación de la salud mental o en la aparición de la enfermedad entre sus miembros es la dinámica familiar (Louro Bernal, 2003). En esta investigación se encontró que la mayoría de las familias en el departamento de El Paraíso son funcionales en un 65,7%, seguido de las moderadamente funcionales con un 25,3% y alrededor del 8% indican pertenecer a familias disfuncionales, es decir que el 8% de las familias están en crisis y el 25,3% se encuentran en riesgo de caer en ellas.

Al respecto en una familia disfuncional si el comportamiento es inadecuado e inmaduro en uno de los padres este inhibe el crecimiento de la individualidad y la capacidad de relacionarse sanamente, los miembros de la familia ocasionan que los otros integrantes estén enfermos emocional, psicológica y espiritualmente (Pérez & Reinoza, 2011).

En el análisis de resultados con la prueba t, considerando como dato importante la media de la población se observa que hay diferencias estadísticamente significativas entre la variable de la dinámica familiar y los probables trastornos mentales encontrando que en el grupo de personas con mayor funcionalidad familiar no presentan un probable trastorno mental (59,48) así la población con menor funcionalidad familiar con probable trastorno mental (56,79).

Es decir que el funcionamiento familiar saludable implica el desarrollo de una dinámica adecuada en la familia, si el sistema familiar cumple plenamente la seguridad económica, afectiva, social, espiritual y de modelos sexuales genera nuevos individuos en la sociedad en una homeostasis sin tensión mediante una comunicación apropiada y basada en el respeto de las relaciones intrafamiliares. Sin embargo, la disfuncionalidad familiar se da cuando existe perturbación severa en la comunicación, armonía y otros (Contreras-Palacios S. , Ávalos-García, Priego Álvarez, Morales-García, & Córdova Hernández, 2013).

La dinámica familiar de la población adulta del departamento de El Paraíso está basada en las dimensiones medidas por la escala FF-SIL en las cuales la cohesión, afectividad, comunicación y adaptabilidad son estadísticamente significativas, sin embargo, no son factores causales de la presencia de sintomatología de probables trastornos mentales, sino que actúan como un factor de protección que ayuda a mantener un buen nivel de funcionamiento de las personas en las familias y en la sociedad.

En conclusión los hallazgos de este estudio demuestran que 5 de cada 10 personas en el departamento de El Paraíso presenta un probable trastorno mental y esto tiene implicaciones para los servicios de atención a la población adulta por lo que se debería contar en los centros de salud con personal capacitado en atención a la salud mental, este personal deberá estar preparado para detectar y tratar este tipo de problemas y poder así mismo hacer la referencia apropiada a los servicios de atención especializados en la capital del país para la atención oportuna y su respectivo tratamiento.

A la vez asegurar la apertura de espacios en los Centros de Salud, Cesamos y Cesares para que se cuente con la asistencia de un psicólogo como también en los centros educativos, como parte de una prevención y promoción primaria que contribuya al fomento de los hábitos protectores y a la reducción de los comportamientos de riesgo mejorando así la calidad de vida de la población en general (Flórez, 2007).

Aun cuando la salud forma parte del Plan de Nación de País 2021 donde uno de los objetivos es reducir las inequidades y mejorar la calidad de vida de la población de Honduras (Secretaría de Salud, 2005), así como también la salud pública es vista como la encargada de proteger y mejorar la salud de las personas, es preocupante que la prevalencia de estos trastornos sea tan elevada y al mismo tiempo tan invisible ya que en nuestro país no se cuenta con una red de atención en salud mental por el escaso presupuesto que hay para este, y por lo que concierne la ausencia de accesibilidad a estos servicios en los municipios de El Paraíso, sumando a esto el programa de salud mental desaparece en el nuevo modelo de atención en salud, es decir que no existe un sistema de prevención y promoción en salud mental a nivel primario.

Otra dificultad en la que se ven los que probablemente padezcan un trastorno mental, es el estigma y discriminación que tienden a sufrir por parte de sus familiares, esto por el insuficiente conocimiento y falta de conciencia sobre el tema en salud mental, ya que para ellos es normal amarrarlos y ocultarlos; por lo que una de las alternativas sería brindar psicoeducación desde diferentes fases de la vida ya que el cambio de conducta no ocurre de una manera continua, sino de una manera secuencial, a través de etapas y que la tarea inicial de las personas es tomar conciencia de la enfermedad para tomar acciones en su conducta (Flórez, 2007).

Finalmente es indispensable la reorganización y elaboración de nuevas propuestas en salud mental y programas de intervención psico-social que puedan adoptar políticas eficaces para la toma de decisiones que garanticen una atención en salud que sea integral, descentralizada, participativa y preventiva a favor de las comunidades especialmente a las más vulnerables por el sistema, ya que en la medida que se logre identificar de manera temprana los factores de riesgo de presentar trastornos mentales permitirá evitar situaciones de crisis y, esto ayudara a mejorar y hacer efectivo el derecho a una calidad de una vida digna.

6.2. CONCLUSIONES

1. Los hallazgos de este estudio demuestran que la prevalencia de los trastornos mentales es de 53% en el departamento de El Paraíso, resultado que está por encima de lo establecido por la OMS (2001), a nivel mundial del 25%; esto se debe probablemente a factores de estrés, inseguridad ciudadana, desempleo, situación de migración etc. que con el tiempo se ha agudizado más la problemática, es decir que 5 de cada 10 personas en el departamento de El Paraíso presenta un probable trastorno mental y esto tiene implicaciones para la estructura del Sistema de Salud, como ente regulador debe buscar responder a todas las necesidades identificadas, más que utilizando una infraestructura y equipos de planta, construyendo procesos que lleven a equipos móviles a alcanzar a las poblaciones más remotas, mejorando el acceso y cerrando las brechas de atención a la salud mental para servicios de atención a la población adulta , beneficiando los centros de salud con personal capacitado, preparado para detectar y tratar este tipo de problemas y poder así mismo hacer la referencia apropiada a los servicios de atención especializados en la capital del país para la atención oportuna y su respectivo tratamiento.
2. El trastorno más prevalente en el departamento de El Paraíso es la depresión, seguida por el estrés postraumático, ansiedad y dependencia de drogas, resultado que coincide con los últimos estudios que reflejan que estos serán las enfermedades del siglo XXI síntomas que van en ascenso y como lo menciona la OMS que dentro de unos 20 años los trastornos afectivos estarán por encima de algunas causas de enfermedad que hoy son tan importantes como los problemas cardiovasculares, diabetes e incluso el cáncer (Organización Mundial de la Salud, 2013).
3. Los factores sociodemográficos como el género femenino, los solteros y las personas mayores de 51 años de edad son las que presentan más sintomatología de padecer probables trastornos mentales, siendo importante fomentar los mecanismos locales de autoayuda como también los de ayuda mutua, con los cuales se promueva la identificación temprana de padecimientos psicosociales y su pronta atención; los grupos de ayuda mutua son herramientas de prevención de los niveles comunitarios que atenúen los síntomas que se han encontrado en la presente investigación.

6.3. RECOMENDACIONES

1. Es indispensable la reorganización y elaboración de nuevas propuestas en salud mental y programas de intervención psico-social que puedan adoptar políticas eficaces para la toma de decisiones que garanticen una atención en salud integral, descentralizada, participativa y preventiva a favor de las comunidades especialmente las más vulnerables por el sistema, en la medida que se logre identificar de manera temprana los factores de riesgo para el padecimiento de trastornos mentales, esto permitirá evitar situaciones de crisis que puedan mejorar y hacer efectivo el derecho a una vida digna.
2. Apertura de espacios en los centros de salud, Cesamos, Cesares y Centros Educativos para que se cuente con la asistencia de un Psicólogo Clínico, que contribuya al fomento de los hábitos protectores y a la reducción de los comportamientos de riesgo mejorando así la calidad de vida de la población en general, como parte de una prevención y promoción primaria.
3. Crear conciencia a la población en general que la salud mental está ligada a la salud física y todo inicia con un cambio de conducta, creando un sistema de mancomunidad entre varios municipios y así apoyar con actividades, recurso humano voluntario y recaudar fondos en pro de los centros de salud y hospitales.
4. La dinámica familiar funcional contribuye a la disminución de trastornos mentales, es importante trabajar con la familia en la concientización de que tienen un problema por resolver, organizándolos en grupos de ayuda mutua., programas de psicoeducación en todos los ámbitos escolares para tener una sociedad saludable.
5. El acceso a diversos servicios de salud mental, para que las personas sean efectivamente diagnosticadas, tratadas, referidas y continúen el seguimiento necesario, es tal vez uno de los retos importantes que tienen los prestadores de servicios de salud en las próximas décadas si se reconoce que estamos ante una pandemia en poco tiempo. Para la atención de los pacientes que lo solicitan, es necesario que las entidades territoriales reconozcan que los problemas de esta índole deben ser debidamente caracterizados, de tal manera que la ruta de atención brindada sea la más pertinente.

CAPÍTULO VII: LISTA DE REFERENCIAS

7. Referencias

- Accortt, E. A. (december de 2007). Women and major depressive disorder:clinical perspectives on causal pathways. *Journal of Women`s Health*, 17(10), 1583-1590.
- Ackerman, N. W. (1982). *Diagnostico y tratamiento de las relaciones familiares*. Buenos Aires, Argentina: Horm.
- Ardila. (2009). El apoyo familiar como uno de los pilares de la reforma de la atención psiquiátrica consideraciones desde una perspectiva psicosocial. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 38(1), 114-125.
- Arriagada, I. (1997). *Políticas sociales, familiares y trabajo en la America Latinas de fin de siglo, Serie políticas sociales*. Santiago de Chile: CEPAL.
- Asociación Estadounidense de Psiquiatría. (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. Washington: Arlington.
- Bedoya Lau, S., Perea Paz, M., & Ormeño Martinez, R. (2006). Evaluacion de niveles, situaciones generadoras y manifestaciones de estrés académico en alumnos de tercero y cuarto año de una Facultad de Estomatología. *Revista Estomatologia Herediana*, 16(1), 15-20.
- Borsotti, C. (1978). *Notas sobre la familia como unidad socioeconomica* (Vol. 2). Santiago: CEPAL.
- Bowen, M. (1998). *De la familia al individuo*. Barcelona: Paidos.
- Carter, E., & McGoldrick, M. (1989). *The Changing Family Life cycle*, Allyn y Bacon. Boston.
- Chirinos Flores, A., Munguía Matamoros, A., Lagos Velásquez , A., Salgado David, J., Reyes Ticas, A., Padgett Moncada, D., & Donaire García , I. (Enero de 2002). Prevalencia de trastornos mentales en la población mayor de 18 años en 29 comunidades urbanas de Honduras. *Revista Medica Post grado Psiquiatria*, 7(1), 42-48.
- Connigho. (2017). *Deportados en Honduras, Observatoris consular y migratorio de Honduras*. Tegucigalpa, Distrito Central, Honduras.
- Contreras-Palacios, S. D., Ávalos-García, M. I., Priego Álvarez, , H. R., Morales-García, M. H., & Córdova Hernández, J. A. (2013). Síndrome de Burnout, funcionalidad familiar y factores relacionados en personal medico y de enfermería de un Hospital de Villahermosa, Tabasco, Mexico. *Salud Publica, Horizonte Sanitario*, 12(2), 43-45.

- De la Cuesta Freijomil, D., Pérez González, E., & Louro Bernal, I. (1994). *Funcionamiento familiar. Construcción y validación de un instrumento*. La Habana: Facultad Salud Pública.
- Duriez, M., López, V., & Moncada, G. (2016). *Educación superior en Iberoamérica*. Tegucigalpa: Universia.
- Eguiluz, L., Robles, A., Rosales, J., Ibarra, A., Córdova, M., Gómez, J., & Gonzáles, A. (2003). *Dinámica de la familia: Un Enfoque Psicológico Sistémico*. México: PAX México.
- ENDIFAM. (Diciembre de 2011). *Encuesta nacional sobre la dinámica familiar en México*. Obtenido de <http://www.dif.gob.mx/diftransparencia/media/encuestanaldinamfamiliaramex2011.pdf>
- Espinal, I., Gimeno, A., & González, F. (2006). El enfoque sistémico en los estudios sobre la familia. *Revista Internacional de sistemas, 14*, 21-34.
- Fernández Moya, J. (2006). *En busca de resultados: una introducción a las terapias sistémicas*. Argentina: Universidad Aconcagua.
- FES SOCIAL. (2005). *Estudio nacional de salud mental*. Colombia: Graficas Ltda.
- Fishman, C., & Rosman, B. (1998). *El cambio familiar; desarrollo y modelos*. Buenos Aires: Gedisa.
- Flores Fonseca, M. A. (2003). *Hogares y familias en Honduras*. UNAH, Francisco Morazan. Tegucigalpa: universitaria. Obtenido de <https://poblacionydesarrolloenhonduras.files.wordpress.com/2011/03/hogares-y-familias-1988-2001.pdf>
- Flores, J. (19 de Marzo de 2017). En 2017: Deportados más de ocho mil hombres, la mayoría padres de familia. *El Heraldo*.
- Flórez, L. (2007). *Psicología social de la salud "Promoción y prevención"*. Bogotá: El Manual Moderno.
- Haley, J. (2002). *Terapia para resolver problemas. nuevas estrategias para una terapia familiar eficaz*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Hernández, A., Beuring, T., Berner, E., Blum, R., Florenzano, R., Lammers, C., . . . Valdés, M. (2005). *Familia y adolescencia: Indicadores de salud. Manual de aplicación de instrumentos*. Washintong: Kellogg Foundation.
- Hernández, A., Beuring, T., Berner, E., Blum, R., Florenzano, R., Lammers, C., . . . Valdes, M. (1996). *Familia y adolescencia indicadores de salud*. Washington: Kellogg, W.K., Foundation.

- Hernández, C., & Malta, J. (diciembre de 2014). La relación entre el nivel de pobreza, la tasa de analfabetismo y el ingreso per capita. *Portal de la ciencia*(7), 131-152.
- Instituto Nacional de Estadística. (2012). *Encuesta nacional de demografía y salud*. Honduras: Calverton.
- Instituto Nacional de Estadística. (2013). *Perfil sociodemográfico, Análisis de datos*. Retrieved in.
- Instituto Universitario en Democracia Paz y Seguridad. (2016). *En seis meses registran 2,5 muertes violentas en Honduras*. Recuperado el 10 de noviembre de 2016, de diario la prensa online: <http://www.laprensa.hn/2016/10/04/>
- Irigoyen, A. (1998). *Diagnósticos de salud familiar, en Irigoyen: Fundamentos de medicina familiar* (Vol. 2). México: México.
- La Comisión Económica para América Latina. (15 de agosto de 2013). *Seis millones de hondureños viven en la pobreza*.
- La estrella de Panama. (viernes de abril de 2014). Honduras, el país más violento del mundo. *Internacional, América*, pág. 23.
- Lewinsohn, P. M., Hyman, Roberts, R. E., Seeley, J. R., & Andrews, J. A. (febrero de 1993). Adolescent psychopathology: I. Prevalence and incidence of depression and other DSM -III-R disorders in high school students. *Journal of Abnormal Psychology*, 102(1), 133.144.
- López, S. (2000). *Validación de la prueba de funcionamiento familiar a escala comunitaria*. Facultad "Calixto García.
- Louro Bernal, I. (enero - febrero de 2003). La familia en la determinación de la salud. *Revista cubana Salud Pública*, 29(1), 48-51. Obtenido de http://scieo.sld.cu/scielo.php?scrip=sci_arrtex
- Louro, I. (enero - febrero de 2003). La familia en la determinación de la salud. *Revista cubana Salud Pública*, 29(1), 48-51. Obtenido de http://scieo.sld.cu/scielo.php?scrip=sci_arrtex
- Messenger, T., Zapata, J., & Semenova, N. (2 de Julio-diciembre de 2015). Conceptualización de ciclo vital familiar: una mirada a la producción durante el periodo comprendido entre los años 2002 a 2015. *Revistas Científica de América Latina, El Caribe, España y Portugal*, 8(2), 103-121.
- Minuchin, S. (2003). *Familia y terapia familiar* (8 ed.). Barcelona: Gedisa,S.A.

- Molina Cruz, L., & Tulio Hernández, M. (enero-diciembre de 2003). Prevalencia e incidencia de las epilepsias en Honduras. *Revista Médica Postgrado de Neurología UNAH*, 8(1 al 3), 45-52.
- Moncada, G. (2016). Prevalencia de trastornos mentales en estudiantes universitarios. *Revista de las Ciencias Sociales UNAH*, 2, 41-50.
- Morales, P. (2012). *Estadística aplicada a las ciencias sociales*. Madrid: Universidad de Pontificia.
- Munguía, A., Chirinos, A., Lagos, A., Jessica, S., Padgett, D., & Reyes, A. (Agosto de 2011). Prevalencia de trastornos de estrés postraumático en la población de Morolica a los 9 meses del huracan Mitch. *Revista Hondureña de postgrado de Psiquiatría*, 8-19.
- Navarro Bometón, M. J. (2016). *De hospitales para el alma, dispositivos de poder: Arquitectura en las Instituciones psiquiátricas Aragonesas* (. Facultad de Geografía e Historia. Aragonza: Facultad de Geografía e Historia. doi:<http://e-spacio.uned.es/fez/view/tesisuned:GeoHis-Mjnavarro>
- Núñez, M.-M. (2 de junio de 2009). Psicopatología y delincuencia; implicaciones en el concepto de imputabilidad. *Revista electronica de ciencia penal y criminología*, 11(2), 21-27. Recuperado el miércoles de enero de 2017, de <http://crimineugr.es/recpc/11/recpc11-r2.pdf>
- Ochoa de Alda, I. (1995). *Enfoques en terapia familiar sistémica*. Barcelona: Herder.
- Ochoa, E. (2012). *La importancia del entorno familiar desde el enfoque sistémico*. Barcelona: Paidós.
- Organización Mundial de la Salud. (2001). *Informe sobre la salud en el mundo 2001: Salud mental ; nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud, 1211.
- Organización Mundial de la Salud. (27 de abril de 2006). *¿Cuáles son los primeros signos de los trastornos mentales? Preguntas y respuestas*. Recuperado el 15 de diciembre de 2016, de <http://www.who.int/features/qa/38/es/index.html>.
- Organización Mundial de la Salud. (2009). *Informe sobre los sistemas de salud mental en centroamérica y república dominicana*. Panamá: OPS/OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (2013). *Carga mundial de trastornos mentales y necesidad de que el sector salud y el sector social respondan de modo integral y coordinado a escala de país*. Ginebra.

- Organización Mundial de la Salud. (2013). *Informe sobre salud en el mundo 2013-2020: investigaciones para una cobertura sanitaria universal*. Ginebra: OMS.
- Organización Panamericana de la Salud. (29 de septiembre de 2009). *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe*. Washington D.C.: OPS. Obtenido de [infocop.es/view_article.asp?id=2038](http://www.infocoponline.com): <http://www.infocoponline.com>
- Organización Panamericana de la Salud. (abril de 2016). *Organización mundial de la salud*. Obtenido de <http://www.organizacionmundialde.la.salud>
- Ortega Alvelay, A., Fernández Vidal, A. T., & Osorio Pagola, M. F. (julio-agosto de 2003). Funcionamiento familiar : su percepción por diferentes grupos generacionales y signos de alarma. *Revista Cubana Medicina General Integral*, 19(4), 538-41. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252003000400002
- Ortiz Gómez, M., Louro Bernal, I., Jiménez Cangas, L., & Silva Ayzaguer, L. C. (1999). La salud familiar. Caracterización en un área de salud. *Revista Cubana Medicina General Integral*, 15(3), 303-309.
- Paz Fonseca, A., Moneada Landa, R., Sosa Mendoza, C., Romero, M., Murcia, H., & Reyes Ticas, A. (1999). Prevalencia de trastornos mentales en la comunidad de Villa Nueva, región Metropolitana. *Revista Hondureña de Postgrado de Psiquiatría UNAH*, 4(1), 74-85.
- Pérez Milena, A., Pérez Milena, R., Martínez Fernández, M. L., Leal Helmling, J., Mesa Gallardo, I., & Jiménez Pulido, I. (2 de febrero de 2007). Estructura y funcionalidad de la familia durante la adolescencia: relación con el apoyo social, el consumo de tóxicos y el malestar psíquico. *Revista Elsevier*, 39(2), 61-65.
- Pérez, A., & Reinoza, M. (Septiembre - Diciembre de 2011). El educador y la familia disfuncional. *Educacere: Revista Venezolana de Educación*, 15(52), 19-25.
- Pérez, G. E., Freijomil, D. d., Louro Bernal, I., & Bayarre, V. H. (12 de mayo de 2015). Funcionamiento familiar. Construcción y validación de un instrumento. *Ciencias de la salud humana*, 4(1), 63-66. Recuperado el 7 de abril de 2017, de CIENCIA ergo-sum: CIENCIA ergo-sum, 4(. Recuperado de <http://cienciaergosum.uaemex.mx/index.php/ergosum/article/view/4004>
- Ramos, L. L. (agosto de 2014). ¿Porque hablar de género y salud mental? 37. Mexico. Obtenido de <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=iso>

- Rios, J. (2005). *Los ciclos vitales de la familia y la pareja ¿ Crisis u oportunidades?* Madrid: CCS.
- Rodrigo López, M. J., & Palacios, J. (1998). *La familia como contexto de desarrollo humano* (Vol. 2). Madrid: Alianza editorial,S.A.
- Rodríguez, J. A. (26 de 05 de 2013). Obtenido de Eroski Consumer. Obtenido de La salud mental de la mujer: <http://www.consumer.es/web/es/salud/prevencion/2013/05/26/216742.php>
- Sandoval, N. (23 de noviembre de 2014). Honduras: 600 mil mujeres son jefas de familia. *Diario El Heraldo*, pág. 17.
- Santos, G., Pizzo, M., Saragossi, C., Clerici, G., & Krauth, K. (2009). La relación adulto-niño y las dinámicas familiares en una investigación sobre la recepción y apropiación de mensaje. *17*.
- Satir, V. (2002). *Nuevas relaciones humanas en el nucleo familiar*. Mexico: Pax Mexico,libreria Carlos Cesarman.
- Secretaria de Salud de México. (2012). *Perfil epidemiológico de la salud mental en México*. México: Inner traditions en Español Rochester.
- Secretaria Salud. (2005). *Plan nacional de salud 2021*. Tegucigalpa: Despacho de salud.
- Slaikeu, A., & Chavez Mejia, M. (2000). *Intervención en crisis: Manual para práctica e investigación*. México: El Manual Moderno.
- Tejada, M. (Enero - Junio de 2012). Variables sociodemográficas según turno escolar en un grupo de estudiantes de educación básica. *Revista Pedagogía*, 33(92), 32-40.
- Thomas, J., & Bargada, M. (6 de octubre de 2002). *Valoración de la familia en situaciones de crisis*. Recuperado el 01 de febrero de 2017, de Familianovaschola: centrlondres94.com/files/valoracion_familia_situacion_crisis_pdf
- Tobón Marulanda , A., López Giraldo, L., & Ramírez Villegas, J. (2013). Características del estado de salud mental de jovenes en condiciones vulnerables. *Cubana de salud pública*, 39(3), 462-473.
- Ubilla, e., & Enrique. (2009). El concepto de salud mental en la obra de Erich Fromm. *Chilena de neuro-psiquiatria*, 47(2), 153-162. Obtenido de www.sonepsyn.cl
- Uclés, J. (05 de septiembre de 2016). *Noticias online diario la tribuna*. Recuperado el 05 de octubre de 2016, de <http://www.latribuna.hn/2016/09/05/>
- World Health Organization. (2003). *Strengthening mental health promotion*. Geneva: Factsheet.

xplorhonduras. (2012). *www.Xplorhonduras*. Recuperado el 15 de octubre de 2016, de xplorhonduras: <http://www.xplorhonduras.com/departamento-de-el-paraiso/>

Zimmerman, M., McDermeut, W., & Mattia, J. (Agosto de 2000). Frequency of anxiety disorders in psychiatric outpatients with major depressive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 157(8), 1377-1340.

ANEXOS

Anexo 1. Cuadro de selección de los municipios para muestra.

	Municipios de El Paraíso	Habitantes	Accesibilidad	Elegibilidad
1	YUSCARAN	11,396		No elegible
2	ALAUCA	7,877	Baja	No elegible
3	DANLI	134,792	Alta	Elegible
4	EL PARAISO	34,667	Alta	Elegible
5	GÜINOPE	6,941	media	No elegible
6	JACALEAPA	3,261	Baja	No elegible
7	LIURE	9,675	media	No elegible
8	MOROCELI	11,971	Media	No elegible
9	SAN ANTONIO DE FLORES	5,266	Baja	No elegible
10	OROPOLI	3,039	Baja	No elegible
11	SAN LUCAS	4,783	Baja	No elegible
12	POTRERILLOS	6,851	Media	No elegible
13	SAN MATIAS	4,092	Media	No elegible
14	TEXIGUAT	9,558	Baja	No elegible
15	VADO ANCHO	29,52	Baja	No elegible
16	YAUUYUPE	8,122	Media	No elegible
17	TROJES	3,589	Media	No elegible
18	TEUPASENTI	1,341	Baja	No elegible
19	SOLEDAD	33,786	Baja	No elegible

Anexo 2. Hoja de registro y control de aplicación de encuestas según rangos de edad y género.

N°	18-30 años		31-50 años		50 en adelante	
	H.	M	H	M	H	M
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
.						
.						
50						

Fuente: Elaboración propia en base a encuesta de una muestra aleatoria de la población adulta del departamento de El Paraíso, en el año 2016.

Anexo 3. Consentimiento Informado

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA DE PSICOLOGIA
MAESTRIA EN PSICOLOGIA CLINICA**



INTRODUCCION CONSENTIMIENTO INFORMADO

Sr. (Sra.) Buen día. A través de la presente reciba un cordial saludo.

Mi nombre es _____, soy estudiante de la Maestría en Psicología Clínica de la UNAH, cuyo objetivo es realizar esta investigación, en donde se pretende establecer la Prevalencia de los Trastornos Mentales y su relación con la Dinámica Familiar en la población adulta de esta comunidad, por lo que solicitamos su colaboración para conocer su opinión sobre aspectos de su vida y su situación familiar.

Es importante enfatizar que la información obtenida en esta investigación es de forma anónima y confidencial ya que nuestro propósito es estrictamente académico, científico e investigativo.

De antemano, agradecemos su valioso tiempo y colaboración.

Anexo 4. Formato Encuesta Sociodemográfica

ENCUESTA SOCIODEMOGRAFICA INSTRUCCIONES

Datos Generales:

Edad:	
Sexo:	
Estado Civil:	Soltero Casado Unión libre Viudo Otros
Religión:	Católica Evangélica Ninguna Otras
Procedencia:	Rural Urbana
Dirección exacta	
Ocupación:	
Con quien vive en su casa	Madre Padre Hijos Hermanos Abuelos Amigos Conyugue Solo Otro
Escolaridad	Primaria Incompleta Primaria Completa Secundaria Incompleta Secundaria Completa Universidad Ninguna

Anexo 5. Prueba SRQ

INSTRUCCIONES

Las siguientes preguntas están relacionadas con ciertos dolores y problemas que lo pudieron haber molestado **en los últimos 30 días** si cree que las preguntas aplican a usted y tuvo el problema descrito **en los últimos 30 días** ponga una marca “X” en el inciso de **SI**, por otro lado si la pregunta no aplica a usted y no tuvo el problema en los últimos 30 días ponga una marca “X” en el inciso de **NO**. Si no está seguro de cómo contestar una pregunta puedes pedir ayuda al encuestador. Las respuestas que de usted provea aquí son confidenciales.

- | SI | NO | |
|-------|-------|---|
| _____ | _____ | 1. ¿Tiene frecuentes dolores de cabeza? |
| _____ | _____ | 2. ¿Tiene mal apetito? |
| _____ | _____ | 3. ¿Duerme mal? |
| _____ | _____ | 4. ¿Se asusta con facilidad? |
| _____ | _____ | 5. ¿Sufre de temblor de manos? |
| _____ | _____ | 6. ¿Se siente nervioso, tenso o aburrido? |
| _____ | _____ | 7. ¿Sufre de mala digestión? |
| _____ | _____ | 8. ¿Le cuesta pensar con claridad? |
| _____ | _____ | 9. ¿Se siente triste? |
| _____ | _____ | 10. ¿Llora usted con mucha frecuencia? |
| _____ | _____ | 11. ¿Tiene dificultad en disfrutar sus actividades diarias? |
| _____ | _____ | 12. ¿Tiene dificultad para tomar decisiones? |
| _____ | _____ | 13. ¿Tiene dificultad en hacer su trabajo? |
| _____ | _____ | 14. ¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida? |
| _____ | _____ | 15. ¿Ha perdido interés en las cosas? |
| _____ | _____ | 16. ¿Siente que usted es una persona inútil? |
| _____ | _____ | 17. ¿Ha tenido la idea de acabar con su vida? |
| _____ | _____ | 18. ¿Se siente cansado todo el tiempo? |
| _____ | _____ | 19. ¿Tiene sensaciones desagradables en su estómago? |
| _____ | _____ | 20. ¿Se cansa con facilidad? |
| _____ | _____ | 21. ¿Siente usted que alguien ha tratado de herirlo/la en alguna forma? |

SI NO

- _____ _____ **22.** ¿Es usted una persona mucho más importante de lo que piensan los demás?
- _____ _____ **23.** ¿Ha notado interferencias o algo raro en su pensamiento?
- _____ _____ **24.** ¿Oye voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no pueden oír?
- _____ _____ **25.** ¿Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo, con movimientos de brazos y piernas; con mordedura de la lengua o pérdida del conocimiento?
- _____ _____ **26.** ¿Alguna vez le ha parecido a su familia, sus amigos, su médico o a su líder religioso (sacerdote, pastor) que usted estaba bebiendo demasiado licor?
- _____ _____ **27.** ¿Alguna vez ha querido dejar de beber, pero no ha podido?
- _____ _____ **28.** ¿Ha tenido alguna vez dificultades en el trabajo (o estudio) a causa de la bebida, como beber en el trabajo o en el colegio, o faltar a ellos?
- _____ _____ **29.** ¿Le ha parecido alguna vez que usted bebía demasiado?
- _____ _____ **30.** ¿Le han sugerido, alguna vez, sus amigos o su familia que disminuya el consumo de drogas o sustancias psicoactivas?
- _____ _____ **31.** ¿Ha usado, alguna vez, bebidas alcohólicas, drogas o sustancias psicoactivas para relajarse, para sentirse mejor consigo mismo o para integrarse a un grupo?
- _____ _____ **32.** ¿Tiene sueños angustiantes sobre algún suceso violento que experimento o hay momentos en los que le parece como si estuviera reviviendo la experiencia violenta?
- _____ _____ **33.** ¿Evita actividades, lugares, personas o pensamientos que le recuerdan la experiencia violenta?
- _____ _____ **34.** ¿Se sobresalta o alarma fácilmente desde el suceso violento?

Anexo 6. Escala de Funcionamiento Familiar

FF-SIL

INSTRUCCIONES

A continuación, le presentamos una serie de situaciones que pueden ocurrir o no en su familia. Necesitamos que usted clasifique y puntué su respuesta según la frecuencia en que ocurre la situación, de acuerdo con la siguiente clasificación:

Casi nunca (1) Pocas veces (2) A veces (3) Muchas veces (4) Casi siempre (5)

No.	Ítems	Ptj.
1	Se toman decisiones entre todos para cosas importantes en la familia	
2	En mi casa predomina la armonía	
3	En mi familia cada uno cumple sus responsabilidades	
4	Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana	
5	Nos expresamos sin insinuaciones, en forma clara y directa	
6	Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos	
7	Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones diferentes	
8	Cuando alguien de la familia tiene un problema, los demás ayudan	
9	Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado	
10	Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones	
12	Ante una situación familiar difícil, somos capaces de buscar ayuda en otras personas	
13	Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar	
14	Nos demostramos el cariño que nos tenemos	

Anexo 7. Glosario

Ansiedad:

Síntomas ansiosos inespecíficos que podrían ser cefaleas frecuentes, trastornos del sueño, temor fácil, temblor, nervios, tensión o aburrimiento, problemas digestivos, dificultad para pensar, sensaciones estomacales desagradables y fatiga sin explicación. Los datos de prevalencia indican que en Latinoamérica se puede hablar de un 8.9% (Organización Panamericana de la Salud OPS, 2009).

Abuso de sustancias psicoactivas:

Se consideran trastornos mentales y conductuales por consumo de sustancias psicoactivas como los opioides, heroína, marihuana, sedantes e hipnóticos, cocaína, otros estimulantes, alucinógenos, tabaco y disolventes volátiles

Depresión:

Es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastorno del sueño o del apetito, sensación cansancio y falta de concentración debido a situaciones de estrés como la pérdida de un familiar, pérdida de empleo y desastres naturales (OMS, 2013).

Dependencia de alcohol:

Es la incapacidad para dejar de beber aun deseándolo, las dificultades en el trabajo o en el estudio a causa de la bebida, involucrarse en riñas por causa de la bebida o estando embriagado y la opinión personas de estar teniendo exceso de bebida (OMS, 2001).

Dinamica familiar:

“La familia es un conjunto organizado e interdependiente de personas constante interacción, que se regula por unas reglas y por funciones dinámicas que existen entre sí y con el exterior (Minuchin, 2003).

Epilepsia:

Es un trastorno neurológico, que puede indicar lesiones del sistema nervioso central y problemas del comportamiento que requieren un procedimiento diagnóstico específico y tratamiento diferente al de la epilepsia. La prevalencia de epilepsia en Honduras ha sido estimada en una tasa de 5.69 por cada 1000 personas, que es más equivalente a los países industrializados y mucho más baja que la de los países en vías de desarrollo (Molina Cruz & Tulio Hernández, 2003).

Estrés Postraumático:

Es la reacción emocional de la persona y no tanto el evento traumático, no es el tipo de suceso, sino la reacción de la víctima acción emocional experimentada implica una respuesta intensa de miedo, horror o indefensión (Asociación Americana de Psiquiatría, APA, 2013).

Familia:

La Organización Mundial de la Salud (2009), define a la familia como “los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio...”.

Funcionamiento familiar:

Implica el desarrollo de una dinámica adecuada en la familia, si el sistema familiar cumple plenamente la seguridad económica, afectiva, social, espiritual y de modelos sexuales genera nuevos individuos en la sociedad en una homeostasis sin tensión mediante una comunicación apropiada y basada en el respeto de las relaciones intrafamiliares; sin embargo, la disfuncionalidad familiar se da cuando existe perturbación severa en la comunicación, armonía y otros (Contreras-Palacios, Ávalos-García, Priego Álvarez, Morales-García, & Córdova Hernández, 2013).

Salud mental:

Estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades». Estando está relacionada con la promoción del bienestar, la prevención de trastornos mentales y el tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas por dichos trastornos (OMS, 2013).

Tamizaje: es un estudio rápido, fácil (al utilizar instrumentos más cortos, pero menos precisos), que muestra síntomas de fenómenos y no diagnósticos.

Trastorno mental (TM): es un síndrome o un patrón comportamental o psicológico de significación clínica, que aparece asociado a un malestar, a una o a un riesgo significativamente aumentado de morir o de sufrir, este síndrome o patrón no debe ser meramente una respuesta culturalmente aceptada a un acontecimiento particular, debe considerarse como la manifestación individual de una disfunción comportamental, psicológica o biológica. Los TM son una clasificación categorial no excluyente, basada en

criterios con rasgos definitorios. Admiten que no existe una definición que especifique adecuadamente los límites del concepto, y que se carece de una definición operacional consistente que englobe todas las posibilidades. Un trastorno es un patrón comportamental o psicológico de significación clínica que, cualquiera que sea su causa, es una manifestación individual de una disfunción comportamental, psicológica o biológica