



**Universidad Nacional Autónoma de Honduras**

**Facultad de Ciencias Sociales**

**Escuela de Psicología**

**Maestría en Psicología Clínica**

Tesis

**Prevalencia de Trastornos Mentales en relación con la Resiliencia en población adulta de 5 comunidades del Departamento de Choluteca, Honduras 2016.**

Sustentada por:

**Ilce Jackelyn Pérez Ramírez**

Asesor Metodológico:  
**PhD. German Moncada**

Asesora Técnica:  
**PhD. Bárbara Mejía**

**PREVIA OPCIÓN AL TÍTULO DE:  
MÁSTER EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

Tegucigalpa M.D.C, Honduras, C.A  
miércoles, 30 de enero de 2019

## **Autoridades universitarias**

Dr. Francisco Herrera  
Rector Interino

Máster Belinda Flores  
Vice-Rectora Académica

Abogada Emma Virginia Rivera Mejía  
Secretaria General

Máster Magda Elsy Hernández  
Directora de Docencia

Doctor Armando Euceda  
Director 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

Doctora Vilma Amparo Escoto Torres  
Coordinadora de la Maestría en Psicología Clínica

## Resumen

Se estudió la *prevalencia de trastornos mentales en relación con la Resiliencia en población adulta del Departamento de Choluteca*. Se utilizaron dos instrumentos: SRQ que permitió hacer un tamizaje de posibles trastornos mentales y la Escala de Resiliencia Connor y Davidson (CD-RISC) que evalúa el nivel de resiliencia. La muestra poblacional fue de 300 adultos: 150 zona urbana y 150 zona rural en el mes de Junio, 2016. Los resultados indicaron que el 62% de la población presenta sintomatología de *trastornos mentales*, siendo los más prevalentes: depresión (39%), ansiedad (32%), y el estrés post-traumático (19%).

En relación a las variables sociodemográficas, la población femenina (61%), el adulto joven (37%) y el área urbana (52%) son las variables más vulnerables ante la condición de presentar sintomatología de trastornos mentales.

Al relacionar el nivel de resiliencia con los trastornos mentales de la población estudiada un 63% está en nivel alto, 34% en nivel medio y 3% en nivel bajo. Siendo la resiliencia un factor protector para la salud mental porque al aumentar el nivel de resiliencia disminuye la probabilidad de presentar sintomatología de trastornos mentales.

Palabras claves: *prevalencia, resiliencia, salud mental, trastornos mentales*.

## **Abstract**

The prevalence of mental disorders was studied in relation to Resilience in the adult population of the Department of Choluteca. Two instruments were used: SRQ that allowed a screening of possible mental disorders and the Connor and Davidson Resilience Scale (CD-RISC) that assesses the level of resilience. The population sample was 300 adults: 150 urban area and 150 rural area in the month of June, 2016. The results indicated that 62% of the population has symptoms of mental disorders, being the most prevalent: depression (39%), anxiety (32%), and post-traumatic stress (19%).

In relation to sociodemographic variables, the female population (61%), the young adult (37%) and the urban area (52%) are the most vulnerable variables to the condition of presenting symptoms of mental disorders.

When relating the level of resilience with the mental disorders of the studied population, 63% is in high level, 34% in medium level and 3% in low level. Resilience being a protective factor for mental health because increasing the level of resilience decreases the probability of presenting symptoms of mental disorders.

Keywords: prevalence, resilience, mental health, mental disorders.

## Dedicatoria

Dedico este trabajo a mi *Padre Celestial* quien me da sabiduría y fuerza para culminar cada meta y abrió oportunidades donde menos me lo esperé, a mi *mamá* por su dedicación, por creer en mí y motivarme a ser la mejor; a mi *papá* por cuidarme y estar incondicionalmente, a mi *hermana* por mostrarme su amor con pequeños detalles, a mi *novio* por estar conmigo y apoyarme a enfrentar con valentía cada reto en mi vida, a mi *tía* quien con su ejemplo y amor logra que de lo mejor de mí y a mis mejores *amigos* quienes hacen mi vida más alegre.

## **Agradecimientos**

A la Universidad Nacional Autónoma de Honduras, UNAH que por medio de la Dirección de Investigación Científica y Posgrado, DICYP, fue de gran apoyo financiero para este proyecto.

Al PhD. German Moncada quién con su motivación, enseñanzas como profesor y sus valiosos aportes hoy puedo dar por culminado este gran proyecto.

A la PhD. Bárbara Mejía por su paciencia y esmero, las observaciones tan acertadas y pertinentes han permitido orientar este trabajo de tesis.

Y a mis compañeras de lucha, amigas y futuras máster en psicología clínica: Sughey Valladares, Danellia Martínez, Gloria Tábor, Fabiola Soto y Rosa Martínez quienes formamos un equipo extraordinario de apoyo y construcción de ideas.

A la PhD. Vilma Escoto y PhD. Ivette Rivera por ser la cabeza de la Maestría en Psicología Clínica y por sus grandes deseos de lograr terminado mi proyecto de tesis.

## Índice de contenido

Introducción .....	1
Capítulo I. Planteamiento del Problema .....	4
1. Tema .....	4
2. Situación problemática.....	4
3. Objetivos y/o Preguntas de investigación .....	7
3.1 Objetivo General .....	7
3.2 Objetivos Específicos.....	7
3.3. Preguntas de investigación.....	7
4. Justificación.....	8
Capítulo II. Marco Contextual .....	11
1. Contexto Nacional .....	11
2. Contexto Local.....	19
Capítulo III. Marco Teórico.....	24
1. Concepto de salud mental .....	24
2. Factores y consideraciones sobre la salud mental.....	27
3. Trastorno Mental.....	32
3.1 Clasificación de los Trastornos Mentales.....	34
4. Resiliencia: un término emergente.....	41
4.1 El concepto de Resiliencia .....	44
4.2 Dimensiones de la Resiliencia.....	45
4.3 Características de las personas resilientes.....	47
4.4 Fundamentación Teórica de la Resiliencia.....	48
5. Trastornos Mentales y Resiliencia .....	50
Capítulo IV. Marco Epidemiológico.....	53

1. Problemática de salud mental a nivel mundial. ....	53
2. Problemática de la Salud Mental en América Latina y el Caribe .....	61
2.1 Prevalencia de algunos de los Trastornos Mentales en la región .....	62
3. Panorama de la Salud Mental en Honduras .....	64
3.1 Historia de la Salud Mental en Honduras.....	64
3.2 Situación actual de Salud Mental en Honduras.....	67
3.3 Estudios sobre prevalencia de trastornos mentales en Honduras .....	70
Capítulo V. Metodología de la investigación .....	76
1. Enfoque, alcance y tipo de diseño .....	76
2. Especificación de variables y su operacionalización. ....	84
3. Hipótesis.....	87
4. Técnicas de recolección de datos (Instrumentos).....	88
5. Procedimiento .....	101
Capítulo VI. Presentación y Análisis de Resultados.....	104
1. Datos sociodemográficos .....	104
2. Prevalencia de sintomatología de trastornos mentales en relación con la resiliencia. ....	106
3. Prevalencia de trastornos mentales en Choluteca .....	107
4. Prevalencia de los principales trastornos mentales en Choluteca. ....	108
5. Prevalencia de trastorno mental según características sociodemográficas .....	109
6. Caracterización de la Resiliencia .....	117
Capítulo VII. Discusión .....	128
Conclusiones.....	139
Recomendaciones .....	141
Referencias.....	143
Anexos .....	155



## **Índice de figuras**

Figura 1 Modelo Ecológico de Brofenbrenner .....	49
Figura 2 Mapa de cuadrantes para aplicación de instrumentos. ....	79
Figura 3 Mapa de ubicación de la Aldea Fray Lázaro: caserío El Marillal. ....	80
Figura 4. Nivel de resiliencia según sintomatología de trastornos mentales .....	107
Figura 5. Prevalencia de trastornos mentales en Choluteca.....	108
Figura 6. Trastornos mentales de mayor prevalencia en Choluteca .....	109
Figura 7. Sintomatología de trastorno mental según sexo .....	110
Figura 8.Sintomatología de depresión según sexo.....	111
Figura 9. Trastorno mental según rango de edad.....	112
Figura 10. Trastornos mentales según sexo y rangos de edad .....	113
Figura 11. Trastornos mentales según rango de edad y sexo.....	113
Figura 12. Trastorno Mental según procedencia y rango de Edad .....	114
Figura 13. Trastornos mentales según procedencia .....	115
Figura 14. Trastornos mentales según estado civil .....	116
Figura 15. Trastornos mentales según escolaridad .....	116
Figura 16. Categorías de resiliencia.....	117
Figura 17. Categorías de resiliencia para la población con trastornos mentales .....	118
Figura 18. Nivel de resiliencia según presencia de trastornos mentales.....	119
Figura 19. Nivel de resiliencia según los diferentes trastornos mentales .....	120

## Índice de Tablas

Tabla 1 Aspectos relativos a la salud mental en el mundo .....	54
Tabla 2 Población del Departamento de Choluteca, Honduras. ....	77
Tabla 3 Viviendas del Departamento de Choluteca, Honduras. ....	77
Tabla 4 Muestro proporcional para Poblaciones Infinitas $\geq 100,000$ .....	78
Tabla 5 Colonias seleccionadas para trabajo de campo.....	82
Tabla 6 Hoja de control de aplicación - Encuestas según edad y sexo.....	83
Tabla 7 Operacionalización de variables .....	84
Tabla 8 Resultados aplicación Curva de ROC.....	95
Tabla 9 Validez de constructo según dimensiones .....	100
Tabla 10 Estadísticos de fiabilidad .....	101
Tabla 11 Variables sociodemográficas de la muestra total.....	105
Tabla 12 Correlación entre trastornos mentales y resiliencia .....	106
Tabla 13 Jerarquización de dimensiones de resiliencia según Ansiedad.....	121
Tabla 14 Jerarquización de dimensiones de resiliencia según depresión .....	122
Tabla 15 Análisis de la dimensión competencia personal y tenacidad .....	123
Tabla 16 Análisis de la dimensión Aceptación positiva al cambio .....	124
Tabla 17 Análisis de la dimensión Control.....	125
Tabla 18 Análisis de la dimensión Influencias Espirituales .....	126

## **Introducción**

El presente estudio es cuantitativo descriptivo correlacional de corte transversal que trata sobre la prevalencia de los trastornos mentales en 5 comunidades del Departamento de Choluteca y la relación con el nivel de resiliencia que muestra la población adulta de este departamento; la investigación se realizó en el área urbana en la cabecera departamental Choluteca y en el área rural en la Aldea Fray Lázaro, seleccionados por cumplir con las características necesarias para el estudio.

En el mundo se estima que alrededor del 20% de todos los pacientes atendidos por profesionales de atención primaria padecen uno o más trastornos mentales. En una de cada cuatro familias, al menos uno de sus miembros puede sufrir un trastorno mental o del comportamiento, Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013). En un contexto de violencia, inseguridad social e inestabilidad laboral y económica del país, donde estos problemas se convierten en factores de riesgo a la aparición de trastornos mentales se considera pertinente relacionarlos con la capacidad que tienen los pobladores para enfrentar las amenazas de su entorno, a este proceso se le conoce como resiliencia.

El trabajo se condensa en seis capítulos los cuales se detallan de la siguiente manera: en el capítulo I, se describe la situación problemática con respecto a los trastornos mentales en el mundo, América Latina, Honduras y el Departamento de Choluteca; entre ellos se detalla el estudio de Chirinos-Flores et. al (2002) que es la investigación de referencia en cuanto a la prevalencia de trastornos mentales en el país. Al igual que se plantean los objetivos de la investigación. En el capítulo II, se

desarrolla el marco contextual de Honduras y del Departamento de Choluteca, incluyendo ubicación geográfica, población, vivienda, ámbito educativo, ingresos, empleo y salud.

En el capítulo III, se desarrolla los conceptos de salud mental, trastornos mentales y su clasificación, la resiliencia, sus dimensiones y la relación que existe entre los trastornos mentales y resiliencia. En el capítulo IV, enuncia un marco epidemiológico a nivel mundial, regional y nacional sobre estudios realizados de prevalencia de trastornos mentales.

En el capítulo V, se describe la metodología, define el enfoque y alcance; el tipo de muestreo es no probabilístico por conveniencia con un diseño polietápico logrando representatividad de la población, escogiendo hombres y mujeres jóvenes/adultos de 18 a 100 años utilizando los instrumentos SQR para trastornos mentales y escala de resiliencia Connor-Davidson Resilience Scale, (CD-RISC) para medir resiliencia.

Finalmente mostrando en el capítulo VI los resultados encontrados en el estudio desde la prevalencia global de los trastornos mentales en 5 comunidades del Departamento de Choluteca, la sintomatología de trastornos mentales más prevalentes relacionado con las variables sociodemográficas y la correlación entre trastorno mental y resiliencia.

# **Capítulo I**

## **Planteamiento del Problema**

## **Capítulo I. Planteamiento del Problema**

### **1. Tema**

Prevalencia de trastornos mentales en relación con la resiliencia en población adulta en 5 comunidades del Departamento de Choluteca, Honduras 2016.

### **2. Situación problemática**

Hoy día se sabe que los determinantes de los trastornos mentales no solo obedecen a características biológicas e individuales, sino también a factores sociales y culturales. En este sentido algunos estratos poblacionales con características de pobreza, un nivel educativo bajo, condiciones de trabajo estresantes, discriminación de género, exclusión social, estilos de vida poco saludables corren un riesgo mayor de sufrir problemas de salud mental. Por tal razón cabe pensar que las condiciones actuales de crisis sociales como inseguridad, violencia y las crisis socioeconómicas hayan agudizado la manifestación de trastornos mentales comprometiendo el desarrollo del país (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2016).

De acuerdo a las estadísticas de la Organización Mundial de la Salud, cerca de un 10% de la población mundial está afectada y los trastornos mentales representan un 30% de la carga mundial de enfermedad no mortal siendo la depresión y ansiedad los más comunes. Entre 1990 a 2013, el número de personas con depresión o ansiedad aumentó en un 50%, es decir, de 416 a 615 millones sufren de este flagelo (OMS, 2016).

En el caso de América Latina, el 5% de la población adulta padece de ella, pero, la mayoría no busca, ni recibe tratamiento y entre el 1% y 5% del presupuesto sanitario está destinado al campo

de la salud mental, sin embargo, de este, más del 50% se gasta en hospitales psiquiátricos (OMS, 2016).

En Honduras Chirinos-Flores et. al (2002) estableció que un 35% de hondureños está afectado por estos padecimientos, estos autores atribuyen esta aumento en relación a la prevalencia mundial a las condiciones socioeconómicas, la inseguridad ciudadana y desastres naturales del país. Entre los problemas de salud mental en Honduras se encuentran que los trastornos diagnosticados con mayor frecuencia en la red de atención primaria son: trastornos depresivos (27%), trastornos epilépticos (11%), trastornos neuróticos (9%), trastornos del desarrollo psicológico (6%), trastornos del comportamiento en la infancia (5%) (Secretaría de Salud, 2005).

Estadísticas del año 2014 del Hospital San Juan de Dios ubicado en la ciudad de San Pedro Sula, revelan que aumenta un 10% la cantidad de personas que buscan ayuda profesional por algún tipo de trastorno mental. Atienden un promedio 200 personas a la semana, entre los trastornos mentales más frecuentes son estrés, ansiedad, depresión, trastorno bipolar y adicciones (Baquedano, 2013).

En el Hospital San Juan de Dios las mayores atenciones según la edad se concentraron en la población adulta, en las edades comprendidas entre 27-32 años y según la procedencia los departamentos que más atienden son Cortés, Santa Bárbara, Yoro, Olancho y Choluteca (Pérez, 2014). Según Gudiel Sánchez Director del Hospital San Juan Dios, el 57% de los que recibieron tratamiento son mujeres, y 43% son hombres (Baquedano, 2013).

En el caso del Departamento de Choluteca uno de los mayores problemas en relación a las situaciones de violencia, es el homicidio. En comparación al promedio nacional (85.5 pccmh), Choluteca tiene niveles intermedios (29.7 pccmh). Siendo la violencia un factor de riesgo para la

presencia de trastornos mentales (Observatorio Local de la Violencia del Departamento de Choluteca, 2013). En el 2011 en la cabecera municipal existió un incremento de la tasa de homicidios, un 43.6 en comparación con los otros municipios con una tasa de 32, denotando que la problemática de violencia está más presente en la zona urbana que en la rural, pudiendo ser predictor de trastornos mentales en zonas más urbanizadas (Centro de Desarrollo Humano CDH, 2012).

En este estudio, dado su naturaleza correlacional, se pretendió realizar un tamizaje de los trastornos mentales, ya que los resultados estuvieron condicionados por el instrumento que se utilizó, que mide síntomas de algunas de las categorías diagnósticas, pero sin alcanzar suficiente especificidad en el diagnóstico. Por lo que se propuso establecer la posible prevalencia de las siguientes categorías diagnósticas, establecidas en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) ansiedad, depresión, dependencia de alcohol, abuso de sustancias psicoactivas, epilepsia y estrés postraumático relacionándolas con las dimensiones de la resiliencia.

Por otra parte se intenta destacar el fenómeno de la resiliencia por ser un factor protector en países con riesgos sociales, donde la resiliencia se refiere a las capacidades o recursos personales de los sujetos que les permite afrontar con éxito las situaciones adversas (Fernández-Calvo, y otros, 2016).

En Honduras se ha estudiado muy poco el fenómeno de la resiliencia y los estudios que existen están enfocados en la recuperación de desastres naturales debido a estar en zonas vulnerables, por lo que deber ser prioridad investigaciones enfocadas en la medición de la resiliencia para comenzar a indagar sobre este factor protector.



### **3. Objetivos y/o Preguntas de investigación**

#### **3.1 Objetivo General**

Analizar la prevalencia de los trastornos mentales en relación con la resiliencia en población adulta en 5 comunidades del Departamento de Choluteca en el año 2016.

#### **3.2 Objetivos Específicos**

- Identificar los tipos de trastornos mentales que prevalecen en 5 comunidades del Departamento de Choluteca.
- Determinar la prevalencia de trastornos mentales según variables sociodemográficas: sexo, edad, estado civil, procedencia y escolaridad.
- Identificar el nivel de resiliencia de la población adulta de 5 comunidades del Departamento de Choluteca en general y la que padece de trastornos mentales.
- Identificar las dimensiones de la resiliencia que están más relacionadas con cada uno de los trastornos mentales.

#### **3.3. Preguntas de investigación**

- a) ¿Existe relación entre la sintomatología de trastornos mentales y resiliencia de la población adulta de 5 comunidades del departamento de Choluteca?
- b) ¿Cuáles son los tipos de trastornos mentales que prevalecen en 5 comunidades del departamento de Choluteca?
- c) ¿Cuál es la prevalencia de trastornos mentales según sexo, edad, estado civil, área geográfica y escolaridad, en adultos de 5 comunidades del departamento de Choluteca?

- d) ¿Cuál es el nivel de resiliencia de la población adulta de 5 comunidades del Departamento de Choluteca y la que padece trastorno mental?
- e) ¿Qué dimensión de la resiliencia se relaciona con cada uno de los trastornos mentales?

#### **4. Justificación**

El desarrollo de políticas en salud mental necesita de información epidemiológica sobre la situación actual. Para evaluar el impacto de las acciones desarrolladas y el establecimiento de programas y proyectos en salud mental se requiere el conocimiento sobre el comportamiento actual de la prevalencia de los problemas mentales, es esencial para la adecuada formulación de políticas de salud mental.

La salud mental es un componente crítico de la salud general. Fomentar su salud social y emocional como parte del desarrollo sano, debe ser una prioridad. La promoción y prevención de la salud mental debe ser una meta importante de la salud pública, con el fin de desarrollar estilos de vida saludable en la población hondureña.

Según la OMS el comportamiento de la morbilidad por desórdenes mentales en el ámbito mundial, se presenta en un 25% de la población general que sufre de algún desorden o enfermedad mental que lo incapacita. Un análisis preliminar muestra que en Honduras se invierte menos del 1% del presupuesto de salud en atenciones a la salud mental, lo que indica la poca importancia que se le está dando a dicha problemática.

Los resultados del estudio pueden generar información fundamental para reorientar las políticas de intervención en los programas de atención primaria en salud, especialmente con relación a indicadores de prevalencia para los trastornos de depresión, ansiedad, psicosis, estrés

postraumático, dependencia al alcohol y consumo de sustancias psicoactivas. Igualmente podrán ser utilizados en los contenidos de los modelos curriculares en la formación de los profesionales que trabajan en la prevención y el tratamiento integral de la problemática estudiada.

Es fundamental identificar las capacidades de la población estudiada para superar una condición o problema de salud mental. Por lo tanto, al ser la resiliencia una característica de la salud mental, resulta pertinente relacionarla con los trastornos mentales, porque es reconocida como parte de la prevención, promoción y mantenimiento de la salud mental. Asimismo la resiliencia se toma como fundamento para hacer planteamientos positivos con la salud.

La interacción de la persona con las variables sociales conlleva a hacerse más resistente o vulnerable ante las situaciones de riesgo por lo que se requiere profundizar en los aspectos de ser una persona resiliente en un contexto como el de la sociedad hondureña. Por lo tanto la resiliencia como parte de la psicología positiva ha emergido como una propuesta paradigmática que enfatiza en el gran potencial de la promoción del bienestar del ser humano.

# **Capítulo II**

## **Marco Contextual**

## Capítulo II. Marco Contextual

Este estudio se llevó a cabo en la República de Honduras, por lo que se describe a continuación los aspectos relevantes de su población, vivienda, educación, ingresos, empleo, y salud tanto en el contexto nacional del país como en el contexto local del departamento de Choluteca.

### 1. Contexto Nacional

En relación a la ubicación geográfica, la República de Honduras se localiza en América Central. Sus límites físicos son hacia el norte con el Mar Caribe con 671 kilómetros de costa, el cual posee numerosas islas, cayos e islotes de las cuales las más importantes son las Islas de la Bahía y las Islas del Cisne; el este con el Mar Caribe o de Las Antillas y la república de Nicaragua con 966 kilómetros de frontera terrestre; al oeste con las repúblicas de Guatemala y El Salvador y al sur con el Golfo de Fonseca y las repúblicas de El Salvador y Nicaragua.

Tiene una extensión territorial de 112,492 km<sup>2</sup> y un perímetro de 2,391 kilómetros: su topografía es montañosa. Geográficamente se divide en múltiples regiones que muestran características propias según su extensión territorial. Se estima que 7.7 millones de hectáreas tiene vocación forestal y 4.2 millones son aptas para la agricultura y ganadería. La cordillera centroamericana divide al territorio entre las cordilleras Oriental, Occidental y Central.

La Secretaría de Recursos Naturales y Ambiente, SERNA (2010), menciona que Honduras por su situación geográfica y características socioeconómicas, es considerado uno de los países más vulnerables del mundo a los impactos del cambio climático. Esta condición se muestra por la creciente exposición de sus montañas y costas a huracanes e inundaciones en la época lluviosa y a sequías extremas en época de verano (Paz Delgado, 2016).

En relación a la población, actualmente existe un estimado de 8,714.641 habitantes, de los cuales el 4,132.729 (47.4%) son hombre y 4,581.913 (52,6) son mujeres: el 41.5% corresponde a adolescentes menores de 19 años. En su mayor parte los hondureños se dedican a las actividades agropecuarias, además del comercio, manufactura, finanzas y servicios públicos (INE, 2016).

Más del medio millón de sus habitantes son de descendencia indígena y negra distribuidos en nueve pueblos culturalmente diferenciados (Lencas, Chortis, Tolupanes, Tawahkas, Garífunas, Negros de habla inglesa, Pech, Nahuatl y Misquitos) quienes con sus descubrimientos han aportado al desarrollo de la sociedad hondureña.

En relación a la vivienda, la última Encuesta Permanente de Hogares (2013) estima en 1,972.520 el número de viviendas existentes en el país para un total de 8,714.641 habitantes. A nivel nacional, se estima un promedio de 4.4 personas por hogar, sin embargo, a nivel rural se calcula un promedio de 4.6 por hogar a diferencia del casco urbano con un promedio de 4.2 (INE, 2016).

De este total, el 56.6% se ubica en el área urbana siendo el acceso a los servicios básicos tales como el agua, energía eléctrica y saneamiento básico, variables a considerar por su íntima relación con las condiciones de vida y salud de la población. En relación al acceso del agua, el 13.3% no cuenta con este servicio agudizándose en el área rural donde el 4.7% de la población utiliza agua proveniente de los ríos, quebradas, lagunas u otras fuentes naturales (INE, 2016).

A nivel del saneamiento rural, el 13.7% no cuenta con un sistema de saneamiento adecuado prevaleciendo aún el uso de letrinas y otras por no contar con un sistema de eliminación de excretas. En los hogares urbanos, el 99.0% cuenta con energía a diferencia del área rural que sólo el 74.7% disponen de un sistema público de electricidad (INE, 2016).

En el ámbito educativo, actualmente, el analfabetismo sigue siendo un problema persistente en la realidad educativa del país. El 11.0% de las personas mayores de 15 años no saben leer y escribir siendo su tasa mayor en el área rural (17.2%). El analfabetismo tiende a ser superior en las personas mayores alcanzando hasta los 35 años un promedio del 10% y a partir de los 36 aumenta a tal grado que casi la mitad de la población adulta con 60 años no sabe leer ni escribir representando esto el 30.2%. (INE, 2016)

El sistema educativo del país es el más atrasado de Centro América (CA) pues apenas 32 de 100 estudiantes logran terminar la primaria completa sin repetir años: las estadísticas de Naciones Unidas (PNUD) revelan que el 51 % de los matriculados terminan la primaria con un promedio de 9.4 años y que los niveles de deserción escolar no han disminuido. Esta situación se agudiza en el nivel básico ya que solo el 86.5 % asiste a la escuela, mientras que el 13.5% no puede acceder a la enseñanza (Burgos, 2010). Afecta por igual a hombres y mujeres en un 15 % y se le ha insertado como eje primordial en el Plan de Nación del Gobierno de Honduras (Ramírez, 2015).

En cuanto a los ingresos, el ingreso per-cápita a nivel nacional sugiere que en el área urbana este es dos veces mayor que en el área rural, es decir, Lps 4,059 y Lps 1,859, respectivamente, el cual se relaciona con los años de estudio. Una tercera fuente de ingreso son las remesas representando el 6.0% de los ingresos, sin embargo, para junio del 2016, el 60.9% de los hogares hondureños se encontraban en situación de pobreza extrema agudizándose esta triste realidad en el área rural donde obtiene un porcentaje del 62.9% y 59.4 % en lo urbano (INE,2016).

En relación al empleo, en el país uno de los problemas del mercado laboral es el desempleo, este se mide con la Tasa de Desempleo Abierto (TDA). Para junio del 2016, los desempleados representaban el 7.4 % de la población económicamente activa. El área urbana representa el espacio

de mayor conflictividad probablemente por la migración de las personas a la ciudad y las escasas fuentes de trabajo, es decir, la TDA representa el 9.0% a diferencia del área rural que resulta del 5.4%. Una persona buscando trabajo se tardará alrededor de 4.0 meses en la ciudad y en el campo 3.3 meses (INE, 2016).

Haciendo referencia al género, los hombres son más rápidamente absorbidos que la mano femenina: la mujer tarda hasta 4.2 meses en ser contratada. El desempleo se concentra más en la población joven ya que de 291,048 desocupados, el 61.3% son adultos jóvenes menores de 25 años independientemente de su nivel educativo (INE, 2016).

En el ámbito de la salud, se hace referencia al acuerdo del artículo 145 de la Constitución de la República de Honduras en el cual se reconoce el derecho a la protección de la Salud y en este sentido, la Secretaria de Salud está obligada a crear la infraestructura pertinente para dar respuesta a este mandato (Constitución de la República de Honduras, 1982).

Después de 50 años de navegar por un sistema de salud dividido, excluyente, inequitativo e ineficiente de responder a las necesidades del país, donde no se realiza promoción de la salud y las atenciones van enfocadas en un nivel de prevención terciaria en general, la prevención primaria se da a nivel de vacunación; siendo este un factor de riesgo que encarece la atención en salud y pone en precario el acceso de la población, ya que es la forma más cara de atención y en general se focaliza en las ciudades grandes y medianas, lo que da como resultado un limitado acceso para el resto de la población.

Debido a esta situación, las autoridades se enfocaron por la articulación de un nuevo modelo desde una perspectiva holística y sistemática donde la comunidad misma será el ente



proactivo de resolver en un 80% los problemas de salud para así contribuir a la visión que se ha propuesto en el Plan de País para el año 2,034 (Congreso Nacional de Honduras, 2010).

Este nuevo Modelo Nacional de Salud (MNS) pretende reducir la brecha de la inaceptable situación de exclusión a través de tres componentes: atención – provisión, gestión y financiamiento que permitirán la descentralización mediante una gestión de recursos enfocada en la obtención de resultados y la toma de decisiones oportunas (Secretaria de Salud , 2013).

Los establecimientos de salud fueron categorizados y tipificados de diferente forma habiendo sido organizados en dos niveles con diferentes escalones de complejidad. En esta línea, los tres hospitales Psiquiátricos que existen en Honduras son considerados hospitales de 2do nivel de atención, de especialidades, con un nivel de complejidad 6 y una categorización tipo 3 caracterizándose por ser espacios para la docencia e investigación en el campo de la salud mental (Secretaria de Salud , 2013).

A nivel de la Secretaria de Salud, la cantidad de recursos humanos trabajando en el sistema de salud mental por cada 100,000 habitantes es de 6.12 profesionales. El desglose de acuerdo con la profesión es el siguiente: 0.82 psiquiatras, 0.67 médicos generales, 2.58 enfermeras, 0.78 psicólogos, 0.29 trabajadores sociales, 0.22 terapeutas ocupacionales y 0.76 de otros profesionales (OMS, 2008).

A continuación, se describen los aspectos importantes de los Hospitales Psiquiátricos en Honduras:

### 1. *Hospital Psiquiátrico Dr. Mario Mendoza*

Está ubicado en la Colonia Miramontes de Tegucigalpa, Departamento de Francisco Morazán al par de la Facultad de Ciencias Médicas y del Hospital Escuela Universitario. Fue inaugurado en enero de 1973 bajo la dirección del Dr. Francisco León Gómez ofreciendo el servicio de hospitalización con 25 camas para ambas Salas (hombres/mujeres), una Sala de Observación con 6 camas y un Servicio de Consulta Externa, y ser un centro docente para las carreras del área de la salud (Departamento de Estadística de HPMM, 2016).

Actualmente cuenta con 105 camas distribuidas de la siguiente manera: sala de varones 36 y 10 en cuidados intermedios; sala de mujeres, 32 y 10 para cuidados intermedios; observación 3 camillas de sujeción, 4 para varones y 4 para mujeres y 6 para el salón de huéspedes. Se entiende como salón de huéspedes, aquel espacio para pacientes psicóticos que no cumpliendo con los requisitos de internamiento pasan de 3 a 4 y hasta una semana de 7:00 a 3:00 pm en control e integrados en algunas de las actividades ocupacionales ofrecidas por el servicio de Hospital de Día y cuidados intermedios al espacio que dentro de las respectivas salas de hospitalización facilitan el control de aquellos pacientes muy agresivos.

A nivel de la consulta externa, el rango de edad más afectado durante el año 2015 representa el segmento de la población económicamente activa, es decir, entre los 20 a 60 años sumando un total de 56,860 el número de personas que solicitaron en el año 2015 asistencia psiquiátrica representando el 88% del total de atenciones de los cuales 40,447 son femeninas y 24,026 varones (64,473) siendo los trastornos del Humor (afectivos) el problema de salud mental por excelencia (Departamento de Estadística de HPMM, 2016).

En cuanto al recurso humano, cuenta con 18 psiquiatras, 14 médicos generales, 2 neurólogos quienes, solo en el año 2015 emitieron 11,510 recetas médicas. Existe un Depto. de Psicología con 10 profesionales quienes tienen en su haber el compromiso de desarrollar los procesos psicoterapéuticos a nivel individual y grupal, además del psicodiagnóstico solicitado por el personal médico o de otras instancias (Departamento de Recursos Humanos de HPMM, 2016).

## **2. Hospital Psiquiátrico Nacional Santa Rosita**

Está ubicado a 45 kilómetros de Tegucigalpa, en la Aldea de Santa Rosa en el Valle de Amarateca, Departamento de Francisco Morazán. Se trata de una institución estatal de referencia nacional orientada a las acciones de atención secundaria y terciaria de pacientes de mediana y larga estancia como también de alcohólicos. Fue construido en 1970 habiéndolo oficializado hasta el 15 de marzo de 1976 bajo la dirección del Dr. Emérito Pacheco.

Dicho hospital cuenta con un servicio de consulta externa especializada y un área de hospitalización en el campo de la psiquiatría y psiquiatría infantil. Tiene una capacidad instalada de 400 camas distribuidas en 6 salas: unidad de alcoholismo, infanto-juvenil, de mediana estadía, larga estadía, servicio de hospitalización que funciona las 24 horas. Entre su personal especializado cuenta con 9 psiquiatras, 6 médicos generales y 5 psicólogos distribuidos en los siguientes servicios: sala de mujeres, varones, Unidad de Alcohólicos, Consulta Externa y Psicoterapia Grupal.

## **3. Hospital San Juan de Dios Comunitario**

El Hospital San Juan de Dios ubicado en San Pedro Sula en el Departamento de Cortés, pertenece a la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, cuyo origen se remonta al siglo XVI en Granada (España). Es una organización humanitaria sin fines de lucro cuyo eje central consiste en

acoger y atender a personas enfermas y necesitadas en todo el mundo. Esta presenta en 51 países, cuenta con 300 centros donde se atienden alrededor de 20 millones de personas cada año.

En enero del 2008, se abrió la atención en consulta externa y rehabilitación a partir de los 5 años de edad. Posteriormente, el 15 de febrero del 2017 se ofertó al público dos nuevos servicios: Desintoxicación y Deshabitación (MAIDA) y el Salón de Huéspedes para pacientes psicóticos agitados. Ambos servicios son de carácter ambulatorio, cuentan con 8 camas respectivamente, funcionan de lunes a viernes, de 7:00 am a 7:00 pm, con una estadía de 15 días junto a un familiar cuya presencia es obligatoria.

Cuentan con la atención psiquiátrica, psicológica, enfermería, medicina general, alimentación y lavandería. Cuenta con 6 psiquiatras: 3 para consulta externa, 1 para la atención de niños /adolescente, 1 para MAIDA y otro para el Salón de Huéspedes, y 5 psicólogos: 2 para consulta externa, 2 para niños/adolescentes y 1 para MAIDA. El profesional de la psicología tiene a su cargo los procesos psicoterapéuticos como los psicodiagnósticos a través de pruebas neuropsicológicas, personalidad, inteligencia y vocacionales.

El terreno donde se ubica fue donado por la alcaldía de San Pedro Sula y en vista de su impacto en la 2da ciudad más importante del país, el gobierno de la República a través de la Secretaría de Salud estableció un convenio mediante el cual pasó a formar parte de la red hospitalaria con su propio presupuesto caracterizándose por ser un hospital de 2do nivel y de especialidades en el campo de la salud mental.

En el año 2014 reportó más de 14,300 atenciones entre los 5 a 18 años siendo los trastornos mentales más comunes: TDAH, adicciones (drogas, alcohol, videojuegos, dependencia virtual a

las redes sociales y pornografía) y a partir de los 19 años, la depresión, ansiedad, estrés, trastorno bipolar y adicciones en general (Diario, La Prensa, 6 agosto, 2016).

## **2. Contexto Local**

La investigación se realizó en 5 comunidades del Departamento de Choluteca por ser un estudio con un grupo de la maestría de Psicología Clínica de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras donde cada maestrante realizó su investigación en un departamento diferente con el propósito de obtener un panorama de la salud mental en Honduras. A continuación se caracterizan los aspectos que destacan en Choluteca con el propósito de contextualizar el entorno donde se llevó a cabo el estudio.

En relación a la ubicación geográfica, el departamento de Choluteca está ubicado en la zona sur del país, tiene una extensión territorial de 4,397 km<sup>2</sup>, fue uno de los 7 primeros departamentos en que fue dividido el territorio nacional durante la primera división política de Honduras, creado el 28 de Junio de 1825. Limita al norte con los departamentos de Francisco Morazán y El Paraíso, al sur con la República de Nicaragua y el golfo de Fonseca, al este con la República de Nicaragua, y al oeste con el departamento de Valle y golfo de Fonseca (Red de Honduras, 2012).

El departamento está dividido en 16 municipios, 198 aldeas y 2,508 caseríos, su cabecera es la ciudad de Choluteca una de las ciudades con gran importancia histórica, cruzada por el río Choluteca. Los tres principales municipios más poblados son: Choluteca, Marcovia y El Triunfo. (Red de Honduras, 2012).

Choluteca es uno de los departamentos de Honduras con alta vulnerabilidad a los impactos del cambio climático, debido a su clima y posición geográfica con respecto al océano pacífico. En las últimas décadas ha sufrido desastres de origen hidrometeorológico, en particular tormentas

tropicales, huracanes, inundaciones, deslizamientos y marejadas, afectando a la población (Paz Delgado, 2016).

En el 1998 con el paso del huracan Mitch, este departamento sufrió grandes pérdidas ya que se registraron 1,200 muertos 5,863 heridos y 268 desaparecidos. Las lluvias causadas por la tormenta tropical Agatha, en el 2010 ocasionaron la pérdida de 94.35 hectáreas del cultivo de maíz, en Palenque ubicado en el municipio de Choluteca. El 59.3% de la población se vio afectada por las condiciones climáticas ocasionando un desabastecimiento de alimentos por cultivos afectados (Paz Delgado, 2016).

Estos fenómenos que ocurren con frecuencia en esta zona conllevan a pérdidas humanas y materiales que incitan a las personas a migrar, sobre todo a la población más joven buscando oportunidades en otros departamentos o países. En cambio la población más adulta se queda en el lugar sufriendo el dolor de las pérdidas de sus familiares, o económicas.

En cuanto a la población, según la proyección de la población para el año 2016 se estima un total de 453,360 habitantes y una densidad poblacional de 103.10 hab/km<sup>2</sup>, de los cuales 224,052 (49.42%) son hombres y 229,308 (50.58%) son mujeres (INE, 2016).

El tamaño de la población del departamento de Choluteca muestra un crecimiento moderado, lo que refleja un incremento intercensal de 1.8% en un periodo de 25 años; es decir, aproximadamente dos personas por cada 100 habitantes. Este crecimiento representa un aumento en la demandas laborales, mejoramiento en las condiciones de viviendas, acceso al agua y saneamiento básico. En el 2013 la población adulta mayor representó el 6.1% se acentua el envejecimiento de la población (Paz Delgado, 2016).

Cholulteca tiene una tasa de migración interna neta negativa (-22.2), un menor grado de desarrollo y dinamismo en su economía, por lo que es considerado como un departamento expulsor de su población debido a que se observa un patrón de migración interna interdepartamental y emigración internacional (Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2016).

La densidad de la población es un factor clave para incidir en el proceso de urbanización, donde se concentra la población por diferentes factores como la migración de las personas de las áreas rurales hacia las áreas urbanas que a su vez se debe a que la mayoría va en búsqueda de empleo, de un empleo mejor remunerado, mejor calidad de servicios sanitarios y educativos, y una mayor diversidad de estilos de vida y entretenimiento (Paz Delgado, 2016).

En referencia a la vivienda, la última Encuesta Permanente de Hogares estima en 106,805 viviendas para una población de 453,360 habitantes en el Departamento de Cholulteca. Los materiales más utilizados en la construcción de paredes de las viviendas son el adobe, el ladrillo, piedra o bloque y el bahareque. El 15.6% de la población utiliza el material de bahareque, vara o caña, se considera como una característica de vulnerabilidad, ya que es sensible a inundaciones, marejadas, tormentas tropicales, y genera un riesgo para las personas que habitan la vivienda (Paz Delgado, 2016).

En relación al acceso del agua, el 70% de la población tiene acceso al agua: disponer de este servicio como el de alcantarillado para eliminación de excretas se encuentra asociado con mejores condiciones de supervivencia de la población (Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Estadística, 2013).

En cuanto a la actividad económica, está basada en la ganadería y agricultura, de los cultivos permanentes esta el mango y la caña de azúcar, las plantaciones de melones y sandías en la llanura

costera y en el cultivo de granos básicos esta el maíz. Choluteca ocupa el segundo lugar en ganadería bovina después de Olancho.

En la zona marítima esta el cultivo del camarón que adquiere mucho auge en el comercio internacional y es uno de los rubros importantes de la economía no tradicional. Los pobladores de este departamento tienen influencia de las granjas camarónicas debido a que la zona del Golfo de Fonseca ofrece condiciones extraordinarias para su cultivo, esta actividad es generadora de muchos empleos en la zona, así como generador de divisas para el país.

En el ámbito educativo, Choluteca presenta mayor rendimiento académico en comparación a los otros departamentos del país según la según autoridades de la Secretaría de Educación. (Digital, 2014). El 25.1% de la población logra un nivel educativo de secundaria, siendo el municipio de Choluteca que tiene los porcentajes más altos.

En relación a salud, se evidencia la incidencia de enfermedades del sistema respiratorio y gastrointestinal, marca inequívoca de una situación de pobreza. El departamento de Choluteca cuenta con el Hospital del Sur. Se reporta que es uno de los departamentos que más gastos tienen en salud en el sector público (35%) sobre todo en CESAMO y hospitales de la Secretaría de Salud, por consiguiente también representa más gastos en medicamentos en un 30% (Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Estadística, 2013).



# **Capítulo III**

## **Marco Teórico**

### **Capítulo III. Marco Teórico**

A continuación se desarrolla la conceptualización de salud, salud mental y sus determinantes, trastorno mental y su clasificación, la resiliencia, sus dimensiones y la relación entre los trastornos mentales y resiliencia para brindar un soporte teórico que sustente este estudio.

#### **1. Concepto de salud mental**

Al comenzar a exponer el concepto de salud mental, primero se refiere al concepto de la salud que ha sido definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedades o afecciones (Organización Panamericana de la Salud, 1996).

Desde la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud (1986) se declaró que los recursos básicos y las condiciones para la salud son los ingresos, la vivienda y la alimentación, la renta, justicia social y equidad al igual que disponer de información y habilidades personales; requiere asimismo un entorno que la promueva y ofrezca oportunidades para poder realizar elecciones saludables entre los bienes de consumo, los servicios y demás posibilidades; se necesitan finalmente, condiciones que favorezcan la salud en el entorno económico, social y físico (el entorno global) (Organización Panamericana de la Salud, 1996).

Partiendo del tema central de esta investigación, se hace necesario conceptualizar la dimensión de salud mental, la misma presenta diversas dificultades, ya que se deben considerar en su definición componentes tales como lo ideológico, clínico, epistemológico, teórico y social para lograr el cometido de dimensionar una categoría conceptual que integre sus manifestaciones básicas.

Establecer el concepto de “Salud Mental” es presentar de forma sintética una “definición holística e integradora del Hombre y de su salud”. A pesar que el concepto de un tópico tan abarcante, tiene como objetivo delimitar el tema para su posterior manejo, este debe contar con la suficiente flexibilidad como para ser de utilidad y comprensión a diferentes disciplinas para poder aceptar los matices idiosincráticos característicos de personas de diferentes contextos, estos componentes son cruciales para evitar la rigidez y el relativismo en la definición (Ubilla, 2009).

La salud mental se presenta como un concepto genérico, bajo el cual se cobijan un conjunto disperso de discursos y prácticas sobre los trastornos mentales, los problemas psicosociales y el bienestar; estos discursos y prácticas obedecen a las racionalidades propias de los diferentes enfoques de salud y enfermedad en el ámbito de la salud pública, la filosofía, la psicología, la antropología, la psiquiatría, entre otras y, por tanto, las concepciones de salud mental dependen de estos enfoques y de las ideologías que les subyacen (Restrepo, 2012).

En esta misma línea el autor sostiene que la concepción biomédica de la salud mental se define a partir de dos características fundamentales: la reducción de lo mental a un proceso biológico y la ausencia de enfermedad como criterio de normalidad, en consecuencia, la personalidad, el comportamiento, los afectos, las emociones y los pensamientos están determinados por causas físicas. Al suponer que la actividad mental es causada por el cerebro, la salud mental queda reducida a uno de los capítulos de la salud física

La salud comportamental se entiende en términos de hábitos y conductas adaptativos, resultantes de procesos de aprendizaje, que le permiten al sujeto encajar dentro de los patrones de comportamiento esperados en un contexto determinado. En consecuencia, los trastornos “mentales” se entienden como “alteraciones” o “desajustes del hábito”, es decir, respuestas “mal

adaptativas”, “indeseables” o “inaceptables”. Por lo tanto, si los trastornos “mentales” no son más que comportamientos indeseables aprendidos, curar trastornos “mentales” no significa borrar una enfermedad, sino reacondicionar al sujeto hacia comportamientos más aceptables (Restrepo, 2012).

Desde una perspectiva psicoanalítica clásica, la salud mental se fundamenta en las características del desarrollo de la personalidad del infante, a lo largo de las etapas de desarrollo psicosexual propuestas por Freud y desarrolladas por neo freudianos como Melanie Klein y Anna Freud. De allí que la base de la salud mental es una personalidad bien integrada, la cual se entiende por madurez emocional, fuerza de carácter, capacidad de manejar emociones conflictivas, equilibrio entre la vida interior y la adaptación a la realidad y una fusión exitosa entre las distintas partes de la personalidad (Klein, 1960).

En la actualidad la salud mental es vista como un estado de bienestar desde diversos puntos de vista y de acuerdo a las ciencias que tienen entre sus objetivos la satisfacción del individuo. Es así que la revisión bibliográfica ilustra cada uno de los conceptos propuestos, por lo que no existe una categoría general y consensuada, con estudios y fundamentos precisos que favorezcan un solo concepto de “salud mental”.

Desde el punto de vista de la salud pública, la salud mental es concebida desde las concepciones, biomédica, referida a la ausencia de trastornos “mentales” según criterios del modelo biomédico. Relacionando aspectos conductuales, como de adaptación, ajuste al contexto y al sistema productivo y la concepción cognitiva, derivada de la capacidad del sujeto para adaptarse racionalmente a las demandas internas y externas (Restrepo, 2012).

## 2. Factores y consideraciones sobre la salud mental.

Al considerar los aspectos de salud mental, primero se expone la perspectiva de Marc Lalonde (1983) sobre el concepto de salud que contempla la descomposición del campo de la salud en cuatro amplios componentes: biología humana, medio ambiente, estilo de vida y organización de la atención de salud.

- **Biología humana:** incluye la herencia genética de la persona, los procesos de maduración y envejecimiento, y los diferentes aparatos internos del organismo como el esquelético, el nervioso, el muscular, el cardiovascular, el endocrino y el digestivo.
- **Medio ambiente:** incluye todos aquellos factores relacionados con la salud que son externos del cuerpo humano y sobre los cuales la persona tiene poco o ningún control.
- **Estilo de vida:** representa el conjunto de decisiones que toma el individuo con respecto a su salud y sobre las cuales ejerce cierto control.
- **Organización de la atención en salud** consiste en la cantidad, calidad, orden índole y relaciones entre las personas y los recursos en la prestación de la atención de salud.

La salud mental abarca una amplia gama de actividades directa o indirectamente relacionadas con el componente de bienestar mental incluido en la definición de salud que da la OMS: La salud mental no es sólo la ausencia de trastornos mentales. Se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. 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).

Dentro de los diversos factores a considerar con relación a la Salud Mental, según la OMS (2013), se estima que inciden factores de orden biológico, social, y el estrés entre otros, a continuación se hace mención a estos:

a) **Factores biológicos:** a pesar del énfasis del estudio, en lo psicosocial, sería imposible desconocer la importancia de los factores de riesgo biológicos, ampliamente comprobada con excelentes aplicaciones metodológicas, como en el caso de los estudios de laboratorio y los realizados en gemelos adoptados, respecto de la aceptación del componente genético en el modelo multicausal del alcoholismo.

Numerosos estudios han demostrado que los hijos adoptivos, con padres biológicos alcohólicos, presentan aproximadamente cuatro veces mayor probabilidad de desarrollar el alcoholismo, que los hijos adoptivos, con padres biológicos no alcohólicos; viviendo ambos en hogares de padres adoptivos similares y no alcohólicos. Estudios en gemelos monocigóticos y dicigóticos, demuestran que los primeros son aproximadamente dos veces más concordantes - con relación al desarrollo del alcoholismo que los gemelos dicigóticos.

La edad y el sexo son otras variables biológicas importantes en el desarrollo de trastornos mentales. Como ejemplos se pueden recordar, la depresión clínica, que muchos estudios en forma consistente han encontrado más alta y con mayor severidad para el sexo femenino y para grupos de mayor edad; la dependencia a las drogas, por el contrario más frecuente en población joven y en el sexo masculino; y la demencia senil.

b) **Factores sociales:** Desde 1974 los Estados miembros de la OMS prestan atención, cada vez mayor, a los factores psicosociales en relación con la salud y el desarrollo humano. Se reconoce que los factores psicosociales son decisivos, tanto en su relación causal como

respecto a la promoción de la salud. Los síntomas percibidos pueden ir acompañados de alteraciones objetivamente mensurables del sistema nervioso autónomo y de las funciones hormonales. No es frecuente que una persona se vea expuesta aisladamente a los factores psicosociales procedentes del medio social. Las experiencias pasadas, los factores genéticos y las actuales condiciones de la vida en general, constituyen la base del Modo en que cada persona experimenta e interpreta esas influencias (OMS, 2013). Por consiguiente, las reacciones a las situaciones percibidas y la capacidad de afrontar períodos de estrés y la capacidad de recuperarse de ellos, están determinados, en cierta medida, por las características individuales.

Pero, no se debe exagerar sobre las diferencias individuales hasta el punto de considerar de importancia secundaria la intervención preventiva, con orientación comunitaria. Cuando la influencia de un factor psicosocial es intensa, es menor la importancia de la vulnerabilidad individual; cada persona tiene múltiples características psíquicas y hábitos de comportamiento que comparte con otros miembros de su comunidad.

c) **Factor estrés:** Entendida la salud no solamente como "la ausencia de afecciones o enfermedades" sino también como "un estado de completo bienestar físico, mental y social", se comprende el bienestar como un estado dinámico de la mente, que se caracteriza por un grado razonable de armonía entre las facultades, las necesidades, las expectativas, las exigencias y las oportunidades del medio ambiente. Estrechamente relacionado con el bienestar, está el concepto de calidad de vida; por él se entiende, el conjunto de bienestar físico, mental y social, que se asemeja a la definición de salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013).

Al evaluar los factores que influyen en el bienestar, hay que reconocer que el mismo factor puede ser bueno para unas personas y malo para otras, o positivo en unas circunstancias y negativo

en otras; por tanto, es necesario tener en cuenta las interacciones complejas y no lineales que se producen. Técnicamente, la palabra inglesa "stress" se refiere a una fuerza que deforma los cuerpos. En su acepción corriente equivale más o menos a carga o presión. En biología, el término estrés toma con frecuencia un sentido diferente, ya que se utiliza para aludir a las reacciones fisiológicas y estereotipadas de "tensión" del organismo cuando se expone a diferentes estímulos ambientales que se denominan factores de estrés, por ejemplo, cambios o presiones del medio ambiente y exigencias de adaptación a éste.

La historia de la Salud Mental, considerando a las disciplinas especializadas en su estudio como la psiquiatría, psicología, neurología, por mencionar algunas, es la historia del conocimiento científico. Ha tenido idas y venidas, aciertos y desaciertos, siempre un constante cuestionamiento ya que a lo largo de la misma las enfermedades mentales se han relacionado con la religión, con la magia o incluso con aspectos culturales. Por lo anterior es de suma importancia conocer cómo ha sido esta evolución, como a través del tiempo los conceptos y los métodos de tratamiento han ido cambiando en función del momento histórico en que se desarrollaron, siempre con la convicción de buscar ese enigma que se esconde detrás de las llamadas enfermedades mentales y como éstas pueden llegar a ser incapacitantes (Fernández, 2012).

Los trastornos mentales tienen una alta prevalencia en todo el mundo y contribuyen de manera importante a la morbilidad, la discapacidad y la mortalidad prematura. Sin embargo, los recursos disponibles para afrontar la enorme carga que representan las enfermedades mentales son insuficientes, están distribuidos desigualmente y en ocasiones son utilizados de modo ineficaz. Todo esto ha ocasionado una brecha en materia de tratamiento que en los países con ingresos bajos y medios bajos es superior al 75%. El estigma, la exclusión social y las violaciones de los derechos humanos que ocurren en torno a las enfermedades mentales agravan la situación (Fernández, 2012).



Los problemas de salud mental han aumentado en todo el mundo. La Organización Mundial de la Salud estima que para el 2020 va a ser la segunda causa de carga de enfermedad, después de la enfermedad isquémica. La salud mental es un aspecto de la vida que se puede afectar tanto por agentes biológicos como por factores sociales, es decir, todo ser humano es susceptible de ver alterada su salud mental (Alvarado Romero, 2011).

Dependiendo del contexto local, algunas personas y grupos sociales pueden correr un riesgo significativamente mayor de sufrir problemas de salud mental. Entre estos grupos vulnerables se encuentran (aunque no siempre) miembros de las familias que viven en la pobreza, las personas con problemas de salud crónicos, los niños expuestos al maltrato o al abandono, los adolescentes expuestos por vez primera al abuso de sustancias, los grupos minoritarios, las poblaciones indígenas, las personas de edad, las personas sometidas a discriminaciones y violaciones de los derechos humanos, los homosexuales, bisexuales y transexuales, los prisioneros o las personas expuestas a conflictos, desastres naturales u otras emergencias humanitarias (OMS, 2013).

Los avances en las investigaciones epidemiológicas han permitido conocer el importante impacto que los problemas de salud mental suponen a escala mundial, tanto para quienes los padecen como para sus familias y la sociedad en general. Según estudios europeos y latinoamericanos, estos problemas son muy frecuentes en atención primaria, siendo los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo los más prevalentes en este contexto (Moreno, 2012).

Los trastornos sociales y de comportamiento abarcan enfermedades mentales, como la depresión, el abuso de las sustancias adictivas, los suicidios, la violencia y los trastornos de la alimentación (bulimia y la anorexia, por ejemplo). Según informes del Banco Mundial, los problemas de salud mental constituyen alrededor del 15% de la carga mundial de enfermedad, y a

pesar de ello, en el 2001, la mayoría de los países de ingresos medianos y bajos, dedicaron menos del 1% de sus gastos de salud a la salud mental (Alvarado, 2011).

Tomados en su conjunto, los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias se cobran un alto precio y representaban un 13% de la carga mundial de morbilidad en 2004. Por sí sola, la depresión representa un 4,3% de la carga mundial de morbilidad y se encuentra entre las principales causas mundiales de discapacidad (un 11% del total mundial de años vividos con discapacidad), sobre todo entre las mujeres. Las consecuencias económicas de estas pérdidas de salud son igualmente amplias: en un estudio reciente se calculó que el impacto mundial acumulado de los trastornos mentales en términos de pérdidas económicas será de US\$ 16,3 billones entre 2011 y 2030 (OMS, 2013).

### **3. Trastorno Mental**

Por otra parte se presenta una exploración del concepto de trastorno mental, el DSM-5 lo define como un síndrome con relevancia clínica; esto es, una colección de síntomas (pueden ser conductuales o psicológicos) que causa a la persona discapacidad o malestar en el desempeño social, personal o laboral (DSM-5, 2014).

Los síntomas de cualquier trastorno deben ser algo más que una reacción esperada a un evento cotidiano, como la muerte de un pariente. Los comportamientos que reflejan ante todo un conflicto entre el individuo y la sociedad (p. ej., la ideología fanática religiosa o política) no suelen considerarse trastornos mentales.

El Manual DSM-5 (2014) como guía para el diagnóstico clínico, sugiere que existen varios puntos adicionales sobre los criterios para los trastornos mentales que merecen enfatizarse:

1. Los trastornos mentales describen procesos, no personas. Se explica este punto debido a los temores de algunos clínicos de que al utilizar esos criterios de alguna manera están “etiquetando a la gente”. Los pacientes con el mismo diagnóstico pueden ser diferentes entre sí en muchos aspectos importantes, como síntomas, personalidad y otros diagnósticos que pudieran tener, y en muchos aspectos distintivos de sus vidas personales que no tienen nada que ver con su condición emocional o conductual.
2. En cierto grado, algo de lo anormal, y por supuesto mucho más lo que no lo es, es determinado por la cultura de cada individuo. Cada vez más aprendemos a tomar en consideración la cultura al definir los trastornos y evaluar a los pacientes.
3. No debe asumirse que existen límites definidos entre los trastornos, o entre cualquier trastorno y la denominada “normalidad”. Por ejemplo, los criterios para el trastorno bipolar I y bipolar II diferencian con claridad uno de otro (y a las personas que no los padecen). En realidad, todas las condiciones bipolares (y quizá muchas otras) pueden ubicarse en algún punto del continuo.
4. La diferencia esencial entre una afección física como neumonía o diabetes y un trastorno mental como la esquizofrenia y el trastorno bipolar I es que conocemos las causas de la neumonía o diabetes. Sin embargo, cualquiera de estos trastornos mentales podría tener una base física; quizá aún no la hemos descubierto. En términos operativos, la diferencia entre trastornos físicos y mentales es que los primeros no son tema del DSM-5.
5. En términos generales, el DSM-5 sigue el modelo médico de la enfermedad. Se trata de un trabajo descriptivo derivado (en gran medida) de estudios científicos con grupos de pacientes que parecen tener mucho en común, como síntomas, signos y evolución de su enfermedad. La inclusión se justifica, en mayor medida, por los estudios de seguimiento, los cuales demuestran que las personas que pertenecen a estos grupos tienen una evolución de enfermedad predecible en los meses, o en ocasiones años, por venir.

6. Con pocas excepciones, el DSM-5 no hace conjeturas acerca de la etiología de la mayor parte de estos trastornos. Éste es el famoso “enfoque no teórico” que ha sido tan elogiado y criticado. Por supuesto, casi todos los clínicos estarían de acuerdo sobre la causa de algunos de los trastornos mentales por ejemplo los trastornos neuro cognitivos, como el trastorno neuro cognitivo por enfermedad de Huntington o con cuerpos de Lewis).

### **3.1 Clasificación de los Trastornos Mentales**

A continuación se conceptualizan los trastornos mentales que se analizaron en este estudio: Depresión, Ansiedad, Estrés Postraumático, Consumo de Drogas, Dependencia del Alcohol y Epilepsia.

La depresión se presenta como un conjunto de síntomas de predominio afectivo (tristeza patológica, apatía, anhedonia, desesperanza, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida) aunque, en mayor o menor grado, también están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo y somático, por lo que podría hablarse de una afectación global psíquica y física, haciendo especial énfasis en la esfera afectiva (Grupo de trabajo de la Guía Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el adulto, 2014)

El paciente con depresión presenta tristeza, pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, sentimientos de culpa o baja autoestima, trastornos del sueño o del apetito, cansancio y falta de concentración. También puede presentar diversos síntomas físicos sin causas orgánicas aparentes. La depresión puede ser de larga duración o recurrente y afecta considerablemente a la capacidad de llevar a cabo las actividades laborales y académicas y de afrontar la vida cotidiana. En su forma más grave, puede conducir al suicidio. En el tratamiento de la depresión se tienen en cuenta los

aspectos psicosociales y se determinan los factores que pueden causar estrés, como las dificultades económicas, los problemas en el trabajo y el maltrato físico o psicológico, así como las fuentes de apoyo, como los familiares y amigos (OMS, 2015).

La Ansiedad se define como sensación de inquietud, es una preocupación intensa, con la impresión de que se anticipa un daño o una desgracia, con sentimiento de disforia desapacible e incómoda, que se puede presentar con o sin síntomas somáticos. Es fundamental diferenciarla como trastorno y como una sensación o un estado emocional normal frente a determinadas situaciones estresantes y que constituye una respuesta habitual a diferentes situaciones cotidianas. Sólo cuando sobrepasa cierta intensidad o supera la capacidad adaptativa de la persona, es cuando se convierte en patológica, lo cual provoca un malestar significativo con síntomas físicos y psicológicos (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención, 2008).

Entre los síntomas físicos más frecuentes se observan manifestaciones vegetativas, tales como sequedad de boca, mareo e inestabilidad; entre los síntomas neuromusculares se presenta temblor, tensión muscular, cefaleas y parestesias; entre las manifestaciones cardiovasculares se encuentran palpitaciones, taquicardias y dolor precordial; asimismo se presentan síntomas respiratorios, como la disnea; también se observan molestias digestivas, son frecuentes las náuseas, vómitos, dispepsia, diarrea, estreñimiento, aerofagia y meteorismo; y las manifestaciones genitourinarias, expresadas a través de micción frecuente y problemas de la esfera sexual (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención, 2008).

Los síntomas psicológicos más frecuentes de ansiedad son: preocupación, aprensión; sensación de agobio; miedo a perder el control, miedo a volverse loco o sensación de muerte inminente; dificultad de concentración, quejas de pérdida de memoria; irritabilidad, inquietud, desasosiego; conductas de evitación de determinadas situaciones; inhibición o bloqueo psicomotor y obsesiones o compulsiones (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención, 2008).

En Honduras, el Dr. Américo Reyes afirma que la ansiedad es sinónimo de preocupación y desasosiego ante eventos que no han sucedido o situaciones de incertidumbre. Es la anticipación temerosa de peligro inminente asociado con un sentimiento intenso y desagradable, acompañado de síntomas somáticos ubicados en cualquier área del cuerpo, con el presentimiento de que algo grave va a ocurrir. Señala que la ansiedad y el miedo se relacionan, en donde la ansiedad es la sensación de un peligro amenazador en el que la causa no está totalmente reconocida por la persona y, en el miedo sí se reconoce el peligro real. Asimismo refiere que la angustia suele estar presente en el trastorno de ansiedad (Reyes Ticas, 2006).

El DSM-5 (2015), clasifica el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) con los códigos F43.10 [309.81] y los define como eventos traumáticos en extremo que afectan a personas sobrevivientes de los mismos. Considera que sobrevivientes del combate son las víctimas más frecuentes, pero también se identifica en individuos que enfrentaron otros desastres, tanto de origen natural como inducidos. Incluyen violación, inundaciones, secuestros y accidentes de aviación, así como las amenazas que pueden implicar el secuestro o la toma de rehenes.

Los niños pueden cursar con TEPT como consecuencia de una experiencia sexual inapropiada, ya sea que sufran o no lesión. El TEPT puede diagnosticarse incluso en quienes sólo

se enteraron de algún trauma intenso (o su amenaza) sufrido por alguien cercano—hijos, cónyuges, otros parientes cercanos. Uno o dos de cada 1000 pacientes que se someten a anestesia general, refieren haber tenido conciencia de dolor, ansiedad, indefensión y temor de muerte inminente durante el procedimiento; hasta la mitad de ellos puede desarrollar de manera subsecuente síntomas de TEPT.

Quedan excluidas de manera implícita de la definición las experiencias estresantes de la vida cotidiana, como el duelo, el divorcio y la enfermedad grave. El despertar de la anestesia mientras la cirugía aún continúa, sin embargo, se podría considerar un evento traumático, así como enterarse de la muerte accidental súbita del cónyuge y de una enfermedad que amenaza la vida de un hijo. Ver las imágenes televisivas de una desgracia no sería un factor de estrés suficiente (excepto si lo visto tuviera relación con el empleo de la persona).

Después de cierto periodo (los síntomas no suelen desarrollarse de inmediato tras el trauma), el individuo de alguna manera vuelve a evocar el evento traumático y trata de evitar pensar en él. También hay síntomas de hiperactivación fisiológica, como exageración de la respuesta de sobresalto. Los pacientes con TEPT también expresan sentimientos negativos, como culpa o responsabilidad personal (“Yo debería haberlo evitado”). Además del evento traumático mismo, otros factores pudieran participar en el desarrollo del TEPT.

Entre los factores individuales se encuentran la estructura de carácter innata de la persona y la herencia genética. El nivel bajo de inteligencia y la preparación educativa escasa muestran una asociación positiva con el TEPT. Entre los factores ambientales están el estado socioeconómico bajo y la pertenencia a un grupo minoritario racial o étnico. En general, a más terrible o más prolongado el trauma, mayor será la probabilidad de que se desarrolle TEPT. El riesgo se

incrementa hasta alcanzar a una cuarta parte de los sobrevivientes de un combate intenso y a dos terceras partes de quienes fueron prisioneros de guerra.

Según el DSM-5 los criterios para diagnosticar el trastorno de consumo de sustancias se clasifican en 4 categorías: *Control deficitario*, el consumo de grandes cantidades de sustancia durante un tiempo más prolongado de lo previsto, mostrar deseos insistentes de abandonar el uso las sustancias con intentos fallidos, invertir gran cantidad de tiempo en conseguir la droga y un gran deseo de consumo; *deterioro social*, puede recurrir al incumplimiento de los deberes académicos, laborales o domésticos, problemas recurrentes o persistentes en el área social o interpersonal exacerbados por el consumo y se reducen o abandonan importantes actividades sociales, ocupacionales o recreativas debido al consumo de sustancias; *consumo de riesgo*, un consumo recurrente de la sustancia incluso en situaciones que provoca un riesgo físico, la persona consume de forma continuada a pesar de saber que padece un problema físico o psíquico recurrente o persistente que probablemente se pueda originar o exacerbar por dicho consumo; *farmacológico*, tolerancia y abstinencia (Portero Lazcano, 2015).

Los trastornos relacionados con sustancias abarcan diez clases de drogas distintas: alcohol, cafeína, cannabis, alucinógenos (con categorías separadas para la fenciclidina [o arilciclohexaminas, de acción similar] y otros alucinógenos), inhalantes, opiáceos, sedantes, hipnóticos y ansiolíticos, estimulantes (sustancia anfetamínica, la cocaína y otros estimulantes), tabaco y otras sustancias (o sustancias desconocidas). Estas diez clases no son radicalmente distintas entre sí. Cualquier droga consumida en exceso provoca una activación directa del sistema de recompensa del cerebro que participa en el refuerzo de los comportamientos y la producción de recuerdos. Provocan una activación tan intensa del sistema de recompensa que se ignoran las actividades normales (DSM-5, 2014)



La dependencia al alcohol, demuestra que existe una relación causal entre el consumo nocivo de alcohol y una serie de trastornos mentales y comportamentales, además de las enfermedades no transmisibles y los traumatismos. El alcohol, es una sustancia psicoactiva con propiedades causantes de dependencia cuyo consumo nocivo conlleva una pesada carga sanitaria, social y económica para las sociedades. El alcohol afecta a las personas y las sociedades de diferentes maneras y sus efectos están determinados por el volumen de alcohol consumido, los hábitos de consumo y, en raras ocasiones, la calidad del alcohol.

La epilepsia es la más común de las afecciones cerebrales graves; afecta en todo el mundo a hombres y mujeres de cualquier edad y de todos los grupos socioeconómicos. Es una afección crónica de etiología diversa que tiene fuertes consecuencias biológicas y efectos complejos sobre la función social, profesional, laboral, psicológica y económica no solo en el paciente y su familia, sino también en la sociedad en general (Olmos-Hernández, Avila-Luna, Arch-Tirado, & Alfaro-Rodríguez, 2013).

WHO (2012), se trata de una patología crónica con un alto impacto social y sobre la calidad de vida tanto para quien lo sufre como sus familiares, pero también para el sistema sanitario y económico. Además, la Organización Mundial de la Salud y diversos autores alertan que los pacientes con epilepsia y sus familias pueden ser víctimas de estigma social y discriminación en muchos lugares del mundo (Parejo Carbonel, 2016).

El diagnóstico de la epilepsia es esencialmente clínico; está basado en la aparición de crisis convulsivas y se apoya en pruebas de electroencefalografía y neuroimagen. El pronóstico de la epilepsia depende de la etiología, así como del inicio temprano del tratamiento y su continuidad.

Estas podrían verse afectadas no solo por las crisis en sí mismas, sino también por la causa, proceso o enfermedad que da origen a la epilepsia, así como por el tratamiento instituido. En algunas personas en las que sus crisis epilépticas se originan en determinadas áreas del cerebro, como por ejemplo el lóbulo temporal, pueden llegar a experimentar problemas en la memoria y en las emociones. La atención y la memoria suelen ser los procesos parciales más frecuentemente afectados en la epilepsia.

La ansiedad en las personas que padecen epilepsia, suele manifestarse por síntomas corporales de tensión física y aprensión respecto al futuro, es decir aprensión al no poder predecir o controlar sucesos próximos.

La psicosis son cuadros psiquiátricos graves pocos frecuentes que precisan tratamiento psiquiátrico. Es necesario que tenga información por parte del neurólogo que trata la epilepsia de los cambios clínicos y de medicación que puede haber influido en el agravamiento de los síntomas psicóticos (Asociación Andaluza de Epilepsia, 2011).

Los determinantes de la salud y la enfermedad mental son múltiples e interdependientes. Se trata de factores biológicos, psicológicos y sociales, que están estrechamente relacionados e interactúan entre sí para originar la mayoría de los trastornos mentales. Por ello, el abordaje de estos trastornos en los dispositivos de salud mental debe ser multidisciplinar e implicar a sectores sanitarios y sociales diversos, así como a las personas con enfermedad mental, sus propias familias, las administraciones públicas y la sociedad en general (Sáenz, 2014).

#### 4. Resiliencia: un término emergente

La psicología tradicional se ha enfocado en las enfermedades de las personas, dejando a un lado lo que ayuda al ser humano a enfrentar los retos; se ha dedicado muy poco a estudiar lo que permite a la persona desarrollarse en medio de la adversidad. En cambio, la psicología positiva es una disciplina que busca comprender los procesos y mecanismos que subyacen a las fortalezas y virtudes del ser humano. Asimismo, es un modelo más optimista, el cual entiende que la persona es activa y fuerte, con la capacidad natural de resistir y rehacerse a pesar de las dificultades que puedan aparecer a lo largo de la vida (Muñoz Garrido, 2013).

La evidencia de que no todas las personas sometidas a situaciones adversas o que sufren enfermedad, desarrollan conductas negativas, sino que al contrario, superan la situación y salen fortalecidos de ella, ha sido el comienzo en la investigación de este fenómeno al que se denomina actualmente *resiliencia*, y es un concepto que se estudia a partir de la psicología positiva (Muñoz Garrido, 2013).

Las ciencias sociales acuñan el término resiliencia para caracterizar a las personas que nacen y viven en condiciones de alto riesgo pero se desarrollan sanas y socialmente exitosas (Amar, Martínez, & Utria, 2013).

El concepto de resiliencia nació y comenzó a desarrollarse en el hemisferio norte, Rutter, en Inglaterra, Werner, en Estados Unidos, luego se extendió a toda Europa, Francia, Países Bajos, Alemania y España, más tarde llegó a América Latina, donde se han creado importantes grupos de investigación y realización de proyectos (Rodríguez, 2009).

Desde el punto de vista teórico podríamos hablar de tres corrientes: la norteamericana, conductista, pragmática y centrada en lo individual; la europea, con enfoque psicoanalítico; y la

latinoamericana comunitaria, enfocada a lo social como lógica respuesta a los problemas del contexto (Rodríguez, 2009, pág. 292)

La resiliencia surge en un primer momento en los años 70 a partir de los esfuerzos por entender las causas de la psicopatología; la primera generación de investigadores comienzan a indagar sobre los factores protectores que tiene el individuo en casos de adversidad, estos estudios demostraron que existía un grupo de infantes que no desarrollaban problemas psicológicos a pesar de las predicciones de los investigadores. Los primeros estudios se realizaron en individuos con esquizofrenia, en personas expuestas al estrés y pobreza extrema, y sobre el funcionamiento de los individuos que experimentaron hechos traumáticos tempranamente en sus vidas (García-Vesga & Domínguez-de la Ossa, 2013).

Un estudio que sobresalió, lo realizó Werner a principios de la década de los 90 en Hawái, con 500 niños sometidos a situaciones de estrés y provenientes de hogares con padres alcohólicos encontrando que una tercera parte de los niños lograban desarrollarse a futuro como personas de éxito a pesar de las circunstancias, citado en (García-Vesga & Domínguez-de la Ossa, 2013).

Otro estudio fue el de Gazmery (1993) quien desarrolló el proyecto competencia (*Project competence*) el cual se ha realizado con niños con riesgo de psicopatología (esquizofrenia concretamente), en donde se ha estudiado la competencia, la adversidad y la resiliencia Gazmery en los años 50 y 60 se interesó por estudiar pacientes con trastornos mentales en especial los de esquizofrenia, esto la llevó a estudiar a los hijos con enfermedades mentales, citado en (Becoña, 2006).

El origen del estudio de la resiliencia en psicología y psiquiatría procede, por tanto, de los esfuerzos por conocer la etiología y desarrollo de la psicopatología, especialmente de los niños en

riesgo de desarrollar psicopatología debido a enfermedades mentales de los padres, problemas perinatales, conflictos interpersonales, pobreza o una combinación de varios de estos factores. Gazmery y Masten (1994) mencionan que entre los eventos vitales adversos más estudiados están el divorcio de los padres y estresores traumáticos como el abuso o abandono y la guerra, citado en (Becoña, 2006).

La segunda generación de investigadores se enfocaron en dos aspectos: en la interacción dinámica entre los factores de riesgo y resiliencia; y el otro aspecto es la búsqueda de modelos para promoverla a través de programas sociales. Entre ellos, de los pioneros fueron Michael Rutter (1991) quien propuso mecanismos protectores en cambio de factores protectores, quien concibe la resiliencia como una respuesta global donde utiliza dichos mecanismos para salir fortalecido de la adversidad respetando las características personales, citado en (García-Vesga & Domínguez-de la Ossa, 2013).

Otra autora fue Edith Grotberg (1996) quien define la resiliencia como la interacción de factores resilientes pertenecientes a tres niveles diferentes: soporte social (yo tengo), habilidades (yo puedo) y fortaleza interna (yo soy/estoy). La mayoría de investigadores de esta generación se adscriben al modelo ecológico-transaccional, citado en (García-Vesga & Domínguez-de la Ossa, 2013)

En el 2005 para Infante, la resiliencia intenta entender cómo los niños y niñas, los sujetos adolescentes y las personas adultas son capaces de sobrevivir y superar adversidades a pesar de vivir en condiciones de pobreza, violencia intrafamiliar, o a pesar de las consecuencias de una catástrofe natural, citado en (García-Vesga & Domínguez-de la Ossa, 2013).

Es así que el concepto de resiliencia ha tenido un desarrollo a lo largo de los años, evolucionando desde el término como hoy lo conocemos, así como los nuevos hallazgos, que demuestra que sigue siendo un concepto en construcción.

#### **4.1 El concepto de Resiliencia**

El vocablo *resiliencia* tiene su origen en el idioma latín, en el término *resilio* que significa volver atrás, volver de un salto, resaltar, rebotar. El término fue adaptado por Rutter (1993) a las ciencias sociales para caracterizar aquellas personas que, a pesar de nacer y vivir en situaciones de alto riesgo, se desarrollan psicológicamente sanos y exitosos, citado en (Kotliarenco, Cáceres, & Fontecilla, 1997).

A continuación se exponen algunas definiciones de la palabra resiliencia propuestas por diversos autores:

- Lösel, Blieneser y Kofler (1989), es el enfrentamiento efectivo de circunstancias y eventos de la vida severamente estresantes y acumulativos, citado en (Saavedra, Castro, & Inestroza, 2012).
- Rutter (1992), la resiliencia se ha caracterizado como un conjunto de procesos sociales e intrapsíquicos que posibilitan tener una vida “sana” en un medio insano. Estos procesos se realizan a través del tiempo, dando afortunadas combinaciones entre los atributos del niño y su ambiente familiar, social y cultural. Así la resiliencia no puede ser pensada como un atributo con que los niños nacen o que los niños adquieren durante su desarrollo, sino que se trata de un proceso que caracteriza un complejo sistema social, en un momento determinado del tiempo, citado en (Saavedra, Castro, & Inestroza, 2012).

- Institute on Child Resilience and Family (ICCB) (1994), es la habilidad para resurgir de la adversidad, adaptarse, recuperarse y acceder a una vida significativa y productiva, citado en (Saavedra, Castro, & Inestroza, 2012).
- Vanistendael (1994), la resiliencia distingue dos componentes: la resistencia frente a la destrucción; es decir, la capacidad de proteger la propia integridad bajo presión; por otra parte, más allá de la resistencia, es la capacidad de forjar un comportamiento vital positivo pese a circunstancias difíciles, citado en (Saavedra, Castro, & Inestroza, 2012).
- Grotberg (1995), es la capacidad universal del ser humano para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas e inclusive, ser transformado por ellas, citado en (Saavedra, Castro, & Inestroza, 2012).
- Suarez Ojeda (1995), la resiliencia significa una combinación de factores que permiten a un niño, a un ser humano, afrontar y superar los problemas y adversidades de la vida, y construir sobre ellos, (Saavedra, Castro, & Inestroza, 2012).
- Osborn (1996), concepto genérico que se refiere a una amplia gama de factores de riesgo y su relación con los resultados de la competencia. Puede ser producto de una conjunción entre los factores ambientales y el temperamento, y un tipo de habilidad cognitiva que tienen algunos niños aun cuando sean muy pequeños, (Saavedra, Castro, & Inestroza, 2012).

## **4.2 Dimensiones de la Resiliencia**

Existe un modelo de doce dimensiones posibles de evaluar y que nos dan un perfil del sujeto, facilitando con ello su diagnóstico y la intervención posterior.

Las dimensiones que se caracterizan son:

1. Identidad: autodefinición básica, auto concepto relativamente estable en el tiempo, caracterización personal.
2. Autonomía: sentimiento de competencia frente a los problemas, buena imagen de sí mismo, independencia al actuar. Control interno.
3. Satisfacción: percepción de logro, autovaloración, adaptación efectiva a las condiciones ambientales, percepción de desarrollo.
4. Pragmatismo: sentido práctico para evaluar y enfrentar los problemas, orientación hacia la acciones que realiza.
5. Vínculos: condiciones estructurales que sirven de base para la formación de la personalidad. Relaciones vinculares, apego. Sistema de creencias.
6. Redes: condiciones sociales y familiares que constituyen un apoyo para el sujeto. Sistemas de apoyo y referencia cercanos y disponibles.
7. Modelos: personas y situaciones que sirven de guía al sujeto para enfrentar sus problemas. Experiencias anteriores que sirven de referente frente a la resolución de problemas.
8. Metas: objetivos definidos, acciones encaminadas hacia un fin. Proyección a futuro.
9. Afectividad: auto reconocimiento de la vida emocional del sujeto, valoración de lo emocional, características personales en torno a la vida emocional. Tono emocional, humor, empatía.
10. Auto eficacia: capacidad de poner límites, controlar los impulsos, responsabilizarse por los actos, manejo de estrés, terminar lo propuesto.
11. Aprendizaje: aprovechar la experiencia vivida, aprender de los errores, evaluar el propio actuar y corregir la acción.
12. Generatividad: capacidad de crear respuestas alternativas frente a los problemas, construir respuestas, planificar la acción (Saavedra, Castro, & Inestroza, 2012).

Amar, Martínez & Utria (2013) proponen cinco dimensiones de la resiliencia:

1. *Existencia de redes sociales informales*: La persona tiene amigos, participa de actividades con ellos y lo hace con agrado; tiene en general buenas relaciones.



2. *Sentido de vida, trascendencia*: La persona muestra capacidad para descubrir un sentido y una coherencia en la vida.
3. *Autoestima positiva*: La persona se valora a sí misma, confía en sus capacidades y muestra iniciativa para emprender acciones o relaciones con otras personas porque se siente valiosa y merecedora de atención.
4. *Presencia de aptitudes y destrezas*: Es capaz de desarrollar sus competencias y confiar en ellas.
5. *Sentido del humor*: La persona es capaz de jugar, reír, gozar de las emociones positivas y de disfrutar de sus experiencias.

### **4.3 Características de las personas resilientes**

Las preguntas que surgen son: ¿cómo desarrollar la resiliencia?, ¿Qué habilidades debe tener el individuo para salir adelante a pesar de los eventos traumáticos, amenazas graves para desarrollarse positivamente?

De acuerdo con Mrazek y Mrazek (1987) existen 12 habilidades que distinguen a una persona resiliente y son las siguientes, citado en (Palomar Lever & Gómez Váldez, 2010).

1. Respuesta rápida al peligro: es la habilidad para reconocer las situaciones que ponen al sujeto en riesgo.
2. Madurez precoz: desarrollo de la capacidad de hacerse cargo de sí mismo.
3. Desvinculación afectiva: se refiere a separar los sentimientos intensos sobre uno mismo.
4. Búsqueda de información: se refiere a la preocupación por aprender todo lo relacionado con el entorno.
5. Obtención y utilización de relaciones que ayuden a subsistir: es la capacidad para crear relaciones que beneficien a la persona en momentos críticos.

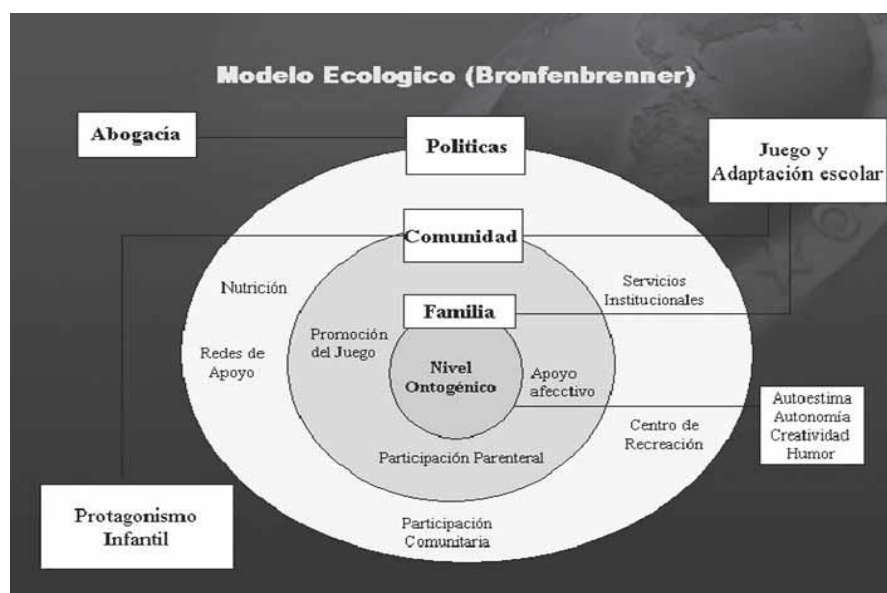
6. Anticipación proyectiva positiva: se refiere a la capacidad de imaginar un futuro mejor al presente.
7. Decisión de tomar riesgos: es la habilidad de asumir la responsabilidad propia cuando se toman decisiones incluso si la decisión tiene algún tipo de riesgo.
8. La convicción de ser amado: creer que se puede ser amado por los demás.
9. Idealización del rival: la persona se identifica con alguna característica de su oponente.
10. Reconstrucción cognitiva del dolor: es la habilidad para identificar los eventos negativos de la forma que sea más aceptable.
11. Altruismo: se refiere al placer de ayudar a otros.
12. Optimismo y esperanza: es la disposición de tomar positivamente las cosas que podrían ocurrir en el futuro.

#### **4.4 Fundamentación Teórica de la Resiliencia**

Para comprender la naturaleza de la resiliencia, se recurre al modelo ecológico-transaccional, que tiene su origen en el *modelo ecológico* de Bronfenbrenner que explica la noción de interacción y dinamismo entre el ambiente y la persona (Bronfenbrenner, 1979).

El modelo, se guía en que el individuo se encuentra inmerso en una ecología determinada por diferentes niveles que interactúan entre sí. Los niveles que conforman el marco ecológico van desde un micro sistema que es del individuo o nivel ontogénico, en éste se fue avanzando en las etapas de la vida. Un macro sistema abarca la relación del hombre con la familia y con la comunidad que impone sus normas. Y finalmente el ecosistema donde aparecen las políticas públicas que

favorecen la promoción de la resiliencia. El verdadero aporte de este modelo es la relación entre los sistemas es decir que un sistema depende del otro. (Rodríguez, 2009)



*Figura 1 Modelo Ecológico de Brofenbrenner*

Otro aspecto a valorar para entender la resiliencia, es la Teoría General de los Sistemas (TGS) de Ludwig Von Bertalanffy, trata de comprender las crisis en la vida adulta desde la juventud hasta la edad madura. Esta teoría propone que se observe el contexto en el que vive la persona, y sus interacciones entre la persona, subsistemas diversos y el medio: familia y comunidad (Slaikeu, 1999).

Por lo cual esta teoría considera al individuo como parte de un sistema y no meramente un ser aislado, donde interactúa con otros sistemas y se va enfrentando con diversas crisis en cada etapa, que al final le permiten desarrollar resiliencia al momento de superar dichas crisis.

## 5. Trastornos Mentales y Resiliencia

Las determinantes de los trastornos mentales obedecen no solo a factores biológicos e individuales sino a factores sociales y culturales que afectan al individuo y favorecen el apareamiento de enfermedades. La violencia, las condiciones de pobreza, familias con progenitores con problemas de alcoholismo o drogadicción, pérdidas materiales o humanas, desastres naturales; pueden ser estos factores sociales y culturales de riesgo detonantes de crisis individuales o colectivas que se pueden presentar en cualquier etapa de la vida del ser humano.

Los factores de riesgo hacen propenso el desarrollo de algún trastorno mental, en cambio los factores positivos y protectores favorecen a que no ocurra una enfermedad mental, y se le conoce como resiliencia que permite que la persona sometida al estrés salga adelante.

Amar, Martínez & Utria (2013) plantean que la resiliencia propone un nuevo paradigma de desarrollo, argumentando que no todas las personas que crecen en condiciones de adversidad, pobreza y desigualdad social están condenadas al fracaso, a la delincuencia o a la locura; de manera contraria, este concepto hace énfasis en el potencial humano y hace un llamado a la esperanza y a la responsabilidad colectiva en la promoción de cambio social.

La resiliencia no es una característica absoluta, ni se adquiere para siempre, más bien es el resultado de un proceso dinámico, con variaciones en función de la naturaleza del trauma, el contexto y la etapa de la vida en que ocurre. Se apoya en la interacción entre la persona y el entorno, no es algo meramente del ambiente, ni puramente innato; este enfoque se complementa con el de riesgo para incentivar un desarrollo sano a través de la promoción de características saludables en las comunidades vulnerables (Amar, Martínez, & Utria, 2013).

Se propone que en lugar de enfocarse en los síntomas de las personas, se debe enfatizar el fortalecimiento de cualidades que lleven a un desarrollo óptimo de las habilidades y fortalezas del individuo tanto individual y comunitario en espacios que lo fomenten.

# **Capítulo IV**

## **Marco Epidemiológico**

## Capítulo IV. Marco Epidemiológico

El siguiente capítulo trata sobre los estudios epidemiológicos realizados a nivel mundial, en América Latina y en el contexto nacional de Honduras, con el objetivo de tener antecedentes sobre la prevalencia de los trastornos mentales.

### 1. Problemática de salud mental a nivel mundial.

En lo que respecta a la prevalencia de trastornos mentales de acuerdo a los estimados proporcionados en el Informe de Salud Mundial (OMS, 2013), alrededor de 450 millones de personas padecen de trastornos mentales, la depresión alcanza un 10.4% y su variante unipolar un 2.5%, en el caso el alcoholismo existe un 2.7% de la población que presenta dicho trastorno. Por su parte el tabaquismo asciende a un 20% y la ansiedad a un 7.9%.

Los trastornos mentales y conductuales son frecuentes: más del 25% de la población los padece en algún momento de la vida. Son también universales, puesto que afectan a personas de todos los países y sociedades, a individuos de todas las edades, a mujeres y hombres, a ricos y pobres, a residentes en entornos urbanos y rurales. Tienen un impacto económico sobre las sociedades y sobre la calidad de vida de los individuos y las familias. Los trastornos mentales y conductuales afectan en un momento dado al 10% de la población adulta aproximadamente.

Alrededor del 20% de todos los pacientes atendidos por profesionales de atención primaria padecen uno o más trastornos mentales. En una de cada cuatro familias, al menos uno de sus miembros puede sufrir un trastorno mental o del comportamiento (OMS, 2013). En el caso particular de Honduras un estudio realizado por Chirinos-Flores et. al (2001) reportó una prevalencia del 35% en lo relativo a la prevalencia de trastornos mentales en Honduras, dicho estudio demostró que el caso de algunos trastornos, al igual que otros países en vías de desarrollo,

obedece al incremento en el abuso de sustancias psicoactivas, siendo este uno de los problemas de mayor impacto para la salud mental de la población. Entre las sustancias capaces de desarrollar problemas y dependencia está el alcohol y el tabaco, consideradas drogas lícitas de mayor índice de consumo en diferentes grupos de la población (IHADFA, 2004).

Tabla 1 *Aspectos relativos a la salud mental en el mundo*

<b>Trastorno</b>	<b>Prevalencia mundial</b>
Tabaquismo	20%
Depresión	10.4% / 2.5% unipolar
Ansiedad	7.9%
Alcoholismo	2.7%

*Fuente: Reporte de salud mental (2013)*

Como se aprecia en la tabla anterior algunos aspectos incidentes en la salud mental a nivel mundial, tales como depresión, consumo de sustancias y ansiedad son medianamente alto según los últimos reportes de la OMS, tal situación afecta indiscutiblemente la población mundial.

De manera general se observa que a nivel mundial sólo el 59.8% de los países de la OMS cuentan con una política de Salud Mental y una cobertura del 72%. Por otra parte el 71.2% de los países de la OMS cuentan con un plan de acción en Salud Mental. A nivel mundial se observa que la tasa promedio de camas por cada 100 mil habitantes destinadas para atención psiquiátricas en hospitales generales es de 1.4, a excepción de la región europea (10.5 camas por cada 100 mil habitantes) todas la regiones están por debajo del valor mundial. Esto da cuenta de una falta de recursos adecuados para la atención en salud mental, sobre todo en los casos graves. De acuerdo a la distribución estimada a nivel mundial de camas para pacientes psiquiátricos el 63% se encuentran en los hospitales psiquiátricos, el 21% en los hospitales generales y el 16% con centros comunitarios, (Fernández, 2012).



En el Atlas de Salud Mental 2014 de la OMS proporcionan datos que demuestran la escasez de recursos de los países, particularmente recursos financieros y humanos, para atender a las necesidades en materia de salud mental. También se subraya la falta de equidad en la distribución y de eficacia en el uso de esos recursos. Los gobiernos gastan por término medio un 3% de sus presupuestos sanitarios en salud mental, cifra que oscila entre menos de un 1% en los países de ingresos bajos y un 5% en los de ingresos altos, una gran parte de estos fondos se destina a la atención hospitalaria, sobre todo a hospitales psiquiátricos; pese a que estos están asociados a resultados sanitarios deficientes y a violaciones de los derechos humanos. Destinar esta financiación a servicios basados en la comunidad facilitaría el acceso de muchas más personas a una atención mejor y más costo eficaz (OMS, 2015).

A nivel mundial, el gasto anual en salud mental es inferior a US\$ 2 por persona, e inferior a US\$ 0,25 en los países de bajos ingresos. La mediana de los gastos anuales per cápita en salud mental oscila entre US\$ 0,20 en los países de bajos ingresos y US\$ 44,84 en los países de ingresos altos.

Los recursos humanos para la salud mental en los países de ingresos bajos y medios son insuficientes. El promedio de trabajadores de salud mental es de 10 por cada 100.000 habitantes, si bien se observan diferencias marcadas (desde menos de 1 por cada 100.000 habitantes en los países de ingresos bajos a más de 50 en los países de ingresos altos). Por ejemplo, casi la mitad de la población mundial vive en países donde, en promedio, hay un psiquiatra para atender a 200 000 personas o más, y los proveedores de atención de salud mental capacitados en la realización de intervenciones psicosociales, como psicólogos, trabajadores sociales y terapeutas ocupacionales, son aún más escasos (OMS, 2015).

El siguiente apartado describe la prevalencia a nivel mundial y regional de los trastornos mentales: depresión, ansiedad, estrés postraumático, consumo de sustancias, dependencia al alcohol y epilepsia.

La depresión puede tener su inicio a cualquier edad, aunque su mayor prevalencia se produce entre la edad de los 15 y 45 años, por lo que tiene un gran impacto en la educación, la productividad, el funcionamiento y las relaciones personales (Grupo de trabajo de la Guía Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el adulto, 2014)

La prevalencia e incidencia de los trastornos depresivos es mayor en mujeres que en hombres, comenzando en la adolescencia y manteniéndose en la edad adulta. Además, se estima que la carga de la depresión es 50% más alta en las mujeres que en los hombres. El estado civil influye en desarrollar depresión; siendo los solteros, viudos y divorciados los más propensos a padecerla. También se observa que la exposición a adversidades a lo largo de la vida está implicada en el comienzo de trastornos depresivos y ansiosos (Grupo de trabajo de la Guía Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el adulto, 2014)

La depresión contribuye de manera significativa a la carga global de enfermedad, afectando a personas en todas las comunidades del mundo. Es una de las causas principales de discapacidad a nivel mundial. Actualmente se estima que afecta a 350 millones de personas. La Encuesta Mundial de Salud Mental llevada a cabo en 17 países encontró que en promedio 1 de cada 20 personas informó haber tenido un episodio depresivo en el año previo. Los trastornos depresivos comienzan a menudo a temprana edad; reducen el funcionamiento y frecuentemente son recurrentes. Por estas razones, la depresión se encuentra cerca de los primeros lugares de la lista de

enfermedades incapacitantes en los estudios de carga global de enfermedad. La necesidad de contener a la depresión y otras enfermedades mentales va en aumento en el mundo (WFMH, 2012).

Los trastornos de ansiedad al igual que la depresión, son los de mayor prevalencia a nivel mundial y son los trastornos mentales más frecuentes de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) en los servicios de atención primaria en el mundo. Dentro de la población adulta se encuentra una prevalencia del 12% para los trastornos de ansiedad; esta misma organización establece que los trastornos de ansiedad son los que inician más temprano, con una mediana de 15 años de edad y alcanzan la prevalencia más alta entre los 25 y 45 años, siendo mayor en mujeres que en hombres. De acuerdo a otros estudios, se encuentran tasas de prevalencia para cualquier trastorno de ansiedad a lo largo de la vida entre 10.4 y 28.8% (Martínez, Rosero, & Bonilla, 2015).

Entre 1990 y 2013, el número de personas con ansiedad o depresión ha aumentado en cerca de un 50%, de 416 millones a 615 millones en el mundo. Cerca de un 10% de la población mundial está afectado, y los trastornos mentales representan un 30% de la carga mundial de enfermedad no mortal. La OMS (2016) estima que durante las emergencias 1 de cada 5 personas se ve afectada por ansiedad y depresión.

Según un nuevo estudio dirigido por la OMS (2016), cada dólar (\$) invertido en la ampliación del tratamiento de la ansiedad y la depresión rinde \$4 dólares en mejora de la salud y la capacidad de trabajo, es decir, que la inversión en el tratamiento de la depresión y la ansiedad tiene un rendimiento del 400%. Este estudio estima, por primera vez, los beneficios sanitarios y económicos de la inversión en el tratamiento de los trastornos mentales más frecuentes.

El Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT), los que enfrentaron desastres por fenómenos naturales, como incendios o inundaciones, por lo general tienden menos a desarrollar

sintomatología (la prevalencia general del TEPT a lo largo de la vida se calcula en 9%, no obstante investigadores europeos suelen referir tasas menores). Los adultos mayores tienen menos probabilidad de desarrollar síntomas que los de menor edad, y las mujeres tienden a mostrar tasas un poco más altas que los varones. Cerca de la mitad de los enfermos se recupera en el transcurso de algunos meses; otros pueden experimentar incapacidad por años. Los trastornos del estado de ánimo, de ansiedad y por consumo de sustancia son con frecuencia concomitantes. Un especificador nuevo corresponde al hallazgo de que quizá en 12 a 14% de los pacientes, la disociación es relevante en el desarrollo y el mantenimiento de los síntomas de TEPT (Bados, 2015).

De acuerdo con Stein et al (2014, en un estudio mundial conducido en 13 países por entrevistadores legos con casi 24.000 personas, la prevalencia-vida del TEPT fue del 3,3% según el DSM-IV, del 4,4% según la CIE-10 y del 3% según una aproximación a los criterios del DSM-5. Otros autores como Breslau (2002), Martín y de Paúl (2005) mencionan que la prevalencia del TEPT es más frecuente en las mujeres, debido a que tienen un mayor riesgo de exposición a traumas como la violación, la agresión sexual y el abuso sexual infantil, mientras que otros traumas son más frecuentes en los varones: accidentes, asaltos y observación de muertes o actos muy violentos, citado en (Bados, 2015).

Según estudios epidemiológicos americanos como el de Foa, Keane y Friedman (2000) el 80% de los que presentan o han presentado TEPT (sea este su diagnóstico principal o no) tienen o han tenido depresión, otro trastorno de ansiedad o abuso/dependencia de sustancias, citado en (Bados, 2015).

Consumo de sustancias, en el Informe Mundial sobre las Drogas 2016, se reportó que 1 de cada 20 adultos, es decir, alrededor de 250 millones de personas de la población mundial de entre 15 y 64 años, consumieron por lo menos una droga en 2014, siendo una prevalencia mundial de consumo de drogas de 5.2%. Al igual se calcula que más de 29 millones de personas que consumen drogas sufren trastornos relacionados con ellas, y que 12 millones de esas personas son consumidores de drogas por inyección; solo 1 de cada 6 recibe tratamiento.

La mayoría de los estudios indica que la prevalencia del consumo de drogas es mayor en los jóvenes que en los adultos, afectando con frecuencia a las personas en sus años más productivos. Cuando los jóvenes caen en el ciclo del consumo, e incluso en el tráfico, en lugar de aprovechar las posibilidades de empleo lícito y educación, se crean en realidad obstáculos manifiestos para el desarrollo de personas y comunidades. Los grupos de mayor nivel socioeconómico son más propensos a iniciarse en el consumo de drogas que los grupos de menor nivel socioeconómico, pero estos últimos son los que pagan un precio más alto y tienen más probabilidades de caer en la drogodependencia (ONU, 2016).

La dependencia de alcohol, su consumo puede tener repercusiones no sólo sobre la incidencia de enfermedades, traumatismos y otros trastornos de salud, sino también en la evolución de los trastornos que padecen las personas y en sus resultados. En lo que respecta a la mortalidad y la morbilidad, así como en los niveles y hábitos de consumo de alcohol, existen diferencias entre los sexos. El porcentaje de defunciones atribuibles al consumo de alcohol entre los hombres asciende al 7,6% de todas las defunciones, comparado con el 4% entre las mujeres. En 2012, unos 3,3 millones de defunciones, o sea el 5,9% del total mundial, fueron atribuibles al consumo de alcohol (OMS, 2015).

En América los países con las tasas más altas de consumo de alcohol per cápita y anuales son: Granada (12,5 litros), Saint Lucia (10,4), Canadá (10,2), Chile (9,6), Argentina (9,3), y Estados Unidos (9,2). Y los países con el consumo per cápita más bajo son: El Salvador (3,2 litros por año), Guatemala (3,8), Honduras (4), Jamaica (4,9), Nicaragua (5) y Cuba (5,2) (OMS, 2015).

Tanto América como Europa reportan las tasas más altas de consumo en adolescentes (15 a 19 años) con el 53% y el 70% respectivamente. En los países de América, la prevalencia más alta de desórdenes por el uso de alcohol lo representan las mujeres, con un estimado de 12,6% de niñas y mujeres afectadas, según el informe mundial sobre la situación de la salud y el alcohol. (OMS, 2014) En 2010, el consumo total de alcohol per cápita en todo el mundo registró un promedio de 21,2 litros de alcohol puro entre los hombres, y 8,9 litros entre las mujeres (OMS, 2015).

La epilepsia, es uno de los trastornos neurológicos más frecuentes, presente en todas las sociedades y grupos de edad. La Organización Mundial de la Salud estima que 50 millones de personas padecen o han padecido epilepsia en algún momento de su vida en todo el mundo (WHO, 2012).

Se estima que hasta el 70% de las personas con epilepsia pueden llevar una vida normal si reciben el tratamiento apropiado. La mayoría de las personas que padecen epilepsia no suelen ver afectadas sus funciones cognitivas, de manera que le dificulten sus funciones diarias (Asociación Andaluza de Epilepsia, 2011)

En las personas con epilepsia, los trastornos psicológicos más frecuentes son, la depresión con un 30% más que en la población general que representa un 15%. Es más frecuente en la epilepsia de difícil control, con crisis persistentes que en la epilepsia bien controlada (Asociación Andaluza de Epilepsia, 2011).

## **2. Problemática de la Salud Mental en América Latina y el Caribe**

Los trastornos mentales y neurológicos representan el 22% de la carga total de enfermedades en América Latina y el Caribe, los más altos son los trastornos depresivos unipolares (13,2%) y los producidos por el uso excesivo de alcohol (6,9%), resulta evidente que los mismos tienen un impacto importante en términos de mortalidad, morbilidad y discapacidad en todas las etapas de la vida. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) trabaja con sus Estados Miembros para fortalecer las capacidades nacionales e implementar políticas y planes nacionales de salud mental. En el año 2008 la Organización Mundial de la Salud (OMS) lanzó el Programa Global de Acción en Salud Mental, que tiene como meta disminuir la carga de los trastornos mentales y neurológicos, así como los relacionados con el consumo de sustancias, en todo el mundo (Organización Panamericana de la Salud, 2009).

En relación a la demografía en América Latina y el Caribe, el informe de la Comisión Económica para América Latina (CEPAL) de 2010 señala que “al finalizar la primera década del tercer milenio, en América Latina y el Caribe la esperanza de vida al nacer se ha elevado a 73,4 años (70,2 en los hombres y 76,7 en las mujeres), el promedio de hijos por mujer está llegando al nivel de reemplazo (2,18), la mortalidad infantil ha descendido a 22 defunciones de menores de un año por cada 1.000 nacidos vivos y la población que habita en áreas rurales representa el 20% del total. A su vez, el analfabetismo de los mayores de 15 años ha disminuido a 8,3% en los hombres y a 9,7% en las mujeres (Organización Panamericana de la Salud, 2013).

En cuanto a las políticas de salud mental definen una visión de futuro que ayuda a establecer un programa para la prevención y el tratamiento de las enfermedades mentales, la rehabilitación de personas con trastornos mentales y el fomento de la salud mental en la comunidad (Funk, 2001).

En América Central, México y el Caribe latino, ocho países tienen una política nacional de salud mental. Solo Nicaragua y Haití no la poseen, aunque este último país ya ha comenzado el proceso de elaboración. Estos ocho países han desarrollado o actualizado sus políticas de salud mental en los últimos tres o cuatro años. En América del Sur, seis países: Argentina, Brasil, Ecuador, Paraguay, Perú y Uruguay, informaron contar con un documento que explicitaba la política nacional de salud mental (OPS, 2013).

## **2.1 Prevalencia de algunos de los Trastornos Mentales en la región**

La Organización Panamericana de la Salud en el año 2013 describe la prevalencia media por cada 100 habitantes adultos entre ellas: Uso nocivo o dependencia del alcohol 5.7, Depresión Mayor 4.9, Trastorno de Ansiedad 3.4, Distimia 1.7, Trastorno Obsesivo Compulsivo 1.4, Psicosis no afectivas 1.0, Trastorno de Pánico 1.0, Trastorno Bipolar 0.8. Se pronostica que al año 2020 se va a producir un cambio significativo en estas cifras y se espera que los trastornos psiquiátricos sean responsables del 20,9% de la carga total de enfermedad y que la depresión mayor alcance el segundo lugar entre todos los trastornos considerados. Según los resultados anteriores se evidencia que la depresión alcanzó el segundo lugar antes del año propuesto en el estudio (Vicente, Rioseco, Saldivia, Kohn, & Torres, 2005).

En Latinoamérica, la Encuesta Mundial de Salud Mental ha sido aplicada en México, Colombia y Brasil. Es así que, en México se ha descrito que en 2002 la prevalencia anual de cualquier trastorno de salud mental fue de 13,9%; en tanto que en Colombia y Brasil en 2003 el valor fue de 16% (Piazza & Fiestas, 2014).

En México, como en otros países, se ha observado un incremento de los trastornos mentales entre la población general: las mujeres, presentan una prevalencia de depresión del 6.5%,



padecimiento que ocupa el primer lugar como carga de enfermedad; mientras que en los hombres es el consumo de alcohol 4.8%. La prevalencia del trastorno depresivo es del 10-14% entre los pacientes hospitalizados por problemas médicos y del 9% al 16% entre los pacientes ambulatorios. Por otro lado, la respuesta para la atención de los problemas de salud mental en México es escasa, ya que en el país se tiene una mediana de uno a cinco psiquiatras por cada 100,000 habitantes, muy inferior a la observada en Europa (9/100,000 habitantes) o Canadá y los Estados Unidos (10/100,000 habitantes) (Vargas Terrez & Salcedo, 2016).

El estudio de prevalencia de patología psiquiátrica en Chile, señala que más de un tercio de la población chilena habría tenido algún desorden psiquiátrico a lo largo de su vida, mientras que uno de cada 5 ha presentado un desorden en los últimos 6 meses. La distribución de las tasas por sexo y edad, muestran una prevalencia mayor en mujeres que en hombres (Baader, Rojas, Molina, Gotelli, & Alamo, 2014)

Según el Estudio Nacional de Salud Mental realizado en Colombia en el año 2003, el 40,1% de la población colombiana entre 18 y 65 años ha sufrido, está sufriendo o sufrirá alguna vez en la vida un trastorno psiquiátrico diagnosticado. De estos, se detecta el 16 % en el último año y el 7,4 %, en el último mes. Los trastornos de ansiedad encabezan la lista (19,5 %); luego siguen los trastornos del estado de ánimo (13,3 %), por control de impulsos (9,3 %) y los relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas (9,4 %) (Posada, 2013).

Estudios de epilepsia realizados en países de América Latina y el Caribe, al encuestar a informantes claves sobre la percepción que la población (en particular el público general, los maestros y los empleadores) tiene acerca de la epilepsia, revelan que, un 54,2% han reflejado que este trastorno se percibe desde una postura de discriminación, un 70,8% refiere que hay

estigmatización y un 70,8% concluye que la epilepsia es percibida con miedo. Por el contrario, solo un 29,2% sostiene que la epilepsia es percibida con comprensión y un 12,5% con empatía. (OPS, 2013)

### **3. Panorama de la Salud Mental en Honduras**

#### **3.1 Historia de la Salud Mental en Honduras**

La historia de la salud mental en nuestro país data de 91 años atrás cuando en 1926, el Hospital General hoy conocido como Hospital General San Felipe inició el abordaje de los pacientes asilados e indigentes entre los cuales se encontraban epilépticos y enfermos mentales. Su número fue incrementándose a tal grado que fue necesario la creación en septiembre de 1929, de los primeros pabellones para atender a esta población (Alcerro , 1952).

En 1930 se nombró al Dr. Ricardo Alduvin como el primer médico alienista dado sus cualidades humanitarias y conocimientos en neuropsiquiatría, a pesar de no ser médico psiquiatra. Posteriormente entre 1940-1945 asumieron la dirección los doctores Abraham Riera y Alcerro Castro, no obstante, en 1943 el Dr. Castro había viajado a estudiar psiquiatría en USA regresando definitivamente en 1948 (Alcerro , 1952).

Sus conocimientos permitieron iniciar el proceso de desconcentración de dichos pabellones, ya que fueron utilizados como “cajones de sastre” donde se depositaron aquellos pacientes que sobraban de otros servicios y cuyas patologías eran de difícil manejo. Esta acción permitió evidenciar cuales eran los casos que realmente cursaban con enfermedades psiquiátricas: las primeras estadísticas se encuentran en el Informe Fiscal de 1951 a 1952 donde se reportaron 186 pacientes, de los cuales 98 correspondieron al género femenino y 88 al masculino siendo la

epilepsia común a ambos y, la psicosis maniaco – depresiva típica en las mujeres y el alcoholismo en los varones (Murra, 2014).

Al Dr. Alcerro Castro se le reconoce el inicio de la práctica psiquiátrica a nivel docente y asistencial en Honduras. Realizó una serie de cambios, implemento nuevos exámenes que dieron un giro diferente a la atención de estos pacientes y promovió en 1952, la enseñanza de la psiquiatría en la facultad de Ciencias Médicas en el 6to año de la carrera. En 1953, presentó el I Proyecto de Ley de Salud Mental de la República de Honduras, el cual proponía una Dirección General de Higiene Mental y Asistencia Psiquiátrica responsable de la educación mental comunitaria, la formación de nuevos profesionales en este campo, la creación de hospitales abiertos y otras unidades cerradas clasificadas como colonias agrícolas para toxicómanos, para personas con discapacidad intelectual, etc. (Alcerro, 1952).

Para 1960 asumió la dirección de dicho departamento, el Dr. Asdrúbal Raudales quien junto con los doctores Jorge Zelaya Smith, Manuel Sosa y Rodolfo Dubón Martínez continuaron con la obra del Dr. Castro. Se apertura el servicio de consulta externa y la formación de equipos terapéuticos donde se incorporaron otros profesionales del campo de la salud mental como personal de enfermería auxiliar, la figura del trabajador social, psicología, neurología y médicos especialista como los doctores Mario Mendoza, Francisco León Gómez y Rafael Molina.

Las limitaciones presupuestarias, escasez de personal capacitado, sobrepoblación y condiciones del edificio comprometieron el ejercicio de la atención psiquiátrica ya que se emplearon medios aversivos en contra de los derechos de los pacientes. A iniciativa del Dr. Mario Mendoza formado como médico psiquiatra en Perú se gestionó ante el entonces Patronato Nacional

de la Infancia (PANI) un terreno para la construcción de un nuevo edificio que sirviera para la atención de este tipo de pacientes (Alcerro , 1952)

Y es así que en enero de 1973 fue inaugurado el Hospital Psiquiátrico de Agudos Dr. Mario Mendoza para pacientes con crisis agudas: tres años más tardes, las autoridades del Ministerio de Salud, el Hospital Psiquiátrico Santa Rosita para pacientes de mediana, larga estadía y alcohólicos y recientemente, el 7 de enero de 2008, el Hospital San Juan de Dios Comunitario de Salud Mental abrió sus puertas a la zona noroccidental ofertando al público la atención de psiquiatría y psicológica, desintoxicación y deshabitación alcohólica y salón de huéspedes a niños, adolescentes y adultos.

Se creó en 1975 la División de Salud Mental cuya responsabilidad dentro del Ministerio de Salud, consistiría en la formulación y ejecución de programas en este campo a nivel nacional y en 1978, la OMS/OPS y UNICEF promovieron a nivel de los gobiernos la estrategia de APS (Atención Primaria de Salud) con el fin de adoptar medidas sanitarias y sociales a favor de los ciudadanos (División Salud Mental, 2000).

En 1981 se apertura el Servicio de Hospital de Día en el Hospital Psiquiátrico Dr. Mario Mendoza dando inicio a un nuevo programa de intervención psicosocial bajo la responsabilidad de las psicólogas clínicas Alma Ramírez e Iris de Mendoza quienes junto con el psiquiatra Daniel Herrera, implementaron por vez primera en Honduras este nuevo enfoque orientado a la mejora de la calidad de vida, autonomía, integración social y manejo de la enfermedad por parte de los pacientes y familiares. Este programa se ofrece desde el inicio de la enfermedad y es simultáneo al tratamiento farmacológico durante 10 meses siendo condición imprescindible la presencia de la

familia o un tutor responsable quien debe participar en las actividades (División Salud Mental, 2000).

Debido a la carga sanitaria que implicaba el impacto de las enfermedades mentales en América Latina, la OMS promovió en 1990 una reestructuración de la atención psiquiátrica que debía romper con el sistema tradicional para dirigirse a la comunidad donde los sujetos tendrían un accionar más participativo y coherente con su realidad y desde entonces se han venido realizando algunos pasos como, por ejemplo, la creación de las Consejerías de Familia por acuerdo presidencial en 1993 para dar respuesta a la demanda social que la violencia intrafamiliar ocasionaba en los hogares hondureños (División Salud Mental, 2000).

En enero de 1995, el Dr. Américo Reyes promovió la incorporación del postgrado en psiquiatría en la Facultad de Ciencias Médicas que dentro de su currículo contemplaba una práctica comunitaria que cubriría 4 ejes: subprograma escolar, capacitación en salud mental, educación en salud mental y atención de los trastornos mentales. Por otro lado, Dr. Héctor Murcia en 1999 inauguró el Servicio de Atención Integral al Adolescente en Crisis bajo un modelo de intervención sistémico donde la familia era vista como unidad protectora y manejada por un equipo interdisciplinario formado por un psiquiatra, psicólogo, trabajador social y enfermero capacitado bajo el enfoque sistémico.

### **3.2 Situación actual de Salud Mental en Honduras**

En la última década, en Honduras, se han dado múltiples cambios en lo social, en lo económico y en lo político, de tal manera que se han creado diversas leyes de apoyo a la niñez y juventud, sin embargo, se adolece de una ley sanitaria orientada al tema de la salud mental, al igual

que en la mayoría de los países, sobre todo en los de ingresos bajos y medios, los servicios de salud mental carecen de recursos, tanto humanos como económicos.

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 (Secretaría de Salud, 2012). 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.

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 (IESM-OMS, 2008).

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 que Honduras se ubica en el puesto número uno, reportando 90 muertes por cada cien mil habitantes (ACAPS, 2013).

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, 2012).

La realización de cualquier acercamiento a la investigación en salud, debe partir de la aceptación de que el continuo salud 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 al 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

(OMS, 2013). Aunque el individuo contribuye a ese derrumbamiento, no es sólo que se deteriora y se destruye, son los sistemas de los cuales hace parte a través de la familia, la escuela o el trabajo.

### **3.3 Estudios sobre prevalencia de trastornos mentales en Honduras**

En Honduras existen escasos estudios sobre prevalencia de trastornos mentales, se documentan cinco investigaciones que sirven de referencia para conocer la situación del hondureño en relación a la prevalencia de trastornos Mentales en el país.

Prevalencia de Trastornos mentales en la comunidad de Villa Nueva, en 1997 los doctores Alicia Paz, Reinaldo Moncada, Carlos Sosa, María Guadalupe Romero, Héctor Murcia y Américo Reyes realizaron una investigación acerca de la Prevalencia de trastornos mentales en la comunidad de Villa Nueva, en la Región Metropolitana de Tegucigalpa, Honduras. Ellos realizaron un estudio transversal descriptivo y analítico con el objeto de estimar la prevalencia de trastornos mentales en la Colonia Villa Nueva, Tegucigalpa, Honduras.

Se llevó a cabo mediante un muestreo aleatorio estratificado de 466 familias donde cada entrevistado dispuesto, respondía por todos los miembros de 15 o más años obteniéndose así la información de 1,306 personas. Se realizó el tamizaje de los casos posibles con trastornos mentales utilizando el cuestionario Self Reporting Questionnaire (SRQ). Dicha investigación de campo se ejecutó en los meses de septiembre y octubre del año 1997.

Aguilar, Roveló, Padgett, & Reyes (2000), en un estudio encontraron que las proporciones de prevalencia estimada fueron: ansiedad 20.5%, consumo de drogas 14.8%, depresión 13.1%, Alcoholismo 6.2%, Epilepsia 1.2%, Psicosis 0.8%; y la prevalencia global estimada de trastornos mentales en la población fue de un 56.7%. Estos trastornos fueron más frecuentes en los hombres que en las mujeres (64.9% y 39.4%) respectivamente. En este estudio los investigadores llegaron



a la conclusión que las elevadas prevalencias estimadas están asociadas con el estrés ocasionado por el hacinamiento y bajos ingresos económicos, lo cual constituye la presencia de necesidades básicas insatisfechas y violencia.

Reacciones psicológicas y psicopatológicas después del Huracán Mitch en Honduras, este estudio llevado a cabo entre diciembre de 1998 y enero de 1999 sobre trastornos por estrés postraumático (TSP) y otras afecciones psicopatológicas mediante muestras basadas en la comunidad. Se exploraron varias reacciones psicopatológicas y sus respectivos factores de riesgo dos meses después de que el huracán Mitch azotó Honduras.

En Tegucigalpa, se seleccionó a 800 personas de 15 años de edad o más que vivían en áreas residenciales consideradas de estatus socioeconómico alto, medio o bajo y que habían sufrido los devastadores efectos del huracán en mayor o en menor medida.

Se encontró TSP en 10,6% de la muestra. Los encuestados de las áreas residenciales más afectadas estaban más angustiados, tuvieron una mayor puntuación en la evaluación de sufrimiento, y presentaron síntomas de TSP de mayor gravedad. También presentaron mayores tasas de prevalencia de depresión mayor, alcoholismo y problemas emocionales previos. Entre las personas con TSP, los factores pronóstico de la gravedad de los trastornos fueron el pertenecer al sexo femenino y el grado de exposición a los eventos traumáticos relacionados con el huracán.

En conclusión ellos calcularon que del total de 3,3 millones de adultos (de 15 años de edad o más) habitantes de Honduras, más de 492, 000 han sufrido TSP debido al huracán Mitch (Kohn, Levav, Donaire, Machuca, & Tamashiro, 2005).

En el año 2000 se llevó a cabo la Evaluación de salud mental en los médicos residentes de los post-gradados de Medicina de la UNAH, con el objetivo de identificar la prevalencia de trastornos

mentales y del comportamiento. Se realizó un estudio transversal descriptivo, contando con una población inicial de 173 médicos residentes a quienes se les aplicó tres instrumentos para recabar información.

Concluyeron que más de la mitad (53%) de los médicos residentes evaluados cumplieron criterios para un diagnóstico psiquiátrico clínicamente identificable; del total de médicos residentes con algún tipo de diagnóstico, el 24% correspondieron a Episodio Depresivo Mayor actual; y se encontró un Riesgo Suicida de 11%. El 81% de las personas encontradas con algún tipo de diagnóstico tenían antecedentes familiares psicopatológicos.

Los investigadores decidieron agrupar los trastornos mentales y del comportamiento diagnosticados en tres grandes grupos: trastornos de la ansiedad 45%, trastornos depresivos 37%, y abuso-dependencia a sustancias psicoactivas 37%.

En la población con trastornos mentales y del comportamiento diagnosticado en este estudio, se encontró un elevado porcentaje con presencia de estresores tales como: alimentación inadecuada, falta de ejercicio físico, falta de relajación y poco tiempo libre, (Aguilar, Roveló, Padgett, & Reyes, 2000).

Asimismo en el año 2001, se realizó el estudio sobre Prevalencia de trastornos mentales en Honduras, en población mayor de 18 años en 29 comunidades urbanas de Honduras, desarrollada por los doctores América Chirinos-Flores, Alejandra Munguía-Matamoros, Aída Lagos-Velásquez, Jessica Salgado-David, Américo Reyes-Ticas, Denis Padgett-Moncada e Irma Donaire-García.

Se realizó un trabajo observacional, descriptivo y transversal en población mayor de 18 años de edad de 29 comunidades de Honduras, las cuales fueron seleccionadas al azar; de Abril a Octubre del año 2001; en cada comunidad se seleccionaron en forma aleatoria 100 personas.

Se encontró que los trastornos mentales más prevalentes fueron: Depresión Mayor, Agorafobia, Fobia Social y Dependencia al Alcohol. Las comunidades con mayor prevalencia de trastornos mentales fueron: Santa María, El Paraíso; Limón de la Cerca, Choluteca; San Manuel, Cortés y Morolica, Choluteca y se observó que la mayor frecuencia de trastornos se daba en mujeres jóvenes.

En este estudio se llegó a la conclusión que la prevalencia de trastornos mentales en las poblaciones estudiadas era de 35%, lo que resultaba mayor que en otros estudios internacionales, donde oscilaba entre el 10 y el 30% (Chirinos-Flores, y otros, 2002).

Para el año 2008, se estudió la Prevalencia de trastornos mentales en estudiantes de la carrera de medicina de la UNAH y su relación con antecedentes de violencia en la infancia, se hizo en estudiantes de la carrera de Medicina de la UNAH. El objetivo estuvo dirigido a establecer la prevalencia de trastornos psiquiátricos en estudiantes de la carrera de medicina y el antecedente de abuso sexual, psicológico, y/o físico durante la infancia.

Estudio de tipo descriptivo transversal, en una muestra tomada al azar de una población de 1,530 estudiantes, con una confiabilidad del 95%. El 64.1% fueron mujeres, 94.1% solteros y 87.6% procedentes del área urbana. Se encontró que 73.9% tenían antecedente en la infancia de abuso físico, 54.2% abuso psicológico y 14.4% abuso sexual (Zanoletti, Reyes, Mendoza, & Aguilera, 2008).

Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre antecedentes de abuso sexual en la infancia y los siguientes trastornos psiquiátricos: 47 (30.7%) en los trastornos del estado de ánimo, 40 (26.1%) en trastornos de ansiedad y 7 (4.6%) en trastornos de alimentación. Los antecedentes de abuso psicológico y físico en la infancia no mostraron correlación estadística significativa con la morbilidad psiquiátrica (Zanoletti, Reyes, Mendoza, & Aguilera, 2008).

En el 2013, se investigó la *Prevalencia de trastornos mentales en estudiantes universitarios*, realizado por el Dr. German Moncada en Honduras (Moncada, 2013), se concluyó que la situación social de los individuos incide altamente en la agudización de los problemas mentales.

Este estudio estableció que la prevalencia de trastornos mentales en estudiantes universitarios era de 29.9%, ese porcentaje presenta un valor superior al que había determinado la OMS (2001) el cual era entre 20 y 25%. Sin embargo, fue un porcentaje inferior al señalado por Chirinos-Flores y otros (2002) que resultó de un 35% (Moncada, 2013).

# **Capítulo V**

## **Metodología de la investigación**

## Capítulo V. Metodología de la investigación

### 1. Enfoque, alcance y tipo de diseño

#### 1. *Enfoque*

Es un estudio de enfoque cuantitativo en el que se mide la prevalencia de los trastornos mentales, lo cual es equivalente a obtener una fotografía del problema.

#### 2. *Alcance de investigación*

El estudio tiene un alcance correlacional ya que se busca conocer los casos de personas con trastornos mentales y su relación con variables sociodemográfica y la resiliencia.

#### 3. *Profundidad del estudio*

La profundidad es de alcance correlacional ya que busca identificar la prevalencia de los trastornos mentales en un momento dado, sin importar su etiología, ni cuando lo adquirieron y relacionarlo con la resiliencia.

#### 4. *Temporalidad*

Es de corte trasversal.

#### 5. *Población y Muestra*

La población para este estudio es de hombres y mujeres jóvenes/adultos de 18 años en adelante.

a) *Población por Departamento de Choluteca*

Ya que se ha propuesto el objetivo de conocer la prevalencia a nivel del Departamento de Choluteca, se tomó como base el XVII Censo de Población y VI de Vivienda elaborado por el INE en el año 2013.

Tabla 2 *Población del Departamento de Choluteca, Honduras.*

Departamento	Población Total	Población Urbana	Población Rural
Choluteca	453, 360 hab.	169,593 hab.	283,767 hab.

Fuente: XVII Censo Nacional de Población y VI de Vivienda 2013, Instituto Nacional de Estadística.

b) *Marco Poblacional*

El marco poblacional lo constituyen las 1,972.520 viviendas a nivel nacional registradas en el censo nacional de población y vivienda de las cuales al Departamento de Choluteca le corresponden 106,805 viviendas su respectiva segmentación y cartografía. Se trabajará en la cabecera Departamental (Instituto Nacional de Estadística [INE], 2016)

Tabla 3 *Viviendas del Departamento de Choluteca, Honduras.*

Departamento	Urbana	Rural	Total
Choluteca	40,658	66,147	106,805

Fuente: XVII Censo Nacional de Población y VI de Vivienda 2013, Instituto Nacional de Estadística.

c) *Muestreo*

La muestra estimada para 5 comunidades de Choluteca fue de 300 personas, con un nivel de confianza del 95%, un error muestral del 5% y la probabilidad que ocurra el fenómeno es de 25% y que no ocurra de 75%.

Se utilizó la siguiente fórmula para obtener la muestra, para poblaciones infinitas mayores o iguales 100, 000.

Tabla 4 *Muestro proporcional para Poblaciones Infinitas  $\geq 100,000$*

<b>Criterios Estadísticos</b>	<b>Valores</b>
Varianza (p)	75
Varianza (q)	25
Error muestral (E)	5.00
Nivel de Confianza (Z)	2
Tamaño de la Muestra (n)	300

$$n = \frac{z^2 * p * q}{e^2}$$

d) Tipo de muestreo:

Se seleccionó un tipo de muestreo no probabilístico por conveniencia con un diseño polietápico dado que permite recoger los datos en distintas etapas de planificación y ejecución, logrando representatividad de la población por lo que la escogencia de las unidades de análisis será efectuada en 4 etapas sucesivas.

La representatividad geográfica implicó la subdivisión del departamento en 2 partes, tomando en cuenta un municipio con población urbana y una zona rural cercana a la cabecera departamental con alta accesibilidad. A continuación se describen las etapas:

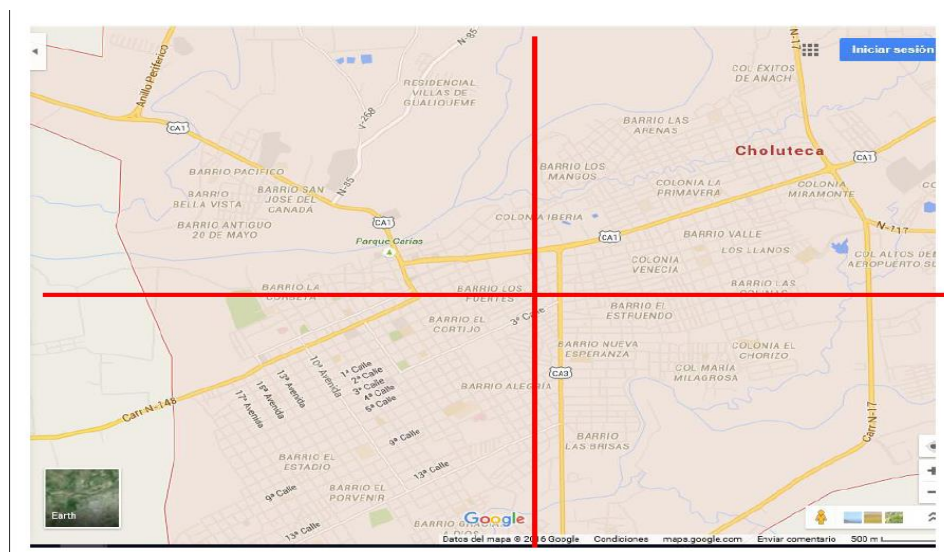


## Etapa I

Se eligió el *Municipio de Choluteca* dado que es la cabecera departamental de Choluteca se considera el casco urbano ya que cuenta con servicios públicos y avanzados como educación, acceso a servicios de salud, actividad financiera y comercial, transporte, interacción social, tratamiento de agua y de desechos sólidos entre otros.

Se trabajó con la división geográfica de los cuatro cuadrantes de la ciudad (Noroeste, noreste, suroeste, sureste) en cada uno se asignó una sub-muestra a través del sistema de información geográfica ARCGIS 10.3 que permitió seleccionar el barrio o colonia con mayor número de viviendas de cada uno de los cuadrantes tomándose como base los datos del INE, 2013.

Según se ilustra en el siguiente mapa:



**Figura 2 Mapa de cuadrantes para aplicación de instrumentos.**

Fuente: Sistema de información geográfica ARCGIS 10.3 /Google maps.

## Etapa II

Se seleccionó la *Aldea Fray Lázaro: caserío El Marillal* como zona geográfica rural ya que hay mayor explotación natural de los recursos, ausencia de estrés, menor contaminación, economía menor desarrollada, y escaso acceso a la tecnologías de información y comunicación que son características propias de casco rural.

Por otra parte y como elemento conveniente a la investigación se consideraron los siguientes criterios: disponibilidad de una vía transporte factible y seguro; ubicado a una distancia máxima de 45 min. que permita la movilización en el mismo día, y que cuente con un mínimo de 150 viviendas.



**Figura 3** Mapa de ubicación de la Aldea Fray Lázaro: caserío El Marillal.

Fuente: Sistema de información geográfica ARCGIS 10.3 /Google maps.

### **Etapas III**

Selección de viviendas a consultar en el área urbana. Se hace uso de un *muestreo no probabilístico* para lo cual se utilizó el **factor “K”**, (# de viviendas entre # de casos a ser consultados) 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).

En la siguiente tabla en detalle los barrios seleccionados en el casco urbano y la aldea en el casco rural, con su respectivo número de viviendas.

Tabla 5 *Colonias seleccionadas para trabajo de campo*

<b>Cuadrantes</b>	<b>Colonias/Área Rural</b>	<b>Viviendas totales (INE 2013)</b>	<b>Viviendas a muestrear</b>	<b>% del total</b>
I Cuadrante	Barrio La Providencia	726	37	5.1
II Cuadrante	Barrio Bella Vista	196	37	18.9
III Cuadrante	Barrio La Libertad	1082	38	3.5
IV Cuadrante	Barrio Las Colinas	1156	38	3.2
Aldea Fray Lázaro	Caserío El Marillal	219	150	68
<b>TOTAL</b>		<b>3379</b>	<b>300</b>	<b>8.8</b>

Fuente: Sistema de información geográfica ARCGIS 10.3

#### **Etapa IV**

Selección de la unidad de análisis: se hará con base a la edad y sexo. Los rangos para edad serán los siguientes:

- De 18 a 30 años
- De 31 a 50 años
- 51 años en adelante

Los rangos de edad se estimaron solamente como un parámetro metodológico para lograr un equilibrio entre los grupos etarios. Por otro parte, se toma en cuenta a partir de los 18 años considerando la validación y naturaleza del instrumento SRQ el cual está diseñado para la medición de trastornos mentales.

De la muestra total, se seleccionaron 150 mujeres y 150 hombres, incluyendo población según rangos de edad. Corresponde 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 similar al siguiente:

*Tabla 6 Hoja de control de aplicación - Encuestas según edad y sexo*

#	18 – 30 años		31 a 50 años		50 años en adelante	
	H	M	H	M	H	M
1						
2						
3						
4						
<b>Enumerar hasta</b>						
<b>50</b>						

Fuente: Elaboración propia en base a hoja de control de una muestra aleatoria de la población adulta de Choluteca, año 2016

Con estas etapas se garantiza que todos los sectores de la población estén representados en la muestra seleccionada porque las características son comunes.

## 2. Especificación de variables y su operacionalización.

**Objetivo general:** Analizar la prevalencia de los trastornos mentales en relación con la resiliencia en población adulta de 5 comunidades del Departamento de Choluteca en el año 2016.

Tabla 7 *Operacionalización de variables*

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL
Trastornos Mentales	Un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo.	Se evaluó con 34 ítems de SI y NO del Instrumento SRQ.
Resiliencia	Es la capacidad de las personas para desarrollarse psicológicamente sanas y exitosas, a pesar de estar expuestas a situaciones adversas que amenazan su integridad.	Se evaluó con 25 ítems de escala lickert del Instrumento CD-RISC.

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS	UNIDADES DE ANÁLISIS	INSTRUMENTO A UTILIZAR
Trastornos mentales.	a. Ansiedad	a. Ataques de pánico, sudoración, temblores	1-7 y 19 ansiosos	Adultos con edades en los rangos de 18-30, de 31 a 50 y 50 años en adelante.	SRQ
	b. Depresión	b. Estado de ánimo depresivo, pensamientos recurrente de muerte	8-18 y 20 depresivo		
	c. Psicosis *	c. Alucinaciones, delirios.	21-24 trastorno psicótico		
	d. Epilepsia **	d. Convulsiones y dolor de cabeza	25 trastorno convulsivo		
	e. Dependencia del alcohol	e. Frecuencia al beber	26-29 alcoholismo		
	f. dependencia a Drogas	e. Frecuencia en el consumo de drogas	30 y 31 drogas		
	g. Estrés postraumático	g. Sueños angustiantes h. Revivir experiencias violentas. i. Evitación (lugares, personas, pensamientos, actividades) j. sobresalto	31-34 Estrés postraumático		
<b>Sociodemográficas</b>	a. Sexo	-Mujer -Hombre		Adultos con edades en los Rangos de: -18-30, -31 a 50 y	Encuesta de datos sociodemográficos
	b. Edad	-Adultos de 18 años en adelante			
	c) Estado Civil	- Soltero			

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS	UNIDADES DE ANÁLISIS	INSTRUMENTO A UTILIZAR
		- Casado - Unión libre - Viudo - Separado - Divorciado		-50 años en adelante.	
	d) Área de domicilio	- Urbana - Rural			
	c) Nivel educativo	-Ninguna -Básica -Media -Universitaria			
<b>Resiliencia</b>	Competencia personal y tenacidad.	- Afrontar desafíos -Esfuerzo -Logro de Metas	5,10,11, 21,24,25	Adultos con edades en los Rangos de: -18-30, -31 a 50 y -50 años en adelante.	Escala de Resiliencia  CD-RISC
	Aceptación positiva al cambio	-Adaptación a los cambios. -Red de confianza de problemas. -Disfrutar las situaciones. -Iniciativa. -Recuperación de las enfermedades. -Alta tolerancia al fracaso. -Imagen positiva de sí mismo.	1,2,4,6,8, 12,15,16, 17.		
	Control	-Afrontamiento del estrés. -Solicitar ayuda. -Capacidad de trabajar bajo presión -Percepción de control propio. -Intuición	7, 13, 14, 20,22.		
	Influencias Espirituales	-Ayuda de Dios -Propósito -Aceptación de las situaciones.	3,9		



### 3. 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 en país, por lo que se plantea las hipótesis siguientes:

HG: Existe relación significativa entre la prevalencia de trastornos mentales y la resiliencia, en la población adulta de 5 comunidades del departamento de Choluteca.

H<sub>0</sub>: No existe relación significativa entre las prevalencia de sintomatología de trastornos mentales y la resiliencia en la población adulta de 5 comunidades del departamento de Choluteca.

H<sub>1</sub>: En las mujeres se manifiestan mayores porcentajes de depresión que en los hombres.

H<sub>0</sub>: En las mujeres se manifiestan menores porcentajes de depresión que en los hombres.

H<sub>2</sub>: La población de 5 comunidades del departamento de Choluteca que presenta mayor sintomatología de trastornos mentales es la comprendida entre los 18-30 años de edad.

H<sub>0</sub>: La población de 5 comunidades del departamento de Choluteca que presenta menor sintomatología de trastornos mentales es la comprendida entre los 18-30 años de edad.

H<sub>3</sub>: La prevalencia de trastornos mentales es más frecuentes en la población casada.

H<sub>0</sub>: La prevalencia de trastornos mentales es menos frecuentes en la población casada.

H<sub>4</sub>: Existe mayor prevalencia de trastornos mentales en la población urbana en comparación con la población rural.

H<sub>0</sub>: Existe menor prevalencia de trastornos mentales en la población urbana en comparación con la población rural.

H<sub>5</sub>: La población de 5 comunidades del departamento de Choluteca, que presenta mayor prevalencia de trastornos mentales es la que tiene un nivel de escolaridad básica.

H<sub>0</sub>: La población de 5 comunidades del departamento de Choluteca, que presenta menor prevalencia de trastornos mentales es la que tiene un nivel de escolaridad básica.

H<sub>6</sub>: Existe relación significativa entre las dimensiones de la resiliencia y los trastornos mentales.

H<sub>0</sub>: No existe significativa relación entre las dimensiones de la resiliencia y los trastornos mentales.

#### **4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

Los instrumentos previstos para este estudio son de tamización en salud mental, caracterización poblacional y el nivel de resiliencia. Se utilizaron las siguientes instrumentos:

**1. Escala SRQ:** Sirve para la detección de alteraciones a la salud mental en adultos, diseñado para ser auto-administrado. Es una escala simple y objetiva, fácil de evaluar que cubre aspectos claves de la psicopatología, con preguntas 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.

##### **1.1 Antecedentes.**

El Cuestionario auto informes o Cuestionario de Síntomas (Self Reporting Questionnaire – SRQ) forma parte del conjunto de pruebas de tamizaje que desde los años 70 ha cobrado importancia en la investigación de la perturbación psiquiátrica en los servicios de atención primaria.

Estas pruebas se entienden como aquellas mediciones que permiten establecer quien podría llegar a padecer cierta enfermedad y quien no, en cualquier momento de la vida y en este sentido el SRQ cumple con esta bondad (Avalos, 1991).

Los esbozos del SRQ datan del año 1975 cuando un comité de expertos de la OMS compuesto por psiquiatras, trabajadores de salud pública y otras disciplinas afines, se reunieron para trabajar en un instrumento que permitiera identificar aquellos pacientes con posibles síntomas psiquiátricos ya que las investigaciones realizadas corroboraron que los trabajadores de salud, no identificaban estos síntomas a diferencia de los físicos, producto de la falta de conocimientos y estrategias de cómo hacerlo.

El comité fue conformado por especialistas de Colombia, India, Senegal y Sudán, uniéndose más tarde Brasil, Egipto y Filipinas. Se trabajó con las autoridades sanitarias de las comunidades de estos países: se levantó una línea base de la población adulta e infantil y las investigaciones se llevaron a cabo en áreas rurales, semi-rurales y algunas semi-urbanas, las cuales fueron seleccionadas porque tenían instalaciones sanitarias primarias y no contaban con servicios de salud mental siendo estos los criterios de inclusión ya que esta condición correspondía a la realidad de la mayoría de las comunidades en los países de desarrollo (Climent & De Arando, 1983).

Dichas investigaciones dieron origen al WHO Collaborative Study to Extent Mental Health Services, siendo algunas de las recomendaciones específicas, abogar por una política de descentralización e integración de los servicios de salud mental en las comunidades, categorizando esta respuesta como una acción urgente de cada gobierno y ofrecer al personal de salud, un instrumento de screening compuesto por 20 ítems o preguntas que permitiera detectar síntomas neuróticos.

Estas primeras 20 preguntas dicotómicas, fueron seleccionadas de 4 instrumentos: a) The Patient Self –report Symptom Form, b) El Post Graduate Institute Health Questionnaire N2, c) El General Health Questionnaire (GHQ), y d) La Present State Examination (PSE) donde la persona debe contestar “sí” o “no” a la presencia de ciertos síntomas en los últimos 30 días. Sus propiedades psicométricas han sido ampliamente demostradas en diferentes contextos e investigaciones donde dicho instrumento se ha utilizado.

El SRQ no pretende ser sustituto o equivalente a un diagnóstico clínico, ya que la naturaleza específica de la perturbación psiquiátrica debe acompañarse de una entrevista clínica y otros instrumentos para dicho diagnóstico.

Entre las bondades de las diferentes versiones existentes del SRQ de 20, 28, 30 y hasta 34 preguntas son:

- a) Su simplicidad, dado el lenguaje sencillo en que se articulan las preguntas y brevedad en su aplicación ya que no se tarda más de 15 minutos para ser contestadas.
- b) Es de fácil aplicación y bajo costo.
- c) Permite la identificación de síntomas psiquiátricos.
- d) La sencillez del adiestramiento que requiere la persona que lo va a administrar.

En el 2007, Ilanes, Bustos, Vizcana y Muñoz realizaron un estudio de corte transversal en la comunidad de Temuco (Chile) con una población de 422 hogares compuestos por mujeres entre los 15 a 49 años de edad. El objetivo del mismo fue determinar la prevalencia del deterioro de la salud mental medida en la población femenina, a través de síntomas ansiosos y depresivos por el SRQ20 y factores asociados a este deterioro, enfatizando la violencia intrafamiliar medida por el Conflict Tactic Scale, tipos de redes sociales y la Escala Breve de Beber Anormal (EBBA). Los

resultados de este estudio confirmaron que el 41% de las mujeres presentó deterioro en su estado de salud mental, manifestada a través de la presencia de síntomas depresivos y ansiosos, así mismo el impacto de la pobreza, las desventajas y desigualdades socioeconómicas, la discriminación y la violencia sexual inciden directamente en esta prevalencia.

Una versión del SRQ28 fue utilizada por Romero-Montes, Sánchez-Chávez, Lozano-Vargas, Ruiz –Grosso y Vega-Dienstmaier en el 2016 quienes se interesaron en describir la estructura de la sintomatología psiquiátrica en 210 pacientes ambulatorios del Hospital Cayetano Heredia (Lima, Perú) a través de las correlaciones entre los síntomas medidos por el SRQ, donde las 18 primeras preguntas estuvieron orientadas a evaluar personas depresivas o ansiosas; de la 19 a la 22 los trastornos psicóticos; la 23 un convulsivo y las preguntas del 24 al 28, los problemas con el consumo del alcohol. Los resultados demostraron coeficientes de correlación significativo ( $\geq 0,42$  y  $p < 0,05$ ) entre los síntomas medidos por el SRQ, lográndose identificar 5 conglomerados de síndromes conocidos tales como alcoholismo, depresión, ansiedad, síntomas físicos y psicóticos.

Por otra parte Puertas, Ríos y del Valle publicaron en el año 2006, los resultados de un estudio transversal donde se entrevistó a una población de 878 personas de 18 años en adelante, las cuales formaban parte de familias desplazadas, que vivían en barrios urbanos marginales en Sincelejo en Sucre (Colombia). El objetivo del estudio fue investigar la prevalencia de trastornos mentales comunes y para tal efecto, se utilizó una versión del SRQ con 30 preguntas y una entrevista domiciliaria para determinar la presencia de trastornos comunes entre esta población (psicosomáticos, ansiedad, depresión).

Se fijó como valor discriminativo para la presencia de un trastorno mental, el valor de 7 síntomas en el SRQ30 y ji al cuadrado un valor de significancia estadístico de 0.05. Los resultados

mostraron una prevalencia del 27.7% encontrando serios problemas de consumo de alcohol en la población encuestada.

El Dr. G. Moncada Godoy en el año 2013 llevó a cabo una investigación con 1977 estudiantes de Ciudad Universitaria de la UNAH, para establecer la prevalencia de trastornos mentales en este segmento poblacional, que de acuerdo a varios investigadores resulta vulnerable a esta condición. Fueron encuestados con una versión del SRQ, la cual tenía 34 preguntas, ya que se anexó la variable de estrés postraumático medible con tres ítems y el consumo de drogas con uno. Los resultados reportaron que un 29.9% de los casos consultados, tienen un posible trastorno mental, es decir, 592 estudiantes.

Las manifestaciones de ansiedad resultan ser los más relevantes seguidos del abuso de sustancias y la depresión.

La versión del SRQ utilizada en esta investigación, corresponde a la propuesta por el Dr. Germán Moncada (SRQ34) quien para complementar la evaluación del consumo de drogas y alcohol, agregó el ítem 31 con la pregunta: ¿Ha usado, alguna vez, bebidas alcohólicas o drogas para relajarse, para sentirse mejor consigo mismo o para integrarse a un grupo?

Para medir el estrés postraumático, el autor agregó el ítem 32, mediante la pregunta ¿Tiene sueños angustiantes sobre algún proceso violento que experimentó o hay momentos en los que le parece como si estuviera reviviendo la experiencia violenta?; ítem 33 ¿Evita actividades, lugares, personas o pensamientos que le recuerdan la experiencia violenta? y ítem 34 ¿Se sobresalta o alarma fácilmente desde el suceso violento?.

Este instrumento está orientado hacia adultos, a partir de los 18 años de edad en adelante, caracterizándose por ser una escala auto-aplicable, llenada por un personal de salud o personal previamente capacitado, permite identificar sintomatología psiquiátrica durante los últimos 30 días.

## **1.2 Validación.**

Para esta investigación, el instrumento SRQ fue sometido a un proceso de validación por 30 jueces, profesionales con amplia experiencia en el campo de la salud mental; esta, consistió en el análisis de cada ítem, valorando el nivel de adaptación, contenido y constructo, lo cual permitió realizar una adaptación para el contexto hondureño.

### ***Validez de Adaptación***

Se utilizó un instrumento que contenía los siguientes criterios: claridad en la redacción, relevancia, lenguajes adecuado al nivel del informante, máximo de 20 palabras por ítem y sin uso de universalidades (ninguna, ni dobles negaciones), las cuales fueron aplicadas a los 34 ítems; cada juez valoró con un “sí” o “no” para cada uno y un espacio para las observaciones que consideraron pertinentes, incluyendo sugerencias de modificación o eliminación de ítem.

Los resultados obtenidos permitieron hacer modificaciones a los ítems 14 y 23 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?

### ***Validez de Contenido***

Esta consistió en valorar cada ítem considerando los criterios de: “es esencial”, “es útil pero no esencial” y “no es necesario”; a continuación, los resultados obtenidos:

El instrumento 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 y 32 ya que su indicador de Confiabilidad por reactivos fue igual o mayor a 0.80 en promedio, es decir que los jueces lo consideran válido en un 80 por ciento. Asimismo en los ítems 2, 3, 4, 7, 11, 13, 14, 15, 19, 21, 22, 33 y 34; al no presentar un nivel de validez superior a 0.80 se encuentran dentro del rango considerado válido entre el 60 y el 79 por ciento. Y en relación a los ítems 5 y 26 según la opinión de los expertos los consideraron útiles, pero no esenciales en el instrumento al ser aplicados, sin necesidad de ser modificados.

### ***Validez de Constructo***

A través de este instrumento, los expertos valoraron la pertinencia de cada ítem en relación a sus dimensiones: Ansiedad, Depresión, Psicosis, Epilepsia, Dependencia al Alcohol y Estrés Postraumático.

Según los indicadores con base a los ítems seleccionados por los expertos, se encontró que las sintomatologías de cada dimensión se manifiestan de la siguiente forma: Ansiedad, en los ítems del 1 al 7 y 19; Depresión, se miden del ítem 8 al 18 y 20 Psicosis, de 21 al 24; Epilepsia únicamente en el ítem 25; Dependencia al alcohol, del 26 al 29 y Estrés post-traumático en los ítems 32, 33 y 34. Cabe aclarar que la medición del consumo de drogas, tema de interés para esta investigación, se consideraron los ítems 30 y 31, que en la versión original, estaban incluidos en dependencia al alcohol.

### ***Curva de Roc (Receiver Operating Characteristic)***

En cuanto al proceso de validación de sensibilidad y especificidad de cada dimensión del SRQ, se establecieron los puntos de corte (nivel de decisión), mediante la curva de ROC (Receiver Operating Characteristic, por sus siglas en inglés) para determinar la presencia o ausencia de sintomatología en cada sujeto entrevistado.



Se entenderá “sensibilidad” como la capacidad de una prueba para detectar el trastorno cuando está presente y “especificidad” como la capacidad para descartar el trastorno cuando no está presente.

La muestra estuvo compuesta por un total de 352 personas; dividida en dos grupos: el primero compuesto por 120 sujetos clínicamente diagnosticados con trastornos mentales y el segundo por 232 sujetos clínicamente sanos, como grupo control.

El procesamiento de datos se llevó a cabo con el paquete estadístico para ciencias sociales – SPSS (siglas en inglés). A continuación se presentan los resultados obtenidos:

Tabla 8 *Resultados aplicación Curva de ROC*

No.	Trastorno	Ítems	Punto de corte	Sensibilidad	Especificidad
1	Ansiedad	1 al 7 y 19	4	95	0.59
2	Depresión	8-18 y el 20	4	90	0.12
3	Psicosis*	21 al 24	1	95	0.12
4	Epilepsia**	25	1		
5	Dependencia al Alcoholismo	26 al 29	2	85	0.36
6	Dependencia a Drogas	30 y 31	1	65	0.32
7	Estrés Postraumático	32-34	1	1	0.73

\*Para el presente estudio no se realizó el análisis del trastorno psicosis.

\*\*No se realizó el punto de corte para el trastorno de epilepsia ya que se evalúa con un solo ítem.

**2. Escala de Resiliencia de Connor-Davidson (Connor-Davidson Resilience Scale) CD-RISC:** Es un cuestionario auto aplicado, consta de 25 ítems estructurados en una escala sumativa tipo Likert (1 nada de acuerdo, 2 raramente de acuerdo, 3 algo de acuerdo, 4 bastante de acuerdo y 5 totalmente de acuerdo) que en su versión original se agrupa en cinco dimensiones o factores:

Competencia personal y tenacidad, confianza en el propio instinto y fortalecimiento del estrés, aceptación positiva al cambio, control e influencias espirituales.

En esta investigación se utilizó la escala de cuatro dimensiones: competencia personal y tenacidad, aceptación positiva al cambio, control e influencias espirituales, en su adaptación española por Fernández y Ramos en el 2006. El rango de la escala va de 0 a 125, no tiene establecido un punto de corte, las puntuaciones más altas reflejan mayor resiliencia, identificando las personas con mayor o menor resiliencia.

## **2.1 Antecedentes del CD-RISC**

Esta escala fue creada por Katryn M. Connor y Jonathan R. Davidson en el año 2003, en una versión del idioma inglés, consta de dos versiones una de 25 ítems y la otra de 10 ítems. En los inicios la prueba se utilizó fundamentalmente en la evaluación de la resiliencia en personas con diagnóstico de estrés post-traumático (PTSD), actualmente es una de las pruebas que más se utiliza internacionalmente para medir la resiliencia (Rodríguez & Molerio, 2012).

La escala de resiliencia de Connor -Davidson fue diseñada como una herramienta para el ámbito clínico con la que se pudieran identificar conductas resilientes, de manera temprana, y valorar las respuestas de los adultos a los tratamientos psicológicos. Se le considera una de las más fiables, ha sido probado en la población en general, así como en muestras clínicas, y demuestra propiedades psicométricas sólidas, con buena consistencia interna ( $\alpha$  de cronbach=0.89) y fiabilidad test-retest (Davidson, 2016).

El CD-RISC es una medida breve y autoevaluada de resiliencia que tiene buenas propiedades psicométricas. En el desarrollo de la escala, Connor y Davidson (2003) demuestran que la resiliencia es cuantificable e influenciado por el estado de la salud (es decir, individuos con

enfermedad mental tienen menores niveles de resiliencia que la población en general); la resiliencia es modificable y puede mejorar con el tratamiento.

Su construcción se realizó a partir de diferentes trabajos: Kobasa (1979) ítems que reflejan control, compromiso y capacidad de cambio visto como un desafío; Rutter (1985) ítems que reflejan el desarrollo de estrategias con unas metas claras, orientación a la acción, confianza, fuerte autoestima, adaptabilidad con estrategias de cambio, habilidades de solución de problemas, humor frente al estrés, fortaleza para manejar el estrés y seguridad, y experiencias previas de éxito y logro, estas dos últimas características pueden reflejar el fundamento de la resiliencia; Lyons (1991) mostrando ítems que reflejan la paciencia y la habilidad para afrontar el estrés y por último, a partir de las experiencias de Shackleton, se señaló que el papel de la fe y la creencia en la intervención benevolente ("buena suerte") que son factores importantes en la supervivencia de la expedición, sugiriendo un componente espiritual para la resiliencia (Connor & Davidson, 2003).

Los autores Connor y Davidson (2003) identificaron tres áreas donde podría aplicar y ser de utilidad el instrumento:

1. En estudios de la biología de la resiliencia, debido a que varios investigadores han considerado aspectos biológicos de la resiliencia.
2. En el área clínica, al practicar con intervenciones de resiliencia contemporáneas, tales intervenciones exploran las cualidades de resiliencia con individuos, para identificarlos y nutrirlos. Al enfocarse en fortalezas y atributos positivos, un individuo tiende a involucrarse en más actividades adaptativas, y sus problemas tienden a disminuir.

3. En estudios diseñados para investigar adaptados e inadaptados, en estrategias para hacer frente al estrés y como una herramienta para ayudar a evaluar individuos en riesgo y un nivel alto de estrés en actividades u ocupaciones.

## **2.2 Validación de CD-RISC**

Para esta investigación, el instrumento CD-RISC fue sometido a un proceso de validación por 5 jueces, profesionales con amplia experiencia en el campo de la salud mental; esta, consistió en el análisis de cada ítem, valorando el nivel de adaptación, contenido y constructo, lo cual permitió realizar una adaptación para el contexto hondureño.

### ***Validez de Adaptación***

Se utilizó un instrumento que contenía los siguientes criterios: claridad en la redacción, relevancia, lenguajes adecuado al nivel del informante, máximo de 20 palabras por ítem y sin uso de universalidades (ninguna, ni dobles negaciones), las cuales fueron aplicadas a los 25 ítems; cada juez valoró con un “sí” o “no” para cada uno y un espacio para las observaciones que consideraron pertinentes, incluyendo sugerencias de modificación o eliminación de ítem.

Los resultados obtenidos permitieron hacer modificaciones a los ítems 11, 12, 13, 18 y 25 de la siguiente forma: *ítem 11*: “Puedo conseguir mis metas” por “Puedo alcanzar mis metas”, *ítem 12*: “Cuando parece que irremediamente algo no tiene solución, no abandono” por “No abandono algo, cuando parece que irremediamente no tiene solución”, *ítem 13*: “Sé dónde acudir a por ayuda” por “Sé dónde acudir por ayuda”, *ítem 18*: “Tomo decisiones difíciles o impopulares” por “Tomo decisiones difíciles” y *ítem 25*: “Me siento orgulloso de mis logros” por “Siento orgullo por mis logros”.

### ***Validez de Contenido***

Esta consistió en valorar cada ítem considerando los criterios de: “es esencial”, “es útil pero no esencial” y “no es necesario”; a continuación, los resultados obtenidos:

El instrumento posee validez de contenido en los ítems 1, 2, 4, 5, 7, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 18, 19, 22, 23, 24, 25 ya que su indicador de Confiabilidad por reactivos fue igual o mayor a 0.80 en promedio, es decir que los jueces lo consideran válido el 80 y 100 por ciento. Asimismo en los ítems 17 y 20; al no presentar un nivel de validez superior a 0.80 se encuentran dentro del rango considerado válido entre el 60 y el 79 por ciento. Y en relación a los ítems 3, 6, 9, 21 según la opinión de los expertos los consideraron útiles, pero no esenciales en el instrumento al ser aplicados.

### ***Validez de Constructo***

A través de este instrumento, los expertos valoraron la pertinencia de cada ítem en relación a sus dimensiones: competencia personal y tenacidad, aceptación positiva al cambio, control e influencias espirituales.

Según los indicadores con base a los ítems seleccionados por los expertos, se encontró que los ítems para cada dimensión se manifiestan de la siguiente forma: competencia personal y tenacidad se mide por 8 ítems conformado en la escala por los siguientes ítems 5, 10, 11, 18, 21, 23, 24, 25; aceptación positiva al cambio se mide con 9 ítems los cuales están determinado por los ítems 1, 2, 4, 6, 8, 12, 15, 16, 17; control se mide con 5 ítems los cuales están conformado por los ítems 7, 13, 14, 19, 20; e influencias espirituales se mide con 2 ítems los cuales pertenecen a la dimensión los ítems 3 y 9.

Tabla 9 *Validez de constructo según dimensiones*

Dimensión	Ítems
Competencia personal y Tenacidad	5. Los éxitos pasados me ayudan a afrontar nuevos desafíos con confianza. 10. Me esfuerzo al máximo en cada ocasión. 11. Puedo alcanzar mis metas. 18. Tomo decisiones difíciles. 21. Tengo muy claro por donde quiero ir en mi vida. 23. Me gustan los desafíos. 24. Trabajo para conseguir mis metas. 25. Siento orgullo por mis logros.
Aceptación Positiva al Cambio	1. Soy capaz de adaptarme a los cambios. 2. Tengo personas en las que puedo confiar y con las que me siento seguro. 4. Puedo resolver cualquier acontecimiento que se me presente. 6. Veo el lado divertido de las cosas. 8. Tiendo a recuperarme de las enfermedades o de las dificultades. 12. No abandono algo, cuando parece que irremediamente no tiene solución. 15. Prefiero tomar la iniciativa cuando hay que resolver un problema. 16. No me desanimo fácilmente por el fracaso. 17. Pienso que soy una persona fuerte.
Control	7. Afrontar el estrés, me fortalece. 13. Sé dónde acudir por ayuda. 14. Bajo presión, me concentro y pienso claramente. 19. Puedo manejar sentimientos desagradables. 20. Sigo los presentimientos que tengo.
Influencias espirituales	3. Algunas veces dejo que el destino o Dios me ayude. 9. Pienso que las cosas ocurren por alguna razón.

### Alpha de Cronbach

Una vez realizados los cambios del instrumento, se procedió a aplicar el método de consistencia interna basado en el alpha de Cronbach que permitió estimar la fiabilidad del instrumento, los cuales miden el mismo constructo o dimensión teórica y se encontró alta correlación obteniendo 0.86 de confiabilidad.

Tabla 10 *Estadísticos de fiabilidad*

Alpha de Cronbach	Alpha de Cronbach basada en elementos estandarizados	N de elementos
0.869	0.89	25

Fuente: Elaboración propia con el programa estadístico SPSS.

### **Categorías de Resiliencia**

Las categorías de resiliencia se dividen en: nivel bajo (0-40), nivel medio (41-80), nivel alto (81-125), según la puntuación obtenidas en la escala de resiliencia de Davidson y Connor se categoriza en cada nivel.

## **5. Procedimiento**

Se formó un grupo de 12 maestrantes de la Maestría en Psicología Clínica de la UNAH con el propósito de emprender un estudio a nivel nacional y se dividió por departamentos con diferentes variables de estudio. Este trabajo específicamente en 5 comunidades del departamento de Choluteca, con el objetivo de conocer la prevalencia de los trastornos mentales relacionándolo con la variable de resiliencia.

El procedimiento de trabajo se dividió en las siguientes fases:

- a) Revisión bibliográfica para determinar relevancia del tema.
- b) Búsqueda de instrumentos de medición: SRQ para los Trastornos Mentales y CD-RISC para Resiliencia.
- c) Aplicación de pruebas pilotos y distribución de matrices entre expertos para validación de instrumentos, estas se realizaron en Tegucigalpa, específicamente en la comunidad de Hato de En medio y Bo. El Chile.

- d) Adaptación de instrumentos de medición, con base a los resultados obtenidos en el proceso de validación.
- e) Definición de la muestra con la asesoría de experto en la materia.
- f) Aplicación de instrumentos en campo: se capacitó a un equipo de 6 personas estudiantes universitarios, 3 locatarios en la ciudad de Choluteca y 3 de Tegucigalpa; posteriormente se procedió al levantamiento de los datos, los 6 encuestadores recopilaron información tanto en el área urbana como en el área rural.
- g) Se pidió a cada participante responder al cuestionario SRQ y el CD-RISC para conocer el nivel de resiliencia de los participantes. Los datos demográficos fueron recogidos en la parte inicial de los cuestionarios; esto, se llevó a cabo en el mes de junio de 2016.
- h) Se utilizó la hoja de control de la población por rango de edad y sexo para lograr una muestra homogénea sin embargo no fue posible debido a que había más mujeres en casa al realizar la encuesta.
- i) Se realizó el análisis estadístico de los datos recopilados, usando como herramienta principal, el SPSS, con el que se hicieron los cruces respectivos, se obtuvieron las estadísticas descriptivas y la estadística inferencial; lo que permitió hacer la comprobación de hipótesis y contrastación con la teoría disponible.
- j) Elaboración del informe del estudio a partir de los datos encontrados.



# **Capítulo VI**

## **Análisis de Resultados**

## Capítulo VI. Presentación y Análisis de Resultados

El presente capítulo contienen los principales hallazgos del estudio, para describirlos se hace uso de estadísticas descriptivas de análisis, frecuencias y cruce de variables que son representadas mediante figuras; dichos análisis son preparados e interpretados a la luz de los objetivos de la investigación.

### 1. Datos sociodemográficos

A continuación se realiza la caracterización demográfica de la población incluida en el estudio, el cual estuvo conformado por 300 personas adultas y que se resumen en la tabla No. 11. Los datos de mayor relevancia se detallan a continuación, tomando en cuenta las variables consideradas, relacionándolas con las variables sociodemográficas: sexo, estado civil, ocupación, escolaridad, rangos de edad.

En relación al sexo la muestra estuvo compuesta por 176 mujeres (59%) y 124 hombres (41%), haciendo un total de 300 personas adultas encuestadas. Según el estado civil de la muestra el 32% (40) de los hombres y 34% (59) de las mujeres están en unión libre, comparada con los porcentajes menores, el 1% (1) de hombres y mujeres están divorciados.

En relación a la ocupación existen diferencias entre los géneros, ya que el 52% (64) de los hombres se dedican al sector industria, en cambio el 77% (136) de las mujeres son obreras no calificadas; en comparación con los porcentajes menores el 9% (11) de los hombres son obreros no calificados, y el 4% (8) de las mujeres son profesionales.

En cuanto a escolaridad ambos sexos muestran que la mayoría de la población ha cursado hasta educación básica; el 59% (73) de los hombres y el 63% (111) de las mujeres. En cambio el

10% (12) de los hombres no ha recibido ninguna educación formal, y el 6% (11) de las mujeres tienen estudios universitarios.

Analizando los rangos de edad, el mayor porcentaje de la muestra se ubicó en un rango de edad de 18-30 años, de los hombres el 36% (45) y las mujeres el 37% (68); y el rango de edad de menor representatividad el 27% (34) de hombres dentro de 31-50 años, y 24% (43) las mujeres de 51-110 años. A continuación en la tabla 11, se presenta un resumen de las variables antes descritas.

Tabla 11 *Variables sociodemográficas de la muestra total*

Variable	Sexo			
	Masculino (124) 41%		Femenino (176) 59%	
	# de sujetos	%	# de sujetos	%
<b><i>Estado Civil</i></b>				
Soltero	37	30%	46	26%
Casado	34	27%	46	26%
Unión Libre	40	32%	59	34%
Viudo	9	7%	12	7%
Separado	3	2%	12	7%
Divorciado	1	1%	1	1%
<b><i>Ocupación</i></b>				
Profesionales	12	10%	8	4%
Sector Servicio	22	18%	13	7%
Sector Industria	64	52%	9	5%
Obreros no calificados	11	9%	136	77%
Otros	15	12%	10	6%
<b><i>Escolaridad</i></b>				
Ninguna	12	10%	22	12%
Básica	73	59%	111	63%
Media	25	20%	32	18%
Universitaria	14	11%	11	6%
<b><i>Rangos de edad</i></b>				
18 – 30	45	36%	65	37%
31 – 50	34	27%	68	39%
51 – 110	45	36%	43	24%

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

## 2. Prevalencia de sintomatología de trastornos mentales en relación con la resiliencia.

Se realizó el análisis de la relación de los trastornos mentales con el nivel de resiliencia obtenido en la población con el coeficiente de correlación lineal de Pearson (- ó +), considerando el 95% de confianza y una significancia bilateral ( $\alpha = 0.05$ ) tomando como datos las medias de ambas variables, para encontrar diferencias estadísticamente significativas.

Se encontró que existe correlación entre el nivel de resiliencia y los trastornos mentales con una correlación de Pearson negativa, indicando que al aumentar el nivel de resiliencia disminuye la probabilidad de presentar trastornos mentales, indica que la relación entre las variables es inversamente proporcional, observe la tabla No. 12.

Tabla 12 *Correlación entre trastornos mentales y resiliencia*

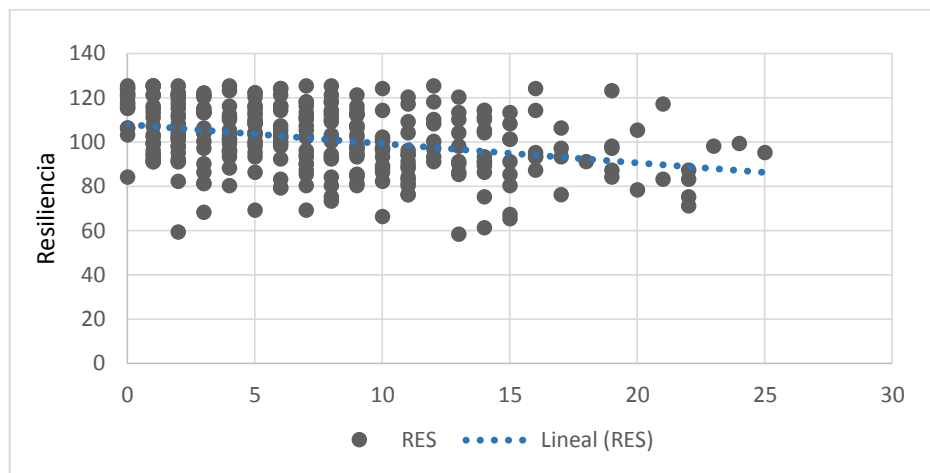
	Media	C. Pearson	Nivel de significancia (bilateral)	N
Trastornos Mentales	7.65	-0.325*	0.01	300
Resiliencia	101.26			

\*. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

### .2.1 Nivel de resiliencia como factor asociado a la sintomatología de los trastornos mentales.

Se encontró que a mayor nivel resiliencia menor cantidad de síntomas presentes ante el apareamiento de un trastorno mental, se observa en el análisis de dispersión que los datos agrupados en un nivel de alta resiliencia van disminuyendo dependiendo del aumento de síntomas, ver figura No. 4.

Figura 4. *Nivel de resiliencia según sintomatología de trastornos mentales*



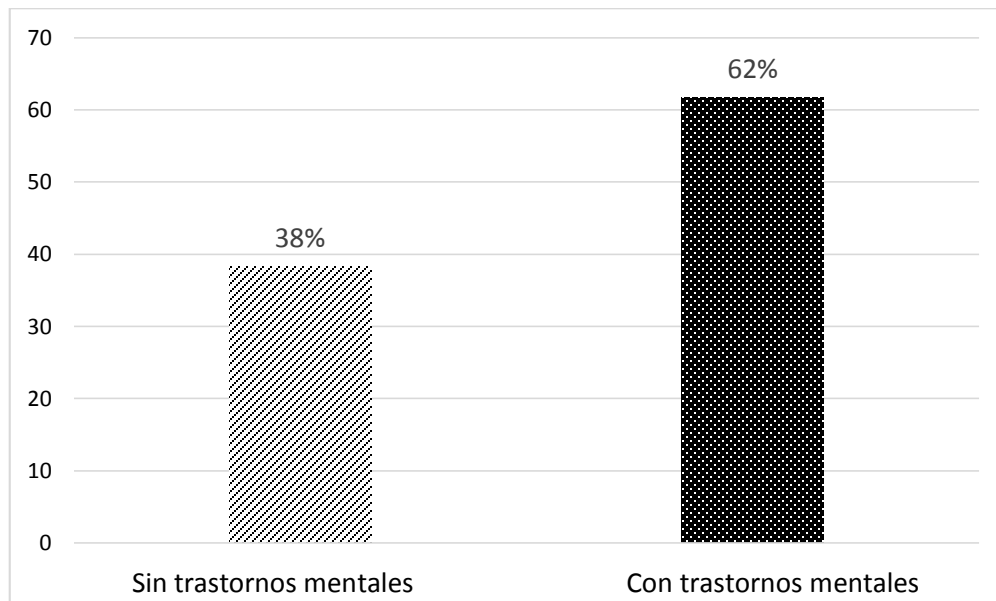
Fuente: Elaboración propia en base a encuesta de una muestra aleatoria de la población adulta del Departamento de Choluteca, en el año 2016.

### 3. Prevalencia de trastornos mentales en 5 comunidades del departamento de Choluteca

El análisis de la prevalencia se realiza clasificando la población investigada en función de la presencia de sintomatología mental, la cual da indicios de padecimiento de trastornos mentales.

Se encontró en la población adulta de 5 comunidades del departamento de Choluteca, el 62% de la población estudiada tienen sintomatología de trastornos mentales en comparación con un 38% que no presenta sintomatología de trastorno mental. Esto significa que tres de cuatro personas adultas de este departamento muestran síntomas que pudiesen desarrollar una alteración en la salud mental, ver figura No. 5.

Figura 5. *Prevalencia de trastornos mentales en 5 comunidades de Choluteca*



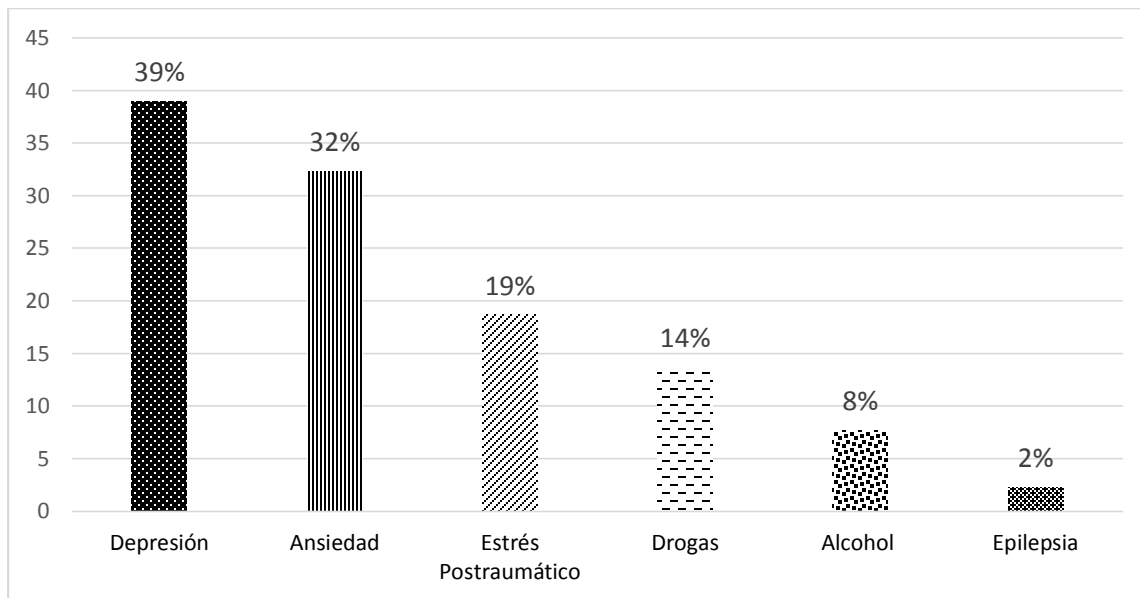
Fuente: Elaboración propia en base a encuesta de una muestra aleatoria de la población adulta del Departamento de Choluteca, en el año 2016.

#### 4. Prevalencia de los principales trastornos mentales en 5 comunidades de Choluteca.

El análisis de la prevalencia de los trastornos mentales se realiza clasificando los principales trastornos mentales de la población investigada.

El trastorno mental de mayor ocurrencia en la población de 5 comunidades de Choluteca es *la depresión con un 39%*, seguido por *la ansiedad con un 32%*, y en tercer lugar el estrés post-traumático con 19% y el de menor prevalencia es la epilepsia con 2%, ver en la figura No.6.

Figura 6. *Trastornos mentales de mayor prevalencia en Choluteca*



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

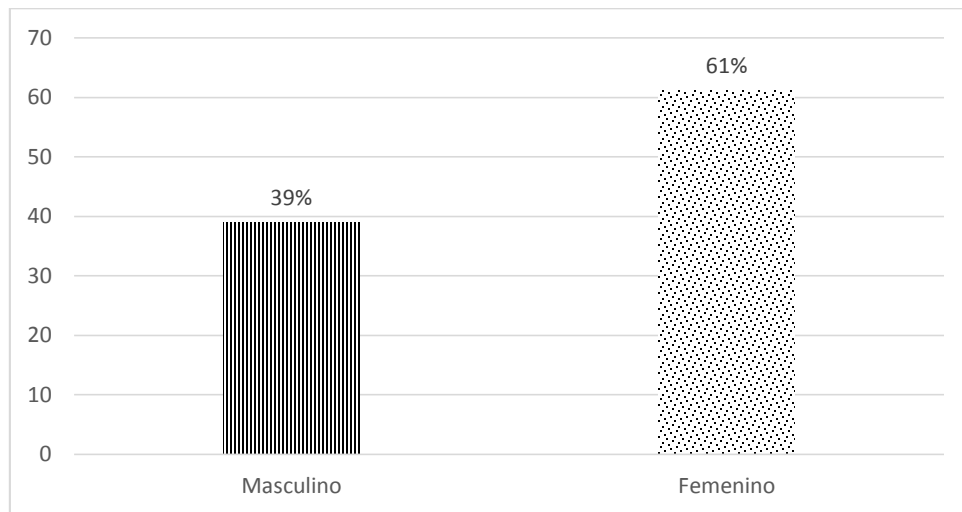
## 5. Prevalencia de trastorno mental según características sociodemográficas

Se muestra un análisis de la prevalencia de los trastornos mentales con las diferentes variables sociodemográficas las cuales son: sexo, rango de edad, estado civil, nivel académico y procedencia.

### 5.1 Prevalencia de trastornos mentales según el sexo.

En el análisis de la prevalencia de trastornos mentales según el sexo de la población estudiada se encontró que la prevalencia de trastornos mentales es mayor en las mujeres con 61% en comparación con los hombres con un 39%, estos datos reflejan similitud con otros estudios realizados donde las mujeres tienen más tendencia a sufrir estos padecimientos, ver figura No. 7.

Figura 7. *Sintomatología de trastorno mental según sexo*



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

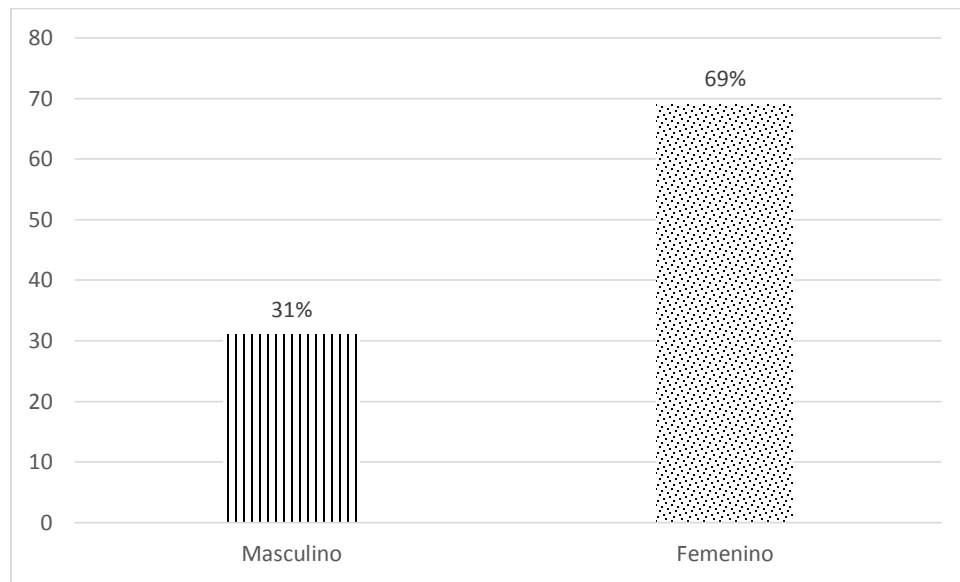
### 5.1.1 Sintomatología de depresión según sexo.

De acuerdo a la revisión bibliográfica y estudios realizados; se observó que particularmente la depresión es uno de los trastornos de mayor prevalencia; además es más frecuente en las mujeres que en los hombres, razón por la que se ha realizado el análisis de presencia de sintomatología de depresión en relación al sexo.

En la figura No. 8 se observa que los porcentajes de depresión son mayores en la población femenina, por lo que se acepta la hipótesis de trabajo  $H_1$  donde plantea que en las mujeres se manifiestan mayores porcentajes de depresión que en los hombres. ( $\chi^2 = 8.827$ ,  $P < 0.05$ ).



Figura 8. *Sintomatología de depresión según sexo*



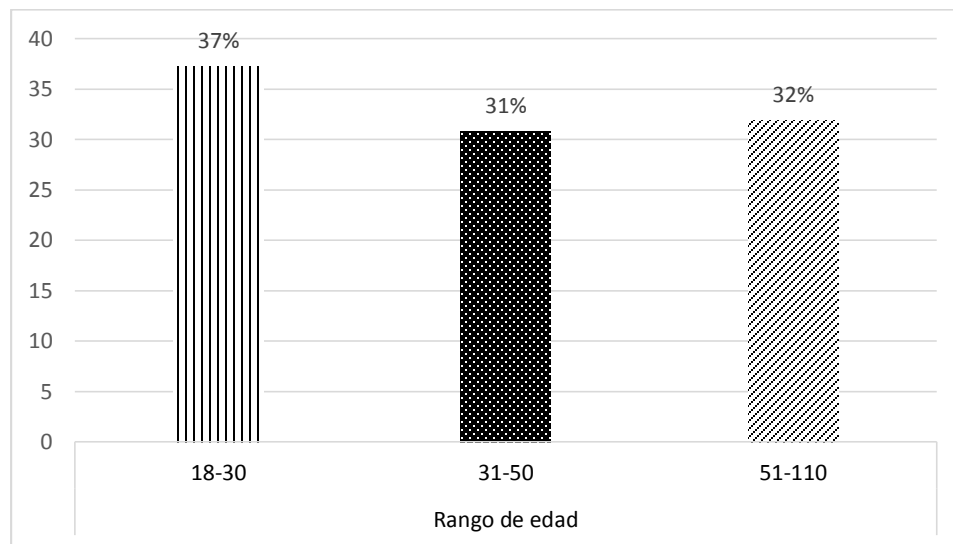
Fuente: Elaboración propia en base a encuesta de una muestra aleatoria de la población adulta del Departamento de Choluteca, en el año 2016.

## 5.2 Prevalencia de trastornos mentales según rango de edad

En el análisis de la prevalencia de trastornos mentales según el rango de edad al que pertenece la población estudiada se encontró que el porcentaje de mayor prevalencia de sintomatología de trastorno mental se encuentra en el rango del adulto joven (18-30) con 37%, seguido de la población de adulto mayor (51-110) con 32%, y en menor porcentaje la población adulto medio (31-50) con 31%, ver figura No. 9.

La hipótesis de trabajo  $H_2$  plantea que la población del departamento de Choluteca que presenta mayor sintomatología de trastornos mentales es la comprendida entre los 18-30 años de edad, por lo tanto se acepta la hipótesis de trabajo.

Figura 9. *Trastorno mental según rango de edad*

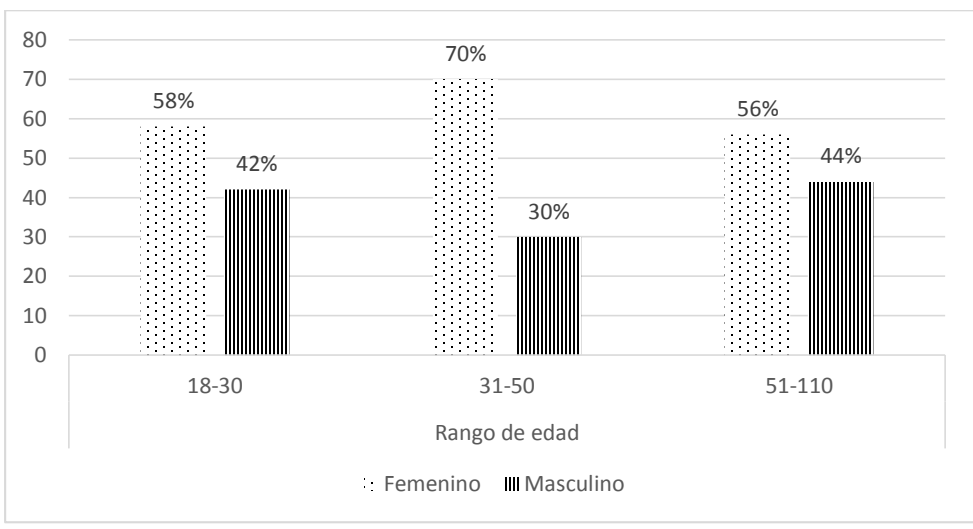


Fuente: Elaboración propia en base a encuesta de una muestra aleatoria de la población adulta del Departamento de Choluteca, en el año 2016.

### 5.2.1 Prevalencia de trastornos mentales según rango de edad y sexo

Los hallazgos encontrados permiten hacer un análisis más profundo relacionando los rangos de edad según el sexo femenino y masculino por grupos de edades, en la figura No. 10 se observa que en toda la población, el sexo femenino tiene mayor prevalencia de sintomatología de trastorno mental, comparando entre grupo de edades. Estudios anteriores han encontrado hallazgos similares siendo el sexo femenino de todas las edades la que tiene mayor probabilidad de presentar sintomatología de trastornos mentales.

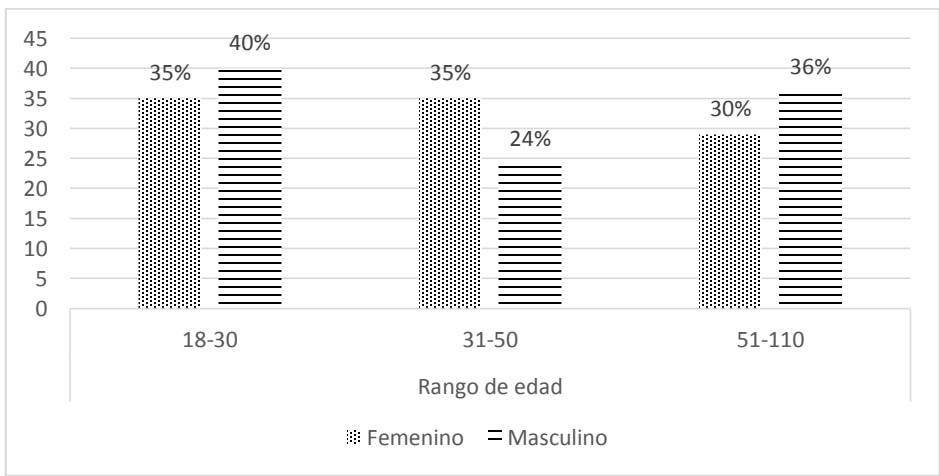
Figura 10. *Trastornos mentales según sexo y rangos de edad*



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

Al hacer una comparación entre el sexo femenino y masculino según el grupo de edad al que pertenecen, la figura No. 11 muestra que las mujeres adultas mayores (51-110) presentan menor probabilidad de sintomatología de trastornos mentales, en cambio los hombres en el grupo de edad media (31-50) presentan menor probabilidad de desarrollar un trastorno mental.

Figura 11. *Trastornos mentales según rango de edad y sexo*

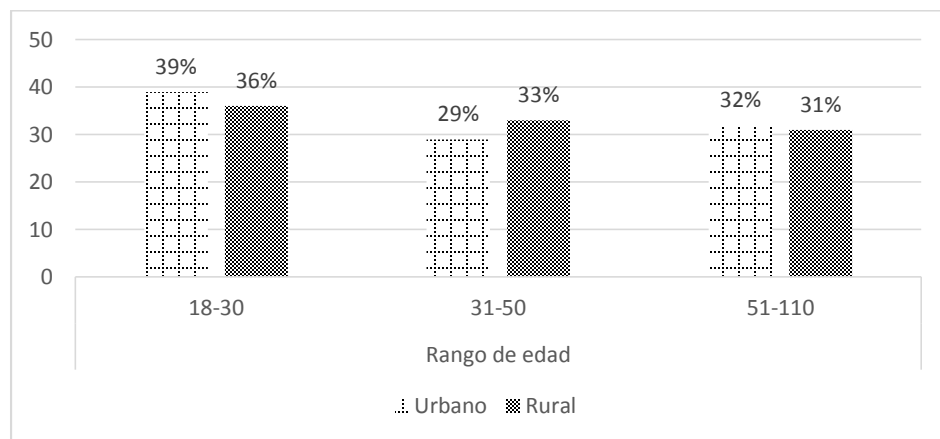


Fuente: Elaboración propia en base a encuesta de una muestra aleatoria de la población adulta del Departamento de Choluteca, en el año 2016

### 5.2.2 Prevalencia de trastornos mentales según rango de edad y procedencia.

Al analizar la procedencia y el rango de edad, la figura No.12 muestra que en el área urbana se presentan mayor sintomatología de trastornos mentales en el grupo de edad más joven (18-30) con un 39% de la población urbana. Los resultados coinciden en el área rural ya que un 36% de esta misma población se encuentra en el grupo de edad más joven.

Figura 12. *Trastorno Mental según Procedencia y Rango de Edad*



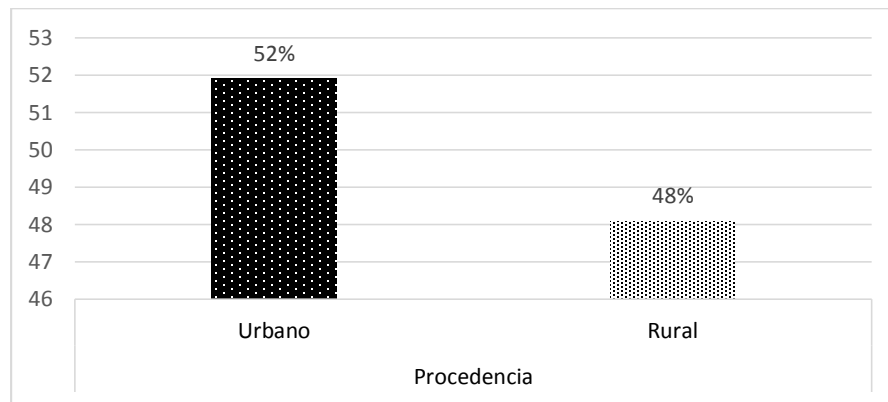
Fuente: Elaboración propia en base a encuesta de una muestra aleatoria de la población adulta del Departamento de Choluteca, en el año 2016.

### 5.3 Prevalencia de trastornos mentales según procedencia

Se presenta el análisis de la prevalencia para conocer si existe presencia de sintomatología mental según procedencia geográfica.

En lo que respecta al análisis de los trastornos mentales los resultados obtenidos muestra que la población urbana tiene mayor probabilidad de presentar sintomatología de trastorno mental con un 52%, ver figura No. 13.

Figura 13. *Trastornos mentales según procedencia*



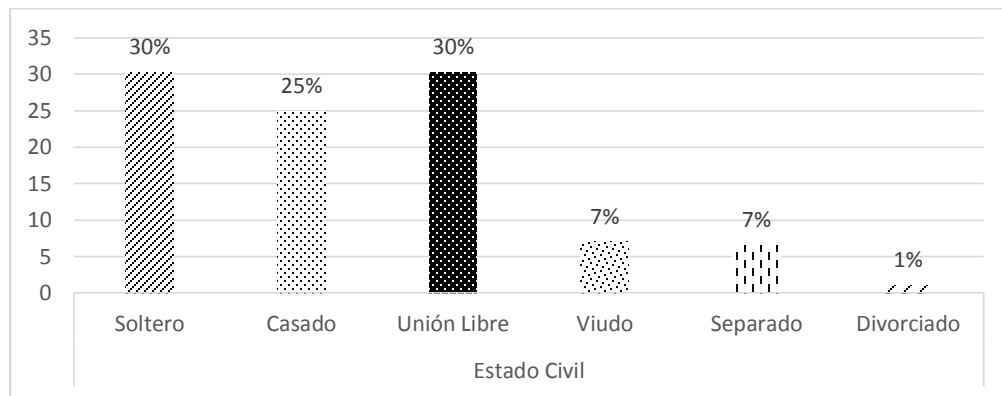
Fuente: Elaboración propia en base a encuesta de una muestra aleatoria de la población adulta del Departamento de Choluteca, en el año 2016.

#### 5.4 Prevalencia de trastornos mentales según estado civil

Se realiza el análisis de la prevalencia para conocer si existe presencia de sintomatología mental según Estado Civil.

Los resultados obtenidos según estado civil muestran que los de unión libre y los solteros tienen la mayor probabilidad de presentar sintomatología de trastorno mental con un 30%, seguido de los casados con 25%, los de menor probabilidad de sintomatología son los divorciados con 1%, ver figura No. 14.

Figura 14. *Trastornos mentales según estado civil*

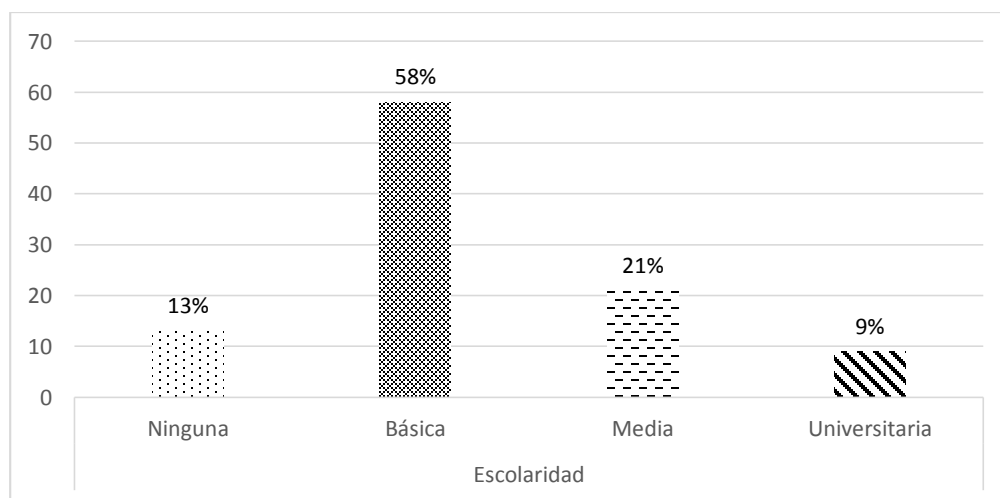


Fuente: Elaboración propia en base a encuesta de una muestra aleatoria de la población adulta del Departamento de Choluteca, en el año 2016

### 5.5. Prevalencia de trastornos mentales según escolaridad

Se presenta el análisis de la prevalencia para conocer si existe presencia de sintomatología mental según escolaridad. Los resultados obtenidos según escolaridad el 58% de la población con sintomatología de trastorno mental se encontraba en un nivel de escolaridad de educación básica y solo un 9% tenía escolaridad universitaria.

Figura 15. *Trastornos mentales según escolaridad*



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

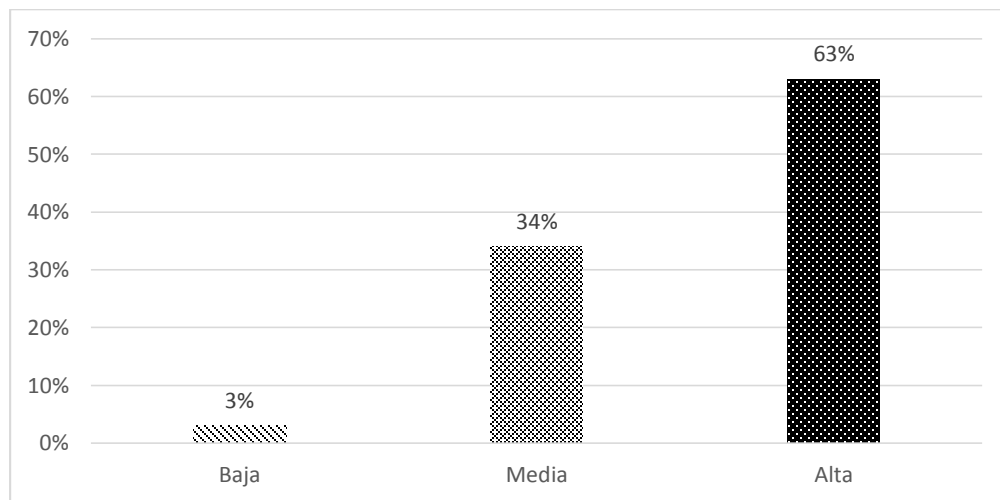
## 6. Caracterización de la Resiliencia

El análisis de la resiliencia se realiza clasificando a la población investigada en función de niveles como ser alto, medio y bajo, categorías que se obtienen según el análisis de la Escala de Resiliencia Connor-Davidson (CD-RISC) a través de las dimensiones tales como competencia personal y tenacidad, aceptación positiva al cambio, control e influencias espirituales.

### 6.1 Categorías de Resiliencia en la población adulta de 5 comunidades del departamento de Choluteca.

Los resultados obtenidos describen la resiliencia de la población de 5 comunidades de Choluteca, el 63% de la población se ubica en un nivel alto, el 34% en un nivel medio y solo un 3% en nivel bajo, ver figura No. 16.

Figura 16. *Categorías de Resiliencia*

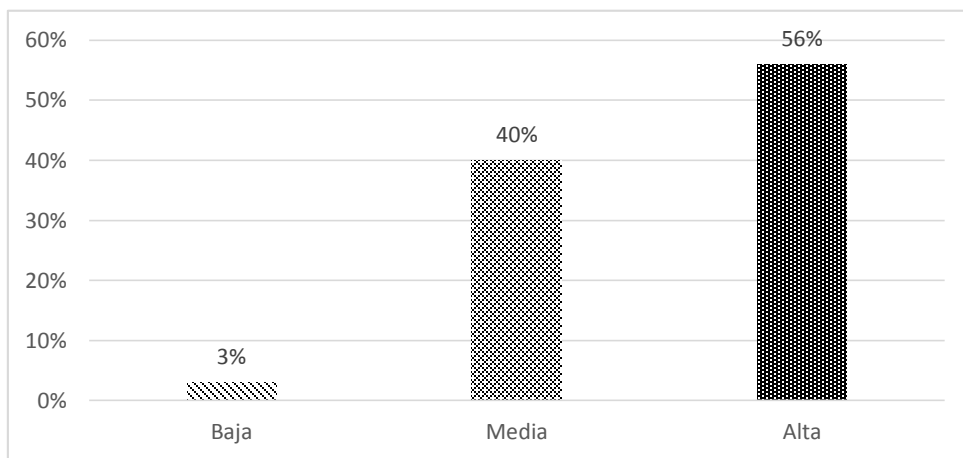


Fuente: Elaboración propia en base a encuesta de una muestra aleatoria de la población adulta del Departamento de Choluteca, en el año 2016.

## 6.2 Categorías de Resiliencia en la población adulta con sintomatología de trastornos mentales en el departamento de Choluteca.

Los resultados obtenidos describen la resiliencia de la población de Choluteca con sintomatología de trastornos mentales se encuentran en un 56% en un nivel alto, un 40% en un nivel medio y el 3% en nivel bajo, ver figura No. 17.

Figura 17. *Categorías de Resiliencia para la población con Trastornos Mentales*



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

## 6.3 Nivel de resiliencia como factor asociado en la presencia de trastornos mentales en la población de Choluteca.

Para la realización de las pruebas de correlación a nivel general entre la variable resiliencia y la prevalencia de trastornos mentales se procedió a la construcción de resultados con la prueba t, tomándose como dato importante la media de la población, para observar si hay diferencias estadísticamente significativas entre ambas variables.

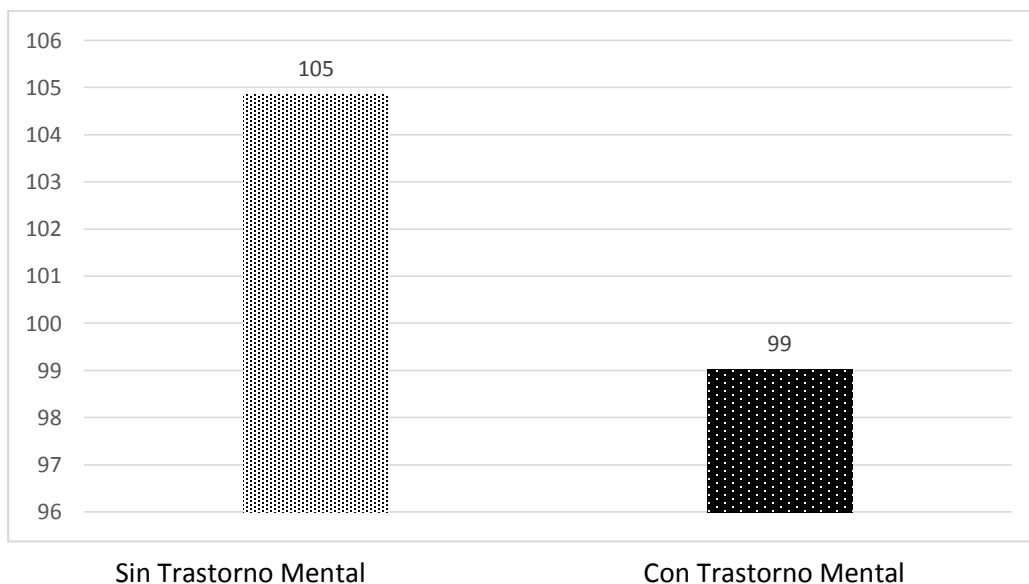
En la figura 18 se presenta el análisis del nivel de resiliencia encontrando diferencias estadísticamente significativa ( $t: -3.403, p < 0.05$ ) con un nivel de significancia bilateral 0.01 entre la población que presenta trastornos mentales (99) y la que no presentan trastornos mentales (105)



lo que indica que aunque se encontró que los dos grupos están en la misma clasificación de categoría (nivel de resiliencia alto), no es el mismo nivel de funcionamiento en esa misma clasificación.

En otras palabras, indica que las personas que presentan trastornos mentales tienen un nivel de resiliencia más bajo en comparación con las personas que no muestran prevalencia de trastornos mentales y su manera de enfrentar las adversidades será de manera distinta aunque ambos grupos tengan alta resiliencia.

Figura 18. *Nivel de Resiliencia según presencia de trastornos Mentales*



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

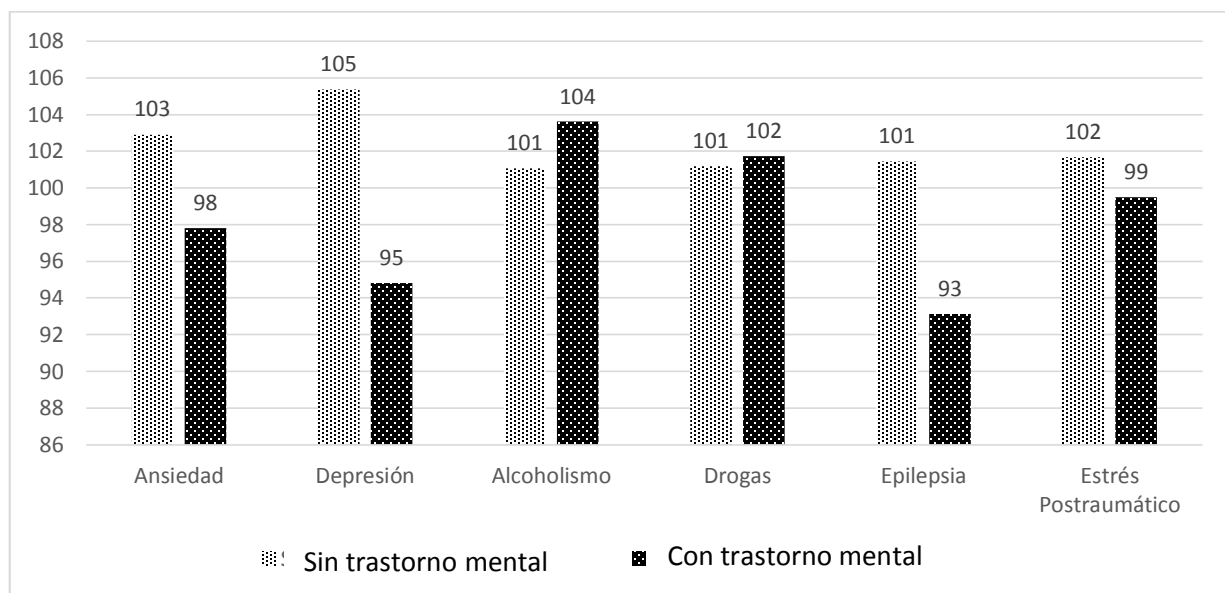
#### 6.4 Nivel de resiliencia y prevalencia de trastornos mentales

En la figura No. 19 se realiza el análisis comparativo entre el nivel de resiliencia que muestra la población con trastornos mentales y los que no muestran trastornos mentales. En el trastorno de ansiedad se obtiene ( $t = -2.83$   $p < 0.00$ ), en trastorno de depresión ( $t = -6.47$   $p < 0.00$ ),

se comprueba que existen diferencias estadísticamente significativas entre la población que padece o no padece los trastornos de ansiedad y depresión y su nivel de resiliencia.

En el trastorno de alcoholismo ( $t= 0.79$   $p< 0.42$ ), drogas ( $t= 0.22$   $p< 0.82$ ), en el trastorno de epilepsia ( $t= -1.48$   $p< 0.14$ ) y en el trastorno de estrés postraumático ( $t= -1.00$   $p< 0.31$ ) no existen diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos con el nivel de resiliencia.

Figura 19. *Nivel de Resiliencia según los diferentes Trastornos Mentales*



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

### 6.5 Dimensiones del nivel de resiliencia según trastornos mentales de mayor prevalencia.

A continuación se presentan la jerarquización de las dimensiones medidas a través de la escala de resiliencia que son estadísticamente significativas comparado con los trastornos mentales de mayor prevalencia realizando el análisis de correlación de Pearson (valor  $-$  ó  $+$ ) considerando el 95% de confianza, existe evidencia suficiente para rechazar la independencia de variable entre y significancia bilateral ( $< \alpha = 0.05$ ).

En la tabla 13 se observa el grado de correlación entre las dimensiones de la resiliencia y el trastorno de ansiedad, se observa un nivel significativo de correlación negativa ( $r = -1$ ) lo que significa que al aumentar una dimensión disminuye la probabilidad de presentar el trastorno. Se encontró que a mayor influencias espirituales menor probabilidad de presentar ansiedad ya que es la dimensión que está más relacionada con dicho trastorno.

Tabla 13 *Jerarquización de dimensiones de resiliencia según Ansiedad*

No.	Dimensiones	Correlación de Pearson	Significancia (bilateral)	N
1	Competencia personal y tenacidad	-0.11*	0.046	300
2	Control	-0.13*	0.01	300
3	Aceptación positiva al cambio	-0.17**	0.00	300
4	Influencias Espirituales	-0.55**	0.00	300

\*\* . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

\* . La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

En la tabla 14 se observa el grado de correlación entre las dimensiones de la resiliencia y el trastorno de depresión, se observa un nivel significativo de correlación negativa ( $r = -1$ ) lo que significa que al aumentar una dimensión disminuye la probabilidad de presentar el trastorno. Indicando que a mayor influencias espirituales muestre un individuo menor probabilidad de presentar depresión ya que es la dimensión que está más relacionada con este trastorno.

Tabla 14 *Jerarquización de dimensiones de resiliencia según depresión*

No.	Dimensiones	Correlación de Pearson	Significancia (bilateral)	N
1	Control	-0.17*	0.00	300
2	Competencia personal	-0.27**	0.00	300
3	Aceptación positiva al cambio	-0.28**	0.00	300
4	Influencias espirituales	-0.52**	0.00	300

\*\* . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

\* . La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

### **6.6 Análisis de la escala de resiliencia según los reactivos de las dimensiones: competencia personal y tenacidad, aceptación positiva al cambio, control e influencias espirituales.**

Según el análisis de los ítems de la escala de resiliencia Davidson - Connor por dimensión, se determina el porcentaje de la población que contestó totalmente de acuerdo y de acuerdo, obteniendo el promedio en general y según sexo (masculino y femenino).

En la tabla 15 analizando los reactivos de *la dimensión competencia personal y tenacidad*, el 93% de la población total de la muestra, contestó que está totalmente de acuerdo o acuerdo con el ítem 25. *Siento orgullo por mis logros*; y un 88% con el ítem 24. *Trabajo para conseguir mis metas*. En relación al sexo los hombres obtuvieron una media mayor (4.66 y 4.53) con respecto a las mujeres.

Tabla 15 *Análisis de la dimensión competencia personal y tenacidad*

Ítem	%	Promedio TA y A	Media	
			Masculino	Femenino
5. Los éxitos pasados me ayudan a afrontar nuevos desafíos con confianza.	77%	4.16	4.19	4.15
10. Me esfuerzo al máximo en cada ocasión.	79%	4.35	4.27	4.40
11. Puedo alcanzar mis metas.	78%	4.25	4.15	4.31
21. Tengo muy claro por donde quiero ir en mi vida.	80%	4.22	4.23	4.21
24. Trabajo para conseguir mis metas.	88%	4.47	4.53	4.42
25. Siento orgullo por mis logros.	93%	4.72	4.66	4.46

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

En la tabla 16, analizando los reactivos de *la dimensión aceptación positiva al cambio*, el 80% de la población total de la muestra, contestó que está totalmente de acuerdo o de acuerdo con el ítem 17. *Pienso que soy una persona fuerte*, mostrando la media (4.34) tanto en hombres como en mujeres; el 78% de la población con el ítem 8. *Tiendo a recuperarme de las enfermedades o de las dificultades*, los hombres (4.20) muestran una media más alta que las mujeres (4.19).

Tabla 16 *Análisis de la dimensión Aceptación positiva al cambio*

Item	% TA y A	Promedio	Media	
			Masculino	Femenino
1. Soy capaz de adaptarme a los cambios.	65%	3.82	3.98	3.70
2. Tengo personas en las que puedo confiar y con las que me siento seguro.	75%	4.09	4.16	4.05
4. Puedo resolver cualquier acontecimiento que se me presente.	64%	3.89	3.92	3.87
6. Veo el lado divertido de las cosas.	75%	4.03	4.03	4.03
8. Tiendo a recuperarme de las enfermedades o de las dificultades.	78%	4.20	4.20	4.19
12. No abandono algo, cuando parece que irremediablemente no tiene solución.	77%	4.25	4.30	4.21
15. Prefiero tomar la iniciativa cuando hay que resolver un problema.	74%	4.08	3.98	4.14
16. No me desanimo fácilmente por el fracaso.	66%	3.82	3.73	3.89
17. Pienso que soy una persona fuerte.	80%	4.34	4.34	4.34

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

En la tabla 17, analizando los reactivos de *la dimensión control*, el 84% de la población total de la muestra, contestó que está totalmente de acuerdo (TA) o de acuerdo (A) con el ítem 22. *Siento que controlo mi vida*, siendo las mujeres (4.32) que muestran una media mayor que los hombres (4.27).

Tabla 17 *Análisis de la dimensión Control*

Item	% TA y A	Promedio	Media	
			Masculino	Femenino
7. Afrontar el estrés, me fortalece.	71%	4.0	4.00	4.01
13. Sé dónde acudir por ayuda.	74%	4.5	4.10	4.02
14. Bajo presión, me concentro y pienso claramente.	57%	3.44	3.52	3.39
19. Puedo manejar sentimientos desagradables.	59%	3.64	3.68	3.61
20. Sigo los presentimientos que tengo.	50%	3.19	3.30	3.11
22. Siento que controlo mi vida.	84%	4.30	4.27	4.32

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

En la tabla 18, analizando los reactivos de *la dimensión influencias espirituales*, el 93% de la población total de la muestra, contestó que está totalmente de acuerdo (TA) o de acuerdo (A) con el ítem 3. *Algunas veces dejo que el destino o Dios me ayude*, las mujeres tienen una media (4.82) más alta que los hombres (4.67).

Tabla 18 *Análisis de la dimensión Influencias Espirituales*

Item	%	Promedio	Media	
			Masculino	Femenino
3. Algunas veces dejo que el destino o Dios me ayude.	93%	4.76	4.67	4.82
9. Pienso que las cosas ocurren por alguna razón.	74%	4.13	4.02	4.22

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



# **Capítulo VII**

## **Discusión**

## Capítulo VII. Discusión

Existe un 62% de la población adulta de 5 comunidades del departamento de Choluteca, que presenta prevalencia de trastornos mentales; lo que indica un porcentaje mayor en comparación con lo revelado por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013) que estima más del 25% de la población mundial los padece en algún momento de su vida.

El trastorno de mayor prevalencia en 5 comunidades del departamento de Choluteca es la *depresión con un 39%*, en segundo lugar *la ansiedad con un 32%* coincide con los resultados dados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el 2013 donde el trastorno de mayor prevalencia es la depresión, sin embargo las cifras mundiales son más bajas con un 10.4%, y para la ansiedad un 7.9%. En cambio en un estudio realizado por Kessler y colaboradores en los Estados Unidos la prevalencia de la ansiedad para la población arriba de los 18 años es 18% y la depresión mayor con un 7% (Kessler, Chu, Demler, & Walter, 2005).

*El estrés postraumático* es el tercer trastorno prevalente en las 5 comunidades de Choluteca con un 19%, seguido de las drogas 14%, alcoholismo 8% y epilepsia 2%. En cambio la OMS (2013) estima en el estudio que un 4% de la población mundial ha sufrido un trastorno de estrés postraumático (TEPT) en el último año, también reporta que, en el caso del alcoholismo existe un 3% de la población que presenta dicho trastorno. En años anteriores la Organización Panamericana de la Salud (OPS) 2009 encontró que los trastornos mentales más altos son los trastornos depresivos unipolares con 13% y los producidos por el uso excesivo de alcohol 7%.

En comparación con estudios realizados en Latinoamérica los resultados obtenidos en las 5 comunidades Choluteca son más altos en relación con los encontrados en México en el año 2016

que reportó que las mujeres, presentan una prevalencia de depresión del 6% mientras que en los hombres es el consumo de alcohol 5%. En Colombia en el 2003 los trastornos de ansiedad encabezan la lista 20%; luego siguen los trastornos del estado de ánimo con 13 %, los relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas con 9,4 %.

Las investigaciones en un contexto local que se han hecho en Honduras reflejan algunas similitudes sin embargo los resultados de la prevalencia de trastornos mentales ha ido en aumento Paz y colaboradores (1999) encontraron en la colonia de Villanueva, Tegucigalpa que las proporciones de prevalencia estimada fueron: Ansiedad 20%, Consumo la de drogas 15%, Depresión 13%, Alcoholismo 6%, Epilepsia 1%. En este estudio los investigadores llegaron a la conclusión que las elevadas prevalencias estimadas están asociadas con el estrés ocasionado por el hacinamiento y bajos ingresos económicos, lo cual constituye la presencia de necesidades básicas insatisfechas y violencia.

Chirinos-Flores et. al (2002) encontró que los trastornos mentales más prevalentes fueron: Depresión Mayor, Agorafobia, Fobia Social y Dependencia al Alcohol y dentro las comunidades con mayor prevalencia de trastornos mentales fueron: Santa María, El Paraíso; Limón de la Cerca, Choluteca; San Manuel, Cortés y Morolica, Choluteca; hace 14 años se encontró en el Departamento de Choluteca dentro de las zonas con mayor prevalencia.

El mismo estudio clasificó los trastornos mentales más frecuentes y fueron el episodio depresivo mayor y los trastornos ansiosos, seguido de dependencia alcohólica, coinciden con este estudio.

Sin embargo aunque las categorías diagnosticas coinciden, la prevalencia es más alta en comparación a las investigaciones a nivel mundial, y según estudios anteriores realizados en el

contexto, se observa que ha ido en aumento debido a factores como el clima de violencia que está inmerso la población del país en general, la falta de un empleo para satisfacer las necesidades básicas de la familia, son algunos factores relevantes que afectan a la población.

En relación al sexo, en varios estudios se comprueba que las mujeres presentan mayor prevalencia, Chirinos-Flores et. al (2002) observó que la mayor frecuencia de trastornos se daba en mujeres jóvenes, en las 5 comunidades de Choluteca se encontró que el sexo femenino tiene una prevalencia de trastornos mentales de 61% en comparación con los hombres con un 39%, coincide con Baader y colaboradores (2014) donde muestran una prevalencia mayor en mujeres que en hombres.

Esto se debe a que la depresión es un trastorno mental frecuente con mayor prevalencia en las mujeres que en los hombres y es uno de los trastornos con mayor prevalencia (OMS, 2015).

La Encuesta de Salud de Cataluña 2011 concluye que las mujeres presentan mayor riesgo de poseer una inadecuada salud mental que los hombres en todas las edades. Algunos factores de riesgo que hacen más propensa a las mujeres padecer algún trastorno mental son los factores hormonales: como el trastorno disfórico pre-menstrual, factores sociales: como ser violencia psicológica o física, sobrecarga laboral, las mujeres le dedican más tiempo a las tareas domésticas.

En España según la Encuesta del Empleo del Tiempo, del Instituto Nacional de Estadística (INE), las mujeres destinan el tiempo de media hora cada día a actividades del hogar y a la familia 4 horas y 29 minutos, en cambio, los hombres solo lo hacen 2 horas y 32 minutos. Ellas también son las que, en general, se encargan de cuidar a sus familiares dependientes, toda esta sobrecarga de trabajo que no siempre es reconocido como tal y por lo tanto es subvalorado y no remunerado y

diversidad de roles (madre, cuidadora, trabajadora) facilitan trastornos como la depresión o la ansiedad.

Otro estudio realizado en los Estados Unidos, donde Eaton y colaboradores (2011) mencionan que existen diferencias entre los tipos de trastornos mentales según género; las mujeres tienen mayor prevalencia en trastornos del humor y trastornos de ansiedad, en cambio los hombres tienen mayor prevalencia en desórdenes de abuso de sustancias; estos coinciden con el resultado de Chirinos-Flores et. al (2002). Londoño & Marín, (2010) comprobaron que los trastornos mentales de mayor prevalencia son los del estado de ánimo depresivo y los de ansiedad; la depresión se ha reportado con porcentajes del 10 al 25% para las mujeres y del 5 al 12% para los hombres, y la ansiedad con porcentajes del 3 al 5% de la población general a lo largo de la vida.

Con respecto a las atenciones en el Hospital Psiquiátrico “Mario Mendoza” en el año 2015 en la asistencia psiquiátrica se atendieron 40,447 mujeres y 24,026 varones, haciendo un total de 64,473 atenciones, siendo los trastornos del humor (afectivos) el problema de salud mental por excelencia.

En esta investigación se encontró que las mujeres tienen sintomatología de depresión en un 59% en comparación a los hombres con un 31% concuerda con otros estudios. En las 5 comunidades de Choluteca las prevalencias altas en el género femenino se relacionan a que la mayoría de mujeres trabajan en el hogar, trabajan en tareas domésticas y cuidado de la familia, siendo estos factores de riesgo.

Los resultados obtenidos según rango de edad muestra que el porcentaje de mayor prevalencia de sintomatología de trastorno mental se encuentra en el rango del adulto joven (18-

30) con 37%, seguido de la población de adulto mayor (51-110) con 32%, y en menor porcentaje la población adulto medio (31-50) con 31%.

La edad y el sexo son otras variables sociodemográficas importantes en el desarrollo de trastornos mentales. Como ejemplos se pueden recordar, la depresión clínica, que muchos estudios en forma consistente han encontrado más alta y con mayor severidad para el sexo femenino y para grupos de mayor edad; la dependencia a las drogas, por el contrario más frecuente en población joven y en el sexo masculino.

Existe un inicio de patologías en edades cada vez más tempranas, un incremento de las categorías diagnósticas, se ha observado un inicio más precoz en el consumo de tóxicos junto con un mayor número de casos que relacionan este consumo con el trastorno mental, que concuerdan la mayor prevalencia se muestre en el grupo más joven. Concuerda con Ferrer et al, (2004) donde se identificó que el grupo más vulnerable para el desarrollo de trastornos mentales estaba entre las personas de 16 a 25 años de edad.

Martínez, Rosero y Bonilla (2015) establece que los trastornos de ansiedad son los que inician más temprano, con una mediana de 15 años de edad y alcanzan la prevalencia más alta entre los 25 y 45 años, siendo mayor en mujeres que en hombres. En las 5 comunidades de Cholteca se muestra mayor prevalencia para los jóvenes coinciden con las investigaciones anteriores.

Seguidamente del grupo de menor edad, la posibilidad de tener un trastorno mental recae en el grupo de 51 años en adelante. En relación con el grupo de edad mayor la OMS (2016) estima que más de un 20% de las personas que pasan de los 60 años de edad sufren algún trastorno mental o neural, siendo la demencia y la depresión los trastornos neuropsiquiátricos más comunes en ese grupo de edad; siendo en Cholteca más alta la prevalencia mayor para ese grupo etario en

comparación con la OMS, sin embargo concuerda siendo el segundo grupo de edad de prevalencia más alta.

En los ancianos son más frecuentes las experiencias de pérdida y dolorosas ocasionadas por la muerte de un ser querido, un descenso del nivel socioeconómico como consecuencia de la jubilación, o la discapacidad. Todos estos factores pueden ocasionarles aislamiento, pérdida de la independencia, soledad y angustia. En Choluteca es resultado de que los adultos mayores viven solos, porque sus familiares han viajado a otros lugares para estudiar o trabajar; y se sienten abandonados ya ha muerto su cónyuge o sus familiares no los visitan.

Algunas investigaciones difieren de estos resultados, la edad madura parece un período especialmente vulnerable, sobre todo para las mujeres; en cambio otros estudios en que se comparan la frecuencia de síntomas y de trastornos psiquiátricos entre la población de edad madura y la que supera los 65 años, coinciden en señalar una menor tasa de problemas psiquiátricos en esta última, contra lo que sería esperable.

Estos estudios mencionan que en general, y exceptuando el deterioro cognitivo, las personas de edad avanzada refieren menos problemas psicológicos, sus síntomas son menos graves y presentan una menor intensidad de estresores psicosociales. Un interesante estudio haciendo referencia a la discusión es el efectuado por Plach et al, en 3 mujeres que habían sufrido un infarto de miocardio agrupadas en 3 grupos de edad: 40-55; 56-65 y 66 o más años. Los autores evaluaron la presencia de depresión y factores relacionados con maduración positiva (o "personalidad integrada") como generatividad, autoafirmación y autonomía. Las mujeres del grupo de más de 66 años mostraron menores síntomas depresivos y una mejor adaptación a su enfermedad. La

disrupción relacionada con la salud parece, así, relacionarse con el período del ciclo vital en el que se encuentra el sujeto citado en (Salvador Carulla, García Gutierrez, & Ayuso Mateo, 2004).

Los resultados obtenidos según estado civil muestra que los de unión libre y los solteros tienen la mayor probabilidad de sintomatología de trastorno mental con un 30% en ambos grupos, seguido de los casados con 25%, viudos 7%, separado con 6%, los de menor probabilidad de sintomatología son los divorciados con 1%.

Se relaciona parcialmente porque solo concuerda con las prevalencias de los solteros en el Estudio Nacional de Salud Mental de Colombia (2003) donde se evidencia que en cualquier trastorno principal la mayor prevalencia fue en personas separadas o viudas con un 45%, seguida de las solteras con un 36%. En los trastornos del estado de ánimo y de ansiedad, las prevalencias más bajas se encontraron en personas casadas o en unión libre, con 15 y 18% respectivamente.

Si concuerda con Ferrer et al (2004) el estado civil que presentó mayor número de trastornos mentales fueron los solteros. Carulla en el 2002 encontró que la estabilidad de la pareja parece beneficiar más al varón que a la mujer en lo que respecta a la salud mental. En la mujer influye más la calidad de la relación, aunque las mujeres casadas presentan, en general, menos trastornos afectivos que las no casadas.

Los resultados obtenidos según procedencia muestran que la población urbana tiene mayor probabilidad de presentar sintomatología de trastorno mental con un 52% en comparación con la población rural con un 48%.

Dependiendo del contexto local, algunas personas y grupos sociales pueden correr un riesgo mayor de sufrir problemas de salud mental. Entre estos grupos vulnerables se encuentran miembros de las familias que viven en la pobreza, las personas con problemas de salud crónicos,



los niños expuestos al maltrato o al abandono, los adolescentes expuestos por vez primera al abuso de sustancias, los grupos minoritarios, las poblaciones indígenas, las personas de edad, las personas sometidas a discriminaciones y violaciones de los derechos humanos, los homosexuales, bisexuales y transexuales, los prisioneros o las personas expuestas a conflictos, desastres naturales u otras emergencias humanitarias (OMS, 2013).

Los resultados obtenidos describen la resiliencia de la población de 5 comunidades de Choluteca, en donde el nivel de resiliencia se obtuvo en 63% ubicado dentro de la categoría alta, el 34% categoría media y el 3% categoría baja.

Los resultados demuestran que la población con prevalencia de trastorno mental tiene un nivel alto de resiliencia. Esto se puede explicar porque la resiliencia actúa como factor protector para poblaciones vulnerables. Para Infante (2005), la resiliencia intenta entender cómo los niños y niñas, los sujetos adolescentes y las personas adultas son capaces de sobrevivir y superar adversidades a pesar de vivir en condiciones de pobreza, violencia intrafamiliar, o a pesar de las consecuencias de una catástrofe natural.

Otro teórico que es uno de los pioneros en utilizar el término resiliencia Rutter (1992) argumenta que la Resiliencia se ha caracterizado como un conjunto de procesos sociales e intrapsíquicos que posibilitan tener una vida *sana*, viviendo en un medio *insano*. Por lo tanto, la Resiliencia viene asociada a la presencia de factores protectores que amortiguan los efectos adversos de golpes físicos y/o emocionales, y estos factores se definen como aquellos recursos que pertenecen al niño o niña, a su entorno, o a la interacción entre ambos, y que amortiguan el impacto de los estresores, alterando o incluso revirtiendo la predicción de resultados negativos.

La resiliencia no depende del género o edad, sino de características que posee el individuo para superar adversidades, Ferguson (2003) encontró que la resiliencia para los jóvenes urbanos y no urbanos puede variar, así como entre los que tienen alto y bajo nivel económico, para hombres y mujeres. En este estudio no se encontró diferencias significativas entre el género, así como lo revela la literatura. Beardslee (1989) indicó que la resiliencia es una habilidad para adaptarse y para restaurar el equilibrio y está compuesta de autoconfianza, curiosidad, autodisciplina, autoestima y control sobre el ambiente.

En el caso de rangos de edad no se encuentran diferencias significativas, Becoña (2006) menciona que la gente joven competente y resiliente tiene más recursos a mano, incluyendo personas adultas en su vida, en su crianza, desarrollo promedio o bueno a nivel cognitivo, y autoconsideración positiva. La gente joven desadaptada, por otra parte, tiene pocos recursos internos, familiares u otros. Para Braverman (2001), la resiliencia es un proceso más que una característica fija del niño. Esto significa que los que son resilientes a una edad puede que lo sean o no en una edad posterior.

En las 5 comunidades de Cholulteca se considera que el recurso que vuelve a las personas resilientes es pertenecer a una familia. En varios estudios como García-Vesga & Domínguez-de la Ossa (2013) menciona que es decisivo el papel de la familia, de la comunidad, de la sociedad en general y de los sujetos profesionales, como promotores de los recursos que tiene cada persona para lograr la autogestión del desarrollo personal y social.

En relación con la aparición de posibles trastornos mentales y el nivel de resiliencia se encontró que la población que presenta trastornos mentales tiene un nivel de resiliencia de 99 y la que no presentan trastornos mentales tiene un nivel de resiliencia 105 ambos grupos muestran un

nivel categorizado en resiliencia alta, sin embargo estadísticamente no es el mismo nivel de funcionamiento en los grupos, lo que significa que la población que no tienen trastornos mentales muestran un nivel más alto de resiliencia en relación con los que tienen trastornos mentales. Ben-Zur y Gilbar, 2011 y Pietrzak et al, 2010 estos estudios encontraron que los individuos con alta resiliencia tenían una puntuación significativamente más baja en estrés.

Alim et al, 2008 y Banyarn y Williams, 2007 también encontraron que las personas con experiencia traumática en la vida y con alta resiliencia tenían más actitudes favorables para la superación de este trauma, estos estudios concuerdan que la resiliencia sea alta en poblaciones con posibles trastornos mentales.

Al comparar los niveles con los diferentes trastornos evaluados se encontró que existen diferencias significativas entre los niveles de resiliencia obtenidos para la población con posibilidad de mostrar depresión con un nivel de 95 en comparación con los que no tienen posibilidad de depresión con un nivel de 105. Concuerdan con los resultados de estudios como el de Boardman et al., 2011; Catalano, Chan, Wilson, Chiu y Muller, 2011 donde muestran que los pacientes con mayor nivel de resiliencia tenían menor nivel de depresión.

En cambio otro estudio Aroian y Norris, 2000 donde no se encontró un fundamento para afirmar que la resiliencia modifique o medie en la depresión.

Al comparar los niveles de resiliencia en los que presentan posibilidad de tener ansiedad encontramos que muestran un nivel alto de 98 en relación con los no muestran probabilidad con un nivel alto de 103. Al igual que investigaciones de Benetti y Kambouropoulos, 2006; Beutel, Glaesmer, Wiltink, Marian y Brähler, 2010 donde las personas con un alto nivel de resiliencia han tenido bajos niveles de ansiedad (Araújo, Teva, & Bermúdez, 2015).

# Conclusiones

## Conclusiones

1. Se encontró que el 62% de la población adulta de 5 comunidades del departamento de Cholulteca, presenta prevalencia de trastornos mentales, es decir que 3 de cada 4 personas están afectadas y sus niveles de resiliencia son bajos en comparación con la población que no padece de trastornos mentales, lo que podría estar relacionado con la baja capacidad de las personas al enfrentar situaciones de incertidumbre y alta tensión.
2. El trastorno mental que presenta mayor prevalencia en la población de 5 comunidades de Cholulteca es la depresión con un 39%; esto podría estar relacionado porque Cholulteca es considerada como un departamento expulsor ya que muestra altos índices de migración interna interdepartamental y emigración internacional.
3. Del 62% de la población estudiada con prevalencia de trastornos mentales, considerando el sexo la población femenina con 61% es la más afectada, en relación a la edad, los adultos jóvenes con 37%, los solteros y en unión libre con 30%, respecto a la ubicación geográfica la población urbana con 52%, y los que tienen un nivel educativo básico con 58%.
4. El nivel de resiliencia de la población de 5 comunidades de Cholulteca es de 63% ubicado en un nivel alto. Por otra parte las personas que reportaron prevalencia de trastorno mental presentaron un 56% de nivel de resiliencia, aunque la diferencia es mínima, indica que los factores de riesgo hacen propenso el desarrollo de algún trastorno mental, en cambio los factores positivos y protectores favorecen a que no ocurra una enfermedad mental.
5. Se encontró que la dimensión de influencias espirituales, relacionado con dejar que Dios ayude y pensar que las cosas ocurren por una razón, es estadísticamente significativo respecto a la depresión y ansiedad, es decir que las personas que confían en un ser supremo tienen menor prevalencia de depresión y ansiedad.

# Recomendaciones

## Recomendaciones

1. Debido al aumento de la violencia y la situación de pobreza que atraviesa el país se recomienda realizar otros estudios sobre la prevalencia de los trastornos mentales a corto plazo para observar la tendencia de la depresión, la ansiedad y el estrés postraumático con instrumentos exclusivos para dichos trastornos para poder dar resultados más precisos.
2. Socializar los resultados con las instituciones pertinentes para que puedan generarse programas de atención primaria en el departamento de Choluteca debido a las altas tasas de prevalencia de trastornos mentales revelados en este estudio, e investigaciones anteriores para este Departamento. También con otros prestadores de servicios de salud en la zona, para promover conciencia en la creación de más servicios de salud mental.
3. Promover desde la academia programas de salud mental comunitaria que permitan a la población empoderarse del tema, prepararse para identificar problemas de salud mental y posibilidades comunitarias de solución/contención, como grupos de autoapoyo, redes de mujeres a favor de la salud mental, etc.
4. Realizar otras investigaciones sobre el nivel de resiliencia de los pobladores de ciudades vulnerables de Honduras, para hacer comparaciones entre zonas; e indagar más a profundidad sobre esta temática que se ha estudiado muy poco en nuestro contexto.

# Referencias



## Referencias

- Aguilar, M., Rovelo, M., Padgett, D., & Reyes, A. (2000). Evaluación de Salud Mental en los Médicos Residentes de los Post-Grados de Medicina de la UNAH. *Revista Médica Post-Grados UNAH*, 6(1), 3-9.
- ACAPS. (2013). *Otras situaciones de violencia en el triangulo del norte centroamericano* . Tegucigalpa .
- Alcerro Castro, R. (1952). Estado actual y futuro de la asistencia psiquiátrica en Honduras. *Revista Médica Hondureña*, 20(166), 486.
- Alcerro C. (1980) *25 Años de Psiquiatría. Entrevista con el Dr. Asdrúbal Raudales*. Primer Congreso Hondureño de Psiquiatría. 26 al 29 de Agosto de 1980.
- Alvarado, H. (2011). Los problemas de salud mental en los adolescentes, el derecho a la salud en la actual política de salud y el papel del personal de enfermería. *Investigación en enfermería Imagen y Desarrollo*, 13(1), 79-92.
- Amar, J., Martínez, M., & Utria, L. (2013). Nuevo abordaje de la salud considerando la resiliencia. *Salud Uninorte*, 29(1), 124-133.
- American Psychiatric Association. (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV*. Barcelona: Masson.
- Amodeo, S. (2011). Psicoterapia del trastorno de estrés postraumático. *Clínica Contemporánea*, 2(3), 285-292.
- Araújo, L. F., Teva, I., & Bermúdez, M. (2015). Resiliencia en adultos: una revisión teórica. *Terapia Psicológica*, 33(3), 257-276.
- Asociación Andaluza de Epilepsia. (24 de Mayo de 2011). *Guía Ápice de epilepsia* . Recuperado el 27 de Agosto de 2017, de <http://www.asadeepilepsia.com/guia-apice/guia-apice.pdf>
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Manual de Clasificación de los Trastornos Mentales DSM-5*. Arlington, VA: Asociación Americana de Psiquiatría.

- Avalos, M. B. (1991). *Tesis de Maestría con especialidad en Salud Mental y Psiquiatría: Aplicación del cuestionario de síntomas por personal de enfermería*. Monterrey: Universidad de Nuevo León.
- Baader M., T., Rojas C., C., Molina F., J. L., Gotelli V., M., & Alamo P., C. (2014). Diagnóstico de la prevalencia de trastornos de la salud mental en estudiantes universitarios y los. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 52(3), 167-176.
- Bados, A. (22 de Mayo de 2015). Trastorno por Estrés Postraumático. Barcelona: Universidad de Barcelona, Facultad de Psicología.
- Baquedano, K. (15 de Agosto de 2013). *La Prensa*. Obtenido de <http://www.laprensa.hn/honduras/sanpedrosula/338248-98/36-de-pacientes-con-trastornos-mentales-son-sampedranos>.
- Becoña, E. (2006). Resiliencia: Definición, características y utilidad del concepto. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 11(3), 125-146.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: experiments by nature and design*. Cambridge, MA,: Harvard University Press.
- Burgos, A. (11 de Agosto de 2010). *Analfabetismo en Honduras*. Obtenido de <http://tasadeanalfabetismoenhonduras.blogspot.com/>
- Castellanos, M., Guarnizo, C., & Salamanca, Y. (2011). Relación entre niveles de ansiedad y estrategias de afrontamiento en practicantes de psicología de una universidad Colombiana. *International Journal Of Psychological Research*, 4(1), 50-57.
- Centro de Desarrollo Humano CDH. (2012). *Diagnóstico de los Derechos de la Juventud en Choluteca*. Tegucigalpa: Naciones Unidas.
- Chirinos-Flores, A., Munguia-Matamoros, A., Lagos-Velásquez, A., Salgado-David, J., Reyes-Ticas, A., Padgett-Moncada, D., & Donaire-Garcia, I. (2002). Prevalencia de trastornos Mentales en la población mayor de 18 años en 29 comunidades urbanas de Honduras, 2001. *Revista Medica Postgrado UNAH*, 7(1), 42-48.

- Climent, C., & De Arando, M. V. (1983). *Manual de Psiquiatría para trabajadores de atención primaria*. OMS.
- CNN. (Enero de 2013). *CNN Español*. Obtenido de <http://cnnespanol.cnn.com/2013/01/10/la-espiritualidad-sin-religion-puede-propiciar-enfermedades-mentales-y-el-uso-de-drogas/#0>
- Congreso Nacional de Honduras. (2010). *Visión de País 2010 – 2038 y Plan de Nación 2010-2022. Visión de País 2010 – 2038 y Plan de Nación 2010-2022*, 177. Tegucigalpa, Honduras, Honduras: Diario Oficial La Gaceta.
- Constitución de la República de Honduras. (1982). Artículo 145. *Constitución de la República de Honduras*, 172. Tegucigalpa, Honduras, Honduras: La Gaceta.
- Connor, K. M., & Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and anxiety* 18(1), 76-82.
- Cova Solar, F., Aro, M., Bonifetti, A., Hernández, M., & Rodríguez, C. (2007). Problemas de salud en estudiantes de la universidad de Concepción. *Terapia Psicológica*, 25(2), 105-112.
- Davidson, J. (21 de Enero de 2016). *Mi espacio resiliente*. Obtenido de <https://miespacioresiliente.wordpress.com/2016/01/21/escala-de-resiliencia-cd-risc/>
- Departamento de Estadística de HPMM. (2016). *Estadísticas de atenciones en el Hospital Psiquiátrico Mario Mendoza*. Tegucigalpa M.D.C.
- Departamento de Recursos Humanos de HPMM. (2016). *Personal del Hospital Psiquiátrico Mario Mendoza*. Tegucigalpa M.D.C.
- División Salud Mental. (2000). *Formación de las consejerías de familia*. Tegucigalpa M.D.C.
- DSM-5. (2014). *DSM-5, Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 5ta. Edición*. Arlington, VA.: Asociación Americana de Psiquiatría.
- Eaton, N. R., Reyes, K. M., Krueger, R. F., Balsis, S., Skodol, A. E., Markon, K. E., Hasin, D. S. (2011). An Invariant Dimensional Liability Model of Gender Differences in Mental Disorder Prevalence: Evidence From a National Sample. *Journal of Abnormal Psychology*, 121(1), 282-288.
- Espinoza, D. (2014) *Reseña Histórica del Postgrado de Psiquiatría*. Postgrado de Psiquiatría Honduras.

- Estatal., A.P. (1952) *Estado actual y futuro de la asistencia psiquiátrica en Honduras*. Revista Médica Hondureña.
- Fernández, S. (2012). *Perfil epidemiológico de la salud mental en México*. México D.F.: Secretaría de Salud.
- Fondo de Población de las Naciones Unidas. (2016). *Análisis de Situación de Población Honduras*. Tegucigalpa: UNAH, Maestría en Demografía y Desarrollo.
- Funk, M. (2001). *Proyecto de Política de Salud Mental*. Ginebra, Suiza: OMS.
- García-Vesga, M. C. & Domínguez-de la Ossa, E. (2013). Desarrollo teórico de la Resiliencia y su aplicación en situaciones adversas: Una revisión analítica. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales. Niñez y Juventud*, 11 (1), pp. 63-77.
- Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención. (2008). *Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en atención primaria*. Madrid: Agencia Laín Entralgo. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias.
- Grupo de trabajo de la Guía Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el adulto. (2014). *Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto*. Galicia: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias.
- HMMP, D. E. (2015) *Estadística*. Tegucigalpa, M.D.C.
- Hurtado Betancur, H., Sanchez Palaez, V., Bedoya Gómez, L., Juarez, L., Muñiz, M., & Gómez, A. (2011). Prevalencia de trastornos mentales en usuarios de consulta psicológica en una universidad colombiana. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia.*, 3(1), 61-75.
- IHADFA. (2004). *Consumo de drogas y salud mental en Honduras*. . Tegucigalpa.
- ILAE. (2014). *Definición clínica práctica de la epilepsia*. California: Stanford University School of Medicine.
- Illanes V., Bustos M., Vizcarra L., & Muñoz N., (2007). Violencia y factores sociales en mujeres en la ciudad de Temuco. *Revista Médica de Chile*, 135(3), 326-334.

- Instituto Nacional de Estadística -INE. (19 de Marzo de 2013). *Instituto Nacional de Estadística, Honduras*. Obtenido de <http://www.ine.gob.hn/index.php/component/content/article?id=92>
- Instituto Nacional de Estadística-INE. (22 de Marzo de 2013). *Instituto Nacional de Estadística, XVII Censo de Población y VI Vivienda a nivel de municipios*. Obtenido de <http://www.ine.gob.hn/index.php/component/content/article?id=103>
- Instituto Nacional de Estadísticas -INE. (2014). *Encuesta permanente de hogares de propósitos múltiples*. Tegucigalpa: INE.
- Instituto Nacional de Estadísticas - INE. (2016). *Encuesta Permanente de Hogares de Propósitos Múltiples*. Recuperado de [www.ine.gob.hn](http://www.ine.gob.hn): <http://www.ine.gob.hn/index.php/25-publicaciones-ine/87-encuesta-permanente-de-hogares-de-propositos-multiples-ephpm>
- Instituto Nacional de Estadística -INE. (2016). Elaboración propia en base de datos INE. XII Censo Nacional de población y VI de Vivienda 2013, procesado con Redatam +Sp. Tegucigalpa.
- Instituto Universitario en Democracia, Paz y Seguridad. (2013). *Observatorio Local de Violencia en Choluteca*. Choluteca: Universidad Nacional Autónoma de Honduras.
- Instituto Universitario en Democracia, Paz y Seguridad IUDPAS. (2016). Tegucigalpa: Universidad Nacional Autónoma de Honduras
- Kaplan, & Sadock, B. J. (2010). *Manual de bolsillo de Psiquiatría Clínica, 5ta edición*. España: Lippincott Williams and Wilkins.
- Kessler, R. C., Chu, W. T., Demler, O., & Walter, E. E. (2005). Prevalence, Severity, and Comorbidity of Twelve-month DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication (NCSR). *Arch Gen Psychiatry*, 62(6), 617–627.
- Klein, M. (1960). Sobre la salud mental. 7.
- Kohn, R., Levav, I., Donaire, I., Machuca, M., & Tamashiro, R. (2005). Psychological and psychopathological reactions in Honduras following Hurricane Mitch: implications for service planning. *Revista Panamericana Salud Pública*, 18(4), 287-295.
- Lewinsohn, P., Hops, H., Roberts, R., & Seeley, J. (1993). Adolescent psychopathology. I: Prevalence and incidence of depression and other DSM-III-R disorders in high school students. *Journal of Abnormal Psychology*, 102, 133-144.

- López, O. (2015). Conferencia: Comorbilidad psiquiátrica en el paciente Oncológico. *Revista médica Honduras*, Suplemento N° 1, 38.
- Londoño, N., & Marín, C. (2010). Factores de riesgo psicosociales y ambientales asociados a los trastornos mentales. *Suma Psicológica*, 17 (1), 59-68.
- Molina-Cruz, L., & Medina-Hernández, M. T. (2003). Prevalencia e incidencia de las epilepsias en Honduras. *Revista de los Postgrados de Medicina de la UNAH*, 8(2), 40-52.
- Maestría en Demografía y Desarrollo UNAH. (2012). La pobreza en el Municipio de La Ceiba según el método de Necesidades Básicas Insatisfechas NBI. *Población y Desarrollo: Argonautas y Caminantes*, 5(5), 45-57.
- Martínez, S., Rosero, C., & Bonilla, M. F. (2015). *Guía de Práctica Clínica Trastornos de Ansiedad*. Colombia: ICNS.
- Marshall, H. (2015). Conferencia: Diagnóstico diferencial y recomendaciones de tratamiento para pacientes con síntomas de Ansiedad. *Revista médica Honduras*, Suplemento N° 1.
- Mental, E.S. (1975). *Objetivos del Departamento de Salud Mental*. Tegucigalpa, M.D.C.
- Ministerio de la Protección Social. (2005). *ESTUDIO NACIONAL DE SALUD MENTAL, COLOMBIA 2003*. Cali: Impreso por Graficas Ltda.
- Moncada, G. (2013). *Prevalencia de trastornos mentales en estudiantes universitarios*. Tegucigalpa: Ciudad Universitaria.
- Moreno, E. & Moriana J. (2012). El tratamiento de problemas psicológicos y de salud mental en atención primaria. *Salud Mental*, 35(4), 315-328.
- Muñoz Garrido, V. V. (2013). *Pedagogía Hospitalaria y Resiliencia*. Madrid: Universidad Complutense de Madrid.
- Murra, D. E. (2014). Revista Hondureña del Postgrado de Psiquiatría. *Revista Hondureña del Posgrado de Psiquiatría, Edición especial*, 4-5.

- Observatorio Local de la Violencia del Departamento de Choluteca. (2013). *Estadísticas de Violencia*. Choluteca: IUDPAS.
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2016). *Informe Mundial sobre las Drogas 2016*. Viena: Naciones Unidas.
- Olmos-Hernández, A., Avila-Luna, A., Arch-Tirado, E., & Alfaro-Rodríguez, A. (2013). La epilepsia como un problema de discapacidad. *Investigación en discapacidad*, 2(3), 122-130.
- Organización Mundial de la Salud -OMS. (2001). *Informe sobre la salud en el mundo 2001: Salud mental nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud - OMS. (2008). *Informe de la Evaluación del Sistema de Salud Mental en Honduras utilizando el Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental de la OMS (IESM-OMS)*. Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias (MSD) de la OMS. Tegucigalpa: OMS.
- Organización Mundial de la Salud-OMS. (2012). *Informe Mundial sobre Violencia y Salud*. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud - OMS. (2013a). *Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020*. Organización Mundial de la Salud. Ginebra: OMS. doi:ISBN 978 92 4 350602 9
- Organización Mundial de la Salud-OMS. (2013b). Atención para el Trastorno de estrés postraumático. *La OMS publica unas directrices sobre la atención de salud mental tras los eventos traumáticos*. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Global status report on alcohol and health*. Geneva: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data.
- Organización Mundial de la Salud-OMS. (2015a). *Alcohol, Nota descriptiva No.349*. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud-OMS. (2015b). *Esquizofrenia, nota descriptiva No.397*. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud-OMS. (2015c). *Trastornos Mentales*. OMS.

- Organización Mundial de la Salud-OMS. (2015d). *Atlas de la Salud Mental 2014*. Geneva: OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (2016). *Epilepsia, nota descriptiva No.999*. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud - OMS. (2016). *La inversión en el tratamiento de la depresión y la ansiedad tiene un rendimiento del 400%*. (O. M. Salud, Editor) Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/depression-anxiety-treatment/es/>:  
<http://www.who.int>
- Organización Mundial de la Salud. (Abril de 2016). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/es/>
- Organización Mundial de la Salud-OMS, Banco Mundial. (13 de Abril de 2016). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/depression-anxiety-treatment/es/>
- Organización Panamericana de la Salud. (2013). *Informe sobre la Epilepsia en América Latina y el Caribe*. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
- Organización Panamericana de la Salud-OPS. (1998). *Manual de Identificación y Promoción de la Resiliencia en Niños y Adolescentes*. Washington: OPS.
- Organización Panamericana de la Salud-OPS. (2009). *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe*. Washington D.C: OPS.
- Organización Panamericana de la Salud-OPS. (2013). *WHO-AIMS: Informe sobre los sistemas de Salud Mental en América Latina y el Caribe*. Washington D.C: OPS.
- Palomar Lever, J., & Gómez Váldez, N. (2010). Desarrollo de una Escala de medición de la Resiliencia con Mexicanos (Resi-M). *Interdisciplinaria*, 27(1), 7-22.
- Parejo Carbonel, B. (2016). *Prevalencia de la epilepsia en España -E-prints Complutense*. Recuperado el 27 de agosto de 2017, de <http://eprints.ucm.es/41531/1/T38488.pdf>
- Paz, A., Moncada, R., Sosa, C., Romero, G., Murcia, H., & Reyes, A. (1999). Prevalencia de trastornos mentales en la comunidad de Villa Nueva, Región Metropolitana. *REVISTA MÉDICA POST GRADO UNAH*, 4(1), 74-78.



- Paz Delgado, A. (2016). *Vulnerabilidad de la población del Departamento de Choluteca ante efectos del cambio climático. 1988, 2001, 2013*. Tegucigalpa: Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Maestría en Demografía y Desarrollo.
- Peña Ruiz, M. A. (2012). *Afrontamiento y Salud Mental en el ámbito de la formación universitaria de Enfermería*. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid.
- Pérez, S. C. (6 de Agosto de 2014). *La Prensa*. Obtenido de <http://www.laprensa.hn/honduras/sanpedrosula/735629-98/aumenta-la-cifra-de-hondure%C3%B1os-con-trastornos-mentales>.
- Piazza, M., & Fiestas, F. (2014). Prevalencia anual de trastornos y uso de servicios de salud mental en el Perú: Resultados del estudio Mundial de Salud Mental. *Rev. Perú Med Exp Salud Publica.*, 31(1), 30-38.
- Pinto, H.M. (2000) *Programa de Salud Mental Comunitaria*.
- Portero Lazcano, G. (2015). DSM-5. Trastornos por consumo de sustancias. ¿Son problemáticos los nuevos cambios en el ámbito forense? *Cuad Med Forense*, 21(3-4), 96-104.
- Posada, J. A. (2013). La salud mental en Colombia. *Biomédica*, 33(4), 497-498. doi:<https://doi.org/10.7705/issn.0120-4157>
- Puertas, G., Ríos, C., & Valle, H. (2006). Prevalencia de Trastornos Mentales comunes en barrios marginales urbanos con población desplazada en Colombia. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 20(5), 324-330.
- Ramírez, K. (28 de Abril de 2015). *Presencia UNAH EDU*. Obtenido de [presencia.unah.edu.hn/facultades/articulo/unah-presenta-estadisticas-sobre-analfabetismo-en-honduras](http://presencia.unah.edu.hn/facultades/articulo/unah-presenta-estadisticas-sobre-analfabetismo-en-honduras)
- Rejas, M. L. (2011). *Familia y Esquizofrenia " 24 horas al día, 365 días al año*. Valencia: Taller digital.
- Restrepo, D. A. (mayo - agosto de 2012). Concepciones de salud mental en el campo de la salud pública. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 30(2), pp. 202-211. Obtenido de <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12023918009>>ISSN 0120-386X

- Reyes Ticas, J. A. (2006). *Trastornos de Ansiedad, Guía práctica para diagnóstico y tratamiento*. Honduras: Editorial Pfizer.
- Rodríguez, B. C., & Molerio, O. (2012). *Validación de Instrumentos Psicológicos Criterios Básicos*. Madrid: Editorial Feijoo.
- Rodríguez, J. A. (26 de Mayo de 2013). *Eroski Consumer*. Obtenido de <http://www.consumer.es/web/es/salud/prevencion/2013/05/26/216742.php>
- Rodriguez, J. (2009). Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe. En J. Rodríguez, r. Kohn, & S. Aguilar. Wasnington: OPS.
- Romero, A., Sánchez, F., Ruíz , P., Lozano, A., & Vega , J. (2016). Estructura de la sintomatología psiquiátrica según el SRQ-18 en pacientes ambulatorios con trastornos mentales evaluados en un hospital general de Lima. *Rev Neuropsiquiatría*, 79(3), 142-151.
- Saavedra, E., Castro, A., & Inestroza, A. (2012). Niveles de resiliencia en adultos diagnosticados con y sin depresión. *Revista Pequeño*, 2(1), 161-184.
- Sáenz, M. J. (2014). *Plan de salud Mental de Cantabria 2015-2019*. Cantabria: Consejería de Sanidad y servicios sociales.
- Secretaría de Salud. (2005). *Plan nacional de salud*. Tegucigalpa.
- Secretaria de Salud, Instituto Nacional de Estadística. (2013). *Encuesta Nacional de Demografía y Salud ENDESA 2011-2012*. Calverton, Maryland, EEUU: ICF Internacional.
- Secretaría de Salud. (2013). *Modelo Nacional de Salud*. Recuperado de Modelo Nacional de Salud:[http://www.nationalplanningcycles.org/sites/default/files/planning\\_cycle\\_repository/honduras/modelo\\_nacional\\_de\\_salud\\_secretaria\\_de\\_salud\\_mayo\\_2013\\_version\\_21-05-13.pdf](http://www.nationalplanningcycles.org/sites/default/files/planning_cycle_repository/honduras/modelo_nacional_de_salud_secretaria_de_salud_mayo_2013_version_21-05-13.pdf)
- Salvador Carulla, L., García Gutierrez, J., & Ayuso Mateo, J. (2004). Trastornos psiquiátricos en la edad media de la vida. Una epidemia silenciosa. *Vigilia-Sueño*, 1-11.
- Ubilla, E. (2009). El concepto de salud mental en la obra de Erich Fromm. *Rev. Chile Neuro-Psiquiat*, 47 (2): 153-162.
- Vargas Terrez, B. E., & Salcedo, V. V. (2016). La Salud Mental y la atención primaria en México. Experiencias de un modelo de atención colaborativo. *Salud Mental*, 39(1), 3-9.

Vicente, B., Rioseco, P., Saldivia, S., Kohn, R., & Torres, S. (2005). Prevalencia de trastornos psiquiátricos en Latinoamérica: revisión crítica. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 506-514.

WFMH, W. f. (2012). *Depresión una crisis global*. Occoquan, VA 22125 USA: WFMH.

Zanoletti, G., Reyes, A., Mendoza, M., & Aguilera, R. (2008). Prevalencia de trastornos mentales en estudiantes de la carrera de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras y su relación con antecedentes de violencia en la infancia. *Revista Facultad de Ciencias Médicas*, 5(2), 22-28.

# **Anexos**

## Anexos



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



### Presentación

Buen día. Reciba un cordial saludo. Mi Nombre es \_\_\_\_\_, se está desarrollando una investigación por parte de la Maestría en Psicología Clínica de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras, cuyo objetivo es conocer el Estado de Salud Mental de la Población adulta de esta comunidad, por lo que se le invita a participar. Solicitamos su valiosa colaboración, siéntase en la libertad de decidir si desea participar en el estudio y realizar preguntas durante el proceso si no comprende las instrucciones.

Su colaboración consiste en responder una encuesta con preguntas relacionadas sobre su salud, no se expondrá a ningún riesgo. Su participación es voluntaria, la información que recojamos en el proyecto es confidencial, y los resultados se utilizarán con fines académicos.

### Consentimiento Informado

**He leído o me ha sido leída la información proporcionada. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar, con la claridad que si deseo, tengo el derecho de retirarme, en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera.**

Firma del participante: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Huella \_\_\_\_\_



**DATOS GENERALES**

<b>Edad</b>		<b>Género</b>																																																
		1. Masculino		2. Femenino		3. Otro																																												
<b>Número de Teléfono:</b>																																																		
<b>Estado Civil</b>	1. Soltero (a)	2. Casado (a)		3. Unión libre	4. Viudo	5. Separado	6. Divorciado																																											
<b>Religión</b>	1. Católico	2. Evangélico		3. Ninguna	4. Otro																																													
<b>Área</b>	1. Urbano			2. Rural																																														
<b>Nivel económico</b>	Listado de bienes y/o servicios que puede tener en su hogar:																																																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Bienes o Servicios</th> <th>Marque con "X" si lo tiene</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Electricidad</td><td></td></tr> <tr><td>Agua potable</td><td></td></tr> <tr><td>Equipo de sonido</td><td></td></tr> <tr><td>Radio</td><td></td></tr> <tr><td>Televisión</td><td></td></tr> <tr><td>Refrigerador</td><td></td></tr> <tr><td>Servicio sanitario</td><td></td></tr> <tr><td>Letrina</td><td></td></tr> <tr><td>Libros</td><td></td></tr> <tr><td>Cable</td><td></td></tr> </tbody> </table>				Bienes o Servicios	Marque con "X" si lo tiene	Electricidad		Agua potable		Equipo de sonido		Radio		Televisión		Refrigerador		Servicio sanitario		Letrina		Libros		Cable		<table border="1"> <thead> <tr> <th>Bienes o Servicios</th> <th>Marque con "X" si lo tiene</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Estufa eléctrica</td><td></td></tr> <tr><td>Estufa de gas</td><td></td></tr> <tr><td>Fogón de leña</td><td></td></tr> <tr><td>Lavadora de ropa</td><td></td></tr> <tr><td>Carro</td><td></td></tr> <tr><td>Computadora</td><td></td></tr> <tr><td>Internet</td><td></td></tr> <tr><td>Teléfono</td><td></td></tr> <tr><td>Teléfono celular</td><td></td></tr> </tbody> </table>				Bienes o Servicios	Marque con "X" si lo tiene	Estufa eléctrica		Estufa de gas		Fogón de leña		Lavadora de ropa		Carro		Computadora		Internet		Teléfono		Teléfono celular	
Bienes o Servicios	Marque con "X" si lo tiene																																																	
Electricidad																																																		
Agua potable																																																		
Equipo de sonido																																																		
Radio																																																		
Televisión																																																		
Refrigerador																																																		
Servicio sanitario																																																		
Letrina																																																		
Libros																																																		
Cable																																																		
Bienes o Servicios	Marque con "X" si lo tiene																																																	
Estufa eléctrica																																																		
Estufa de gas																																																		
Fogón de leña																																																		
Lavadora de ropa																																																		
Carro																																																		
Computadora																																																		
Internet																																																		
Teléfono																																																		
Teléfono celular																																																		
<b>Dirección exacta</b>																																																		
<b>Ocupación</b>																																																		
<b>Con quien vive</b>	Madre	Padre	Hijos	Hermanos		Abuelos	Pareja	Amigos	Otro																																									
<b>Escolaridad</b>	1. Sin educación formal 2. Educación básica incompleta 3. Educación básica completa 4. Educación media incompleta 5. Educación media completa				6. Estudios técnicos 7. Estudios universitarios incompletos 8. Estudios universitarios completos 9. Otros																																													



## INSTRUCCIONES

### *Al encuestador:*

Por favor lea estas instrucciones completamente antes de llenar el cuestionario, escriba una marca “X” en el inciso **SI**, si la respuesta es afirmativa y una marca “X” en el inciso **NO** si es negativa.

### *Al encuestado (a)*

“Le haré algunas preguntas que están relacionadas con ciertos dolores o problemas que le pudieron haber molestado **en los últimos 30 días**. Responda “**SI**”, si le ha sucedido y **NO** en caso contrario. Sus respuestas serán confidenciales y solo serán usadas con fines de investigación académica.

- | 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 o tenso?                                |
| _____ | _____ | 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. ¿Se siente 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?                                   |

SI	NO	
_____	_____	<b>21.</b> ¿Siente usted que alguien ha tratado de hacerle daño en alguna forma?
_____	_____	<b>22.</b> ¿Se cree usted mucho más importante de lo que piensan los demás?
_____	_____	<b>23.</b> ¿Ha notado algo raro en su pensamiento?
_____	_____	<b>24.</b> ¿Oye voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no pueden oír?
_____	_____	<b>25.</b> ¿Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo, con movimientos de brazos y piernas; con mordedura de la lengua o pérdida del conocimiento?
_____	_____	<b>26.</b> ¿Alguna vez personas cercanas a usted, le han dicho que ha estado bebiendo demasiado alcohol?
_____	_____	<b>27.</b> ¿Alguna vez ha querido dejar de beber, pero no ha podido?
_____	_____	<b>28.</b> ¿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?
_____	_____	<b>29.</b> ¿Le ha parecido alguna vez que usted bebía demasiado?
_____	_____	<b>30.</b> ¿Le han sugerido, alguna vez, sus amigos o su familia que disminuya el consumo de drogas?
_____	_____	<b>31.</b> ¿Ha usado, alguna vez, bebidas alcohólicas o drogas para relajarse, para sentirse mejor consigo mismo o para integrarse a un grupo?
_____	_____	<b>32.</b> ¿Tiene sueños angustiantes sobre algún suceso violento que experimento o hay momentos en los que le parece como si estuviera reviviendo la experiencia violenta?
_____	_____	<b>33.</b> ¿Evita actividades, lugares, personas o pensamientos que le recuerdan la experiencia violenta?
_____	_____	<b>34.</b> ¿Se sobresalta o alarma fácilmente desde el suceso violento?





## ESCALA DE RESILIENCIA



### INSTRUCCIONES

**Al encuestador:**

Por favor lea completamente las instrucciones antes de llenar el cuestionario, escriba una “X” en los espacios del 1-5 de cada afirmación dependiendo del grado que está de acuerdo o no, explíquelo el significado de cada número de la escala, **siendo el 1 nada de acuerdo, y el 5 lo máximo.** De ser necesario repítale varias veces las opciones de la escala.

**Al encuestado (a)**

A continuación le mencionaré una serie de afirmaciones relacionadas con algunos aspectos importantes de su vida. No hay una respuesta correcta o incorrecta, cada persona tiene sus propias opiniones y forma de pensar. Conteste pensando en qué grado está de acuerdo o no, con respecto a cómo se ha sentido durante **las últimas semanas** con cada afirmación; de acuerdo con la escala siguiente:

1	2	3	4	5
Nada de acuerdo	Raramente de acuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo

	1	2	3	4	5
1. Soy capaz de adaptarme a los cambios.					
2. Tengo personas en las que puedo confiar y con las que me siento seguro.					
3. Algunas veces dejo que el destino o Dios me ayude.					
4. Puedo resolver cualquier acontecimiento que se me presente.					
5. Los éxitos pasados me ayudan a afrontar nuevos desafíos con confianza.					
6. Veo el lado divertido de las cosas.					
7. Afrontar el estrés, me fortalece.					
8. Tiendo a recuperarme de las enfermedades o de las dificultades.					

	1	2	3	4	5
9. Pienso que las cosas ocurren por alguna razón.					
10. Me esfuerzo al máximo en cada ocasión.					
11. Puedo alcanzar mis metas.					
12. No abandono algo, cuando parece que irremediablemente no tiene solución.					
13. Sé dónde acudir por ayuda.					
14. Bajo presión, me concentro y pienso claramente.					
15. Prefiero tomar la iniciativa cuando hay que resolver un problema.					
16. No me desanimo fácilmente por el fracaso.					
17. Pienso que soy una persona fuerte.					
18. Tomo decisiones difíciles.					
19. Puedo manejar sentimientos desagradables.					
20. Sigo los presentimientos que tengo.					
21. Tengo muy claro por donde quiero ir en mi vida.					
22. Siento que controlo mi vida.					
23. Me gustan los desafíos.					
24. Trabajo para conseguir mis metas.					
25. Siento orgullo por mis logros.					