

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS
Facultad de Ciencias Sociales
Escuela de Ciencias Psicológicas
Maestría en Psicología Clínica



Tesis

**Prevalencia de Trastornos Mentales en relación con las estrategias de
afrontamiento en población adulta de 4 comunidades de San Pedro Sula,
departamento de Cortés, 2016**

Previo a la obtención al título de:
Máster en Psicología Clínica

Sustentada por
Rosa Josefina Martínez Linares

Asesor Metodológico
Dr. German Moncada

Asesor Técnico
Master Daniel Matamoros

Tegucigalpa, Honduras, noviembre de 2023

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 de 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

En esta investigación se estudió la prevalencia de trastornos mentales (TM) en la población adulta del municipio de San Pedro Sula en relación con las estrategias de afrontamiento. Se utilizaron dos instrumentos: SRQ que permitió hacer un tamizaje de posibles trastornos mentales y el cuestionario de afrontamiento al estrés (CAE). La muestra poblacional fue de 300 adultos, los que se ubicaron en los cuatro cuadrantes de la ciudad, 75 en cada uno. Los resultados revelaron que un 74.2% de la población puede desarrollar algún trastorno mental y un 25.8% no tiene riesgo de presentarlo. El estrés postraumático es el trastorno que se puede presentar con mayor frecuencia seguido de la depresión.

Las estrategias de afrontamiento más usadas por la población son de tipo racional y están positivamente correlacionadas con la posibilidad de manifestar trastornos mentales.

Palabras claves: prevalencia, trastornos mentales, estrategias de afrontamiento.

Abstract

The prevalence of mental disorders in relation with coping strategies of women in adult stage in the city of San Pedro Sula were studied. The instruments of study were: SRQ which allowed the screening of possible mental disorders and the Coping Strategies Questionnaire (CSQ).

The population sample was of 300 individuals: divided in 4 specific areas of the city, resulting in 75 individuals per area. The results revealed that 74.2% of the population can develop a mental disorder and that 25.8% have no risk of developing one.

The coping strategies most frequently used by society are the ones directly associated by reasoning and are positively correlated towards the possibility of manifesting mental disorders.

Key words: prevalence, mental disorders, coping strategies.

Dedicatoria

A Dios fuente de fuerza e inspiración, a mis padres que me cuidaron e instruyeron impregnándome el deseo de superación por la vía académica, a mi esposo Noel Menjivar quien me ha brindado su apoyo, a mis hijos con quienes compartimos momentos de dificultad y éxito, a mis hermanos junto a sus familias, a la Escuela de Ciencias Psicológicas de la UNAH esperando que esta investigación sirva de aporte a la formación profesional que ofrece.

Agradecimiento

A Dios quien me ha inspirado y fortalecido en todo momento.

A mi familia quienes me han amado y apoyado, especialmente a mis padres, esposo e hijos.

A la Universidad Nacional Autónoma de Honduras que se ha convertido en mi segundo hogar y me ha permitido los logros académicos; Licenciatura en Psicología, Especialidad en Diseño, Gestión y Evaluación Curricular y ahora esta maestría, además es mi fuente de quehaceres laborales, especialmente a la Escuela de Ciencias Psicológicas adscrita a la Facultad de Ciencias Sociales y a la DICYP por su apoyo a través de una beca que financió parcialmente este esfuerzo.

A la Doctora Vilma Amparo Escoto, coordinadora de la maestría quien me motivó a ingresar y nos apoyó en el curso adecuado de esta maestría.

A mis asesores de tesis: Doctor German Moncada y Master Daniel Matamoros.

A los compañeros de trabajo y/o colegas; Ingeniero Mario Padilla, Licenciado Manuel Orellana, Master Miguel Landa, Licenciada Betzabé Gómez por su apoyo incondicional.

A las compañeras de estudio de esta maestría, especialmente al grupo con quienes trabajamos el eje común de salud mental de esta tesis.

Tabla de contenido

DEDICATORIA	5
AGRADECIMIENTO	6
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
1.1 SITUACIÓN PROBLEMA.....	4
1.1.1 <i>Depresión</i>	5
1.1.2 <i>Ansiedad</i>	6
1.1.3 <i>Dependencia del Alcohol</i>	7
1.1.4 <i>Consumo de Sustancias</i>	7
1.1.5 <i>Epilepsia</i>	7
1.1.6 <i>Estrés Postraumático</i>	8
1.1.7 <i>Afrontamiento</i>	10
1.2 OBJETIVO GENERAL.....	10
1.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	10
1.4 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN	11
1.5 JUSTIFICACIÓN	11
CAPÍTULO III: MARCO CONTEXTUAL	14
2.1. DATOS GEOGRÁFICOS DE HONDURAS	14
2.2. POBLACIÓN	14
2.3. VIVIENDA.....	15
2.4. EDUCACIÓN.....	16
2.5. INGRESOS	16
2.6. DESEMPLEO	17
2.7. SALUD.....	17
2.8. MUNICIPIO DE SAN PEDRO SULA (SPS)	19
CAPÍTULO III: MARCO TEÓRICO	23
3.1 CONCEPTO DE SALUD MENTAL.....	23
3.2 CONCEPTO DE TRASTORNO MENTAL	25
3.3 PROBLEMÁTICA DE SALUD MENTAL A NIVEL MUNDIAL	27
3.4 FACTORES Y CONSIDERACIONES SOBRE LA SALUD MENTAL.	29
3.4.1 <i>Factores biológicos</i>	29
3.4.2 <i>Factores sociales</i>	30
3.4.3 <i>Factor estrés</i>	30

3.4.4 Depresión.....	33
3.4.5 Ansiedad.....	34
3.4.6 Epilepsia	37
3.4.7 Dependencia del Alcohol.....	38
3.4.8 Consumo de sustancias.....	39
3.4.9 Estrés Postraumático.....	41
3.5 SALUD MENTAL EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE	44
3.6 POLÍTICAS SOBRE SALUD MENTAL.....	45
3.7 PREVALENCIA DE ALGUNOS DE LOS TRASTORNOS MENTALES	46
3.8 SALUD MENTAL EN HONDURAS.....	47
3.9 HISTORIA DE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL EN HONDURAS.....	49
3.9.1 Hospital Psiquiátrico Dr. Mario Mendoza.....	53
3.9.2 Hospital Psiquiátrico Nacional Santa Rosita	54
3.9.3 Hospital San Juan de Dios Comunitario	55
3.10 ANTECEDENTES DE ESTUDIOS SOBRE PREVALENCIA DE TRASTORNOS MENTALES EN HONDURAS	57
3.10.1 Prevalencia de Trastornos mentales en la comunidad de Villa Nueva.	58
3.10.2 Reacciones psicológicas y psicopatológicas después del Huracán Mitch en Honduras: Implicaciones para planificar el servicio.....	59
3.10.3 Evaluación de salud mental en los médicos residentes de los post-grados de Medicina de la UNAH.....	61
3.10.4 Prevalencia de trastornos mentales en la población mayor de 18 años en 29 comunidades urbanas de Honduras, 2001.....	62
3.10.5 Prevalencia de trastornos mentales en estudiantes de la carrera de medicina de la UNAH y su relación con antecedentes de violencia en la infancia.	63
3.10.6 Prevalencia de trastornos mentales en estudiantes universitarios.....	64
3.11 AFRONTAMIENTO.....	65
3.11.1 Cuestionario del Afrontamiento del estrés (CAE).....	68
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA.....	72
4.1 ENFOQUE, ALCANCE Y TIPO DE DISEÑO	72
4.1.1 Diseño	72
4.1.2 Enfoque	72
4.2 POBLACIÓN Y MUESTRA	73
4.2.1 Caracterización de la población.....	73
4.2.2 Marco poblacional.....	73
4.2.3 Muestreo	73
4.3 HIPÓTESIS	79
4.4 ESPECIFICACIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	80
4.5 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	81
4.5.1 Cuestionario SRQ	81
4.5.2 Validación.....	86
4.5.3 Validez de Adaptación	86
4.5.4 Validez de contenido.....	87
4.5.5 Validez de constructo.....	88
4.5.6 Curva de Curva de Eficacia Diagnóstica (ROC, siglas en inglés).....	88

4.5.7 Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE).....	89
4.5.8 Procedimiento.....	93
CAPÍTULO V: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	96
5.1 CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN.....	97
5.2 PREVALENCIA DE TRASTORNOS MENTALES	98
5.3. ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO	99
5.4 ANÁLISIS DE PREVALENCIA POR TIPO DE TRASTORNO MENTAL	100
5.5 PREVALENCIA DE LA COMORBILIDAD DE TRASTORNOS MENTALES EN LA POBLACIÓN ADULTA DE 4 COMUNIDADES DEL MUNICIPIO DE SAN PEDRO SULA DEL DEPARTAMENTO DE CORTÉS. ..	102
5.6 PREVALENCIA DE TRASTORNO MENTAL SEGÚN SEXO.	103
5.7 PREVALENCIA DE TRASTORNOS MENTALES Y EDAD	104
5.8 FRECUENCIA DE LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DE TIPO RACIONAL	105
5.9 ESTRATEGIAS AFRONTAMIENTO EMOCIONALES.....	106
5.10 CORRELACIÓN ENTRE TRASTORNO MENTAL CON ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO RACIONAL Y EMOCIONAL	106
CAPÍTULO VI: DISCUSIÓN	109
CONCLUSIONES	117
RECOMENDACIONES	120
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	122
ANEXOS	128

Índice de Tablas

Tabla 1: Número de hospitales públicos en Honduras.....	19
Tabla 2: Aspectos relativos a la salud mental en el mundo	28
Tabla 3: Estadísticas de enero a julio del 2017, hospital san Juan de Dios	56
Tabla 4: Resumen de Estudios previos sobre Trastorno Mental en Honduras	57
Tabla 5: Marco poblacional del municipio de San Pedro Sula.....	73
Tabla 6: Datos a considerar en Formula de Muestra	74
Tabla 7: Cuadrantes de la muestra en San Pedro Sula.....	75
Tabla 8: Especificación y Operacionalización de las variables	80
Tabla 9: Ejemplo de criterios utilizados en el instrumento de validación	87
Tabla 10: Ejemplo de modificaciones en ítems	87
Tabla 11: Resultados obtenidos en valoración de Ítems.....	87
Tabla 12: Items según tipo de trastorno mental	88
Tabla 13: Puntos de corte en sub-escalas.....	89
Tabla 14: Factores e indicadores de escala de afrontamiento.....	91
Tabla 15: Puntaje de CAE.....	93
Tabla 16: Porcentaje de variables demográficas.....	97
Tabla 17: Correlación entre trastornos mentales y estrategias de afrontamiento	99
Tabla 18: Distribución de frecuencias de los trastornos mentales	101
Tabla 19: Estadísticas de grupo de edad	105
Tabla 20: <i>Correlaciones</i>	107

Índice de figuras

Figura 1: Cuadrante - Colonia Santa Martha	76
Figura 2: II Cuadrante - Colonia Jardines del Valle	76
Figura 3: III Cuadrante - Barrio rio de piedras	77
Figura 4: IV Cuadrante - Barrio Cabañas	77
<i>Figura 5. Prevalencia de probable trastornos mentales en población adulta de 4 comunidades del municipio de San Pedro Sula del departamento de Cortés, junio, 2016</i>	<i>98</i>
Figura 6: Puntuaciones promedio de las estrategias de afrontamiento por los adultos de 4 comunidades del municipio de SPS, departamento de Cortés	99
Figura 7. Trastornos mentales y estrategias de afrontamiento.....	100
Figura 8: <i>Distribución de trastornos mentales en la población adulta en 4 comunidades del municipio de San Pedro Sula, departamento de Cortes, 2016</i>	<i>101</i>
Figura 9: Prevalencia de comorbilidad de posibles trastornos mentales en la población adulta de 4 comunidades del municipio de SPS del departamento de cortes, 2016.	103
Figura 10: prevalencia de probable trastorno mental según sexo	103
Figura 11: Prevalencia de probable trastorno mental según rangos de edad	104
Figura 12: Promedios de puntuaciones en estrategias de tipo racional	105
Figura 13: Promedios de puntuaciones en estrategias emocionales	106

Introducción

A continuación, se presentan los resultados del proyecto de investigación, en el marco de presentación de tesis previa a la obtención del título Máster en Psicología Clínica.

El estudio se orientó a conocer la prevalencia de trastornos mentales, así como su relación con las estrategias de afrontamiento por los adultos en 4 comunidades del municipio de San Pedro Sula del departamento de Cortés, Honduras.

Planteamiento que surge como parte de un macro proyecto de investigación sobre el tema, que se desarrolló a nivel de 10 departamentos del país con la participación de 11 estudiantes de la primera promoción de la maestría en psicología clínica de la UNAH, enmarcada dentro de las líneas prioritarias de investigación de la UNAH, concretamente con el eje *población y condiciones de vida*, que se propone generar conocimiento sobre los grandes desafíos de la salud en Honduras, concretamente en la línea *salud mental y sociedad*.

Actualmente Honduras vive en una condición de desigualdad histórica en lo social, político y económico que no ha dado respuesta al desarrollo integral de sus ciudadanos, en consecuencia, esta ha impactado directamente en la salud mental y en el desarrollo del país.

El presente estudio pretendió conocer la prevalencia de que se presenten trastornos mentales y como se relacionan con las estrategias de afrontamiento siendo estos los mecanismos a los que pueden recurrir los pobladores antes mencionados para convivir con su las situaciones adversas de la vida.

Es importante contar con información basada en la investigación científica en el tema de la prevalencia de trastornos mentales y como se relacionan con las estrategias de afrontamiento por quienes la padecen, con el fin de que los mismos puedan ser del conocimiento de quienes toman decisiones en el tema de salud en general y posicionar específicamente el tema de salud mental como elemento fundamental del desarrollo humano.

Contiene una descripción detallada de la situación problemática actual en el tema de salud mental de los y las hondureñas, los objetivos del estudio, con un alcance a nivel correlacional , los aspectos relevantes que indican la importancia de llevar a cabo la investigación, la sustentación teórica que a través de otros estudios realizados aportan a la temática, la metodología a utilizar para obtener los resultados propuestos, se indica la muestra, caracterización de la población, hipótesis propuestas, descripción de los instrumentos que facilitarán la recolección de datos, las referencias bibliográficas, los anexos que incluyen una copia fidedigna de los formatos y la información de mayor relevancia para el estudio.

Capítulo I

Planteamiento del problema

Capítulo I: Planteamiento del problema

A continuación, se describen elementos significativos que indican la existencia de un problema que requiere ser atendido por las autoridades competentes del país, es respecto a la prevalencia de trastornos mentales y su relación con las estrategias de afrontamiento por los adultos de 4 comunidades del municipio de San Pedro Sula, departamento de Cortés, Honduras.

1.1 Situación Problema

Las determinantes de los trastornos mentales no solo obedecen a características biológicas e individuales, sino también a factores sociales, económicos, ambientales y culturales. En este sentido algunos estratos poblacionales corren un riesgo significativamente mayor de sufrir problemas de salud mental. Por tal razón, es altamente probable que en las condiciones actuales de crisis social y económica se haya agudizado la manifestación de trastornos mentales comprometiendo el desarrollo del país.

De acuerdo a las estadísticas de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016) 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 las 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.

En Honduras Chirinos-Flores y otros (2002) establecieron que un 35% de hondureños está afectado por estos padecimientos, estos autores atribuyen este aumento a las condiciones socioeconómicas, la inseguridad ciudadana y los desastres naturales que acontecen en este país.

Entre los problemas de salud mental en Honduras los trastornos más frecuentemente diagnosticados 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). Además, el panorama social del país sugiere la probabilidad de la agudización de los problemas mentales.

Según la OMS (2015) el comportamiento de la morbilidad por desórdenes mentales en el ámbito mundial, se presenta en un 25% de la población general que sufren de algún desorden o enfermedad mental que los 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 sigue dando a este campo ya que se continúa el modelo de servicios centrados en los hospitales psiquiátricos.

En este estudio, dado su naturaleza correlacional, se pretende realizar un tamizaje de los trastornos mentales, los resultados están condicionados por el instrumento utilizado: Self Reporting Questionnaire, conocido por sus siglas en inglés como SRQ (Cuestionario de Auto Reportaje de Síntomas Psiquiátricos), el cual mide síntomas de algunas de las categorías diagnósticas, pero sin alcanzar suficiente especificidad en el diagnóstico y su relación con las estrategias de afrontamiento. Por lo que se estableció la posible prevalencia de las siguientes categorías diagnósticas:

1.1.1 Depresión

La depresión se presenta como un conjunto de síntomas de predominio afectivo (tristeza patológica, apatía, 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. 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.

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 (Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, 2014).

1.1.2 Ansiedad

Se puede describir la ansiedad como sensación de preocupación intensa, con la percepción 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 diferenciar la ansiedad como trastorno y la ansiedad 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.

1.1.3 Dependencia del Alcohol

Se describe a la enfermedad crónica que una persona siente por consumir bebidas alcohólicas que conlleva a un deterioro significativo a nivel físico y mental, afectando la relación familiar, social y laboral. Este estado provoca una abstinencia al interrumpir o disminuir el consumo caracterizado por temblores, ansiedad, náuseas, sudoración y confusión.

Debe diferenciársele del abuso del alcohol ya que este consiste en la ingesta de grandes cantidades de alcohol en el menor tiempo típico en gente joven. No todas las personas se convierten en alcohólicos; esto dependerá de la estructura de personalidad, genética, entorno social y problemas personales (Kaplan & Sadock, 2010).

1.1.4 Consumo de Sustancias

La Organización Mundial de la Salud, define a la droga como “toda aquella sustancia de origen natural o sintético que introducida al organismo vivo puede modificar una o más de las funciones de éste”. Según esta definición, se considera como drogas, tanto a las de uso legal (café, tabaco y alcohol), como las de uso ilegal (cannabis o marihuana, cocaína, heroína, entre otros.).

El consumo de sustancias se considera un factor de riesgo, pudiendo favorecer la probabilidad de aparición de un problema o daño a la salud física o emocional, que puede transformarse en un trastorno (Peña Ruiz, 2012).

1.1.5 Epilepsia

La epilepsia es uno de los trastornos neurológicos más comunes a nivel mundial, el cual supone una disfunción que provoca descargas eléctricas en el cerebro provocando convulsiones,

fenómenos motores y conductuales. Esta definición requiere la presentación de por lo menos 1a crisis de epilepsia sin un desencadenante inmediato que es reconocible (ILAE, 2014). Se estima que afecta a 50 millones de personas, de las cuales 5 millones viven en las Américas y en el caso de Honduras, existe una tasa de 5.69 por cada 1000 habitantes. Tanto en América Latina como en el Caribe (ALC) existe una brecha de tratamiento superior al 50%, lo que significa que más de la mitad de las personas con epilepsia no están recibiendo ningún tipo de tratamiento en servicios de salud, ya sea en las clínicas de Atención Primaria en Salud (APS) o centros especializados según la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2013).

Un 36% de los países no disponen de datos básicos sobre epilepsia recopilados mediante sus sistemas nacionales de información en salud; este es un elemento crítico que necesita ser abordado por las autoridades nacionales de salud. La investigación epidemiológica, de servicios y de calidad está poco desarrollada en ALC; por ejemplo, solo un 40% de los países reportaron disponer de algún estudio epidemiológico sobre la epilepsia.

La epilepsia continúa siendo una enfermedad que se percibe por la población desde una visión discriminatoria y estigmatizada debido, en gran medida, a la escasa información y educación que recibe al respecto. Un 71% de los países reportaron que predomina una percepción estigmatizada de las personas con epilepsia (OPS, 2013).

1.1.6 Estrés Postraumático

El DSM-5 define el *trastorno de estrés postraumático* como eventos traumáticos en extremo que afectan a personas sobrevivientes de los mismos, *manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-5, 2014). 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.

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.

En estudios realizados por Breslau (2002); Martín y de Paúl (2005), se encontró 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 Foa, Keane y Friedman (2000), en estudios epidemiológicos americanos, 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 (Bados, 2015).

1.1.7 Afrontamiento

El término “afrontamiento” es la traducción castellana del término inglés “coping”, y con él se hace referencia a hacer frente a una situación estresante. La gran mayoría de los autores utiliza este término para referirse a todo un conjunto de respuestas que tratan de reducir las cualidades negativas o aversivas de la situación estresante (Lazarus & Folkman, 1984).

Lazarus & Folkman (1986, p. 141) en concreto, lo definieron como “aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo”. Asimismo, Soriano & Monsalve (2004) poseen un concepto muy parecido que expresa que el afrontamiento son los “esfuerzos cognitivos y conductuales en constante cambio que sirven para manejar las demandas externas y/o internas y que son valoradas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo”.

1.2 Objetivo General

Determinar la prevalencia de trastornos mentales en relación con las estrategias de afrontamiento en la población mayor de edad de 4 comunidades del municipio de San Pedro Sula en el departamento de Cortés durante el mes de junio del año 2016.

1.3 Objetivos Específicos

- a. Identificar la prevalencia de trastornos mentales en los adultos de 4 comunidades del municipio de San Pedro Sula, departamento de Cortés.

- b. Identificar el tipo de estrategias de afrontamiento ante situaciones adversas de la vida por los adultos de 4 comunidades del municipio de San Pedro Sula del departamento de Cortés.
- c. Determinar la relación entre la prevalencia de los trastornos mentales y las estrategias de afrontamiento de los adultos de 4 comunidades del municipio de San Pedro Sula.

1.4 Preguntas de Investigación

- a. ¿Cuál es la prevalencia de los trastornos mentales en la población adulta de 4 comunidades del municipio de San Pedro Sula, departamento de Cortés?
- b. ¿Cuáles son las estrategias de afrontamiento utilizadas por los adultos de 4 comunidades del municipio de San Pedro Sula del departamento de Cortés?
- c. ¿Existe relación entre las estrategias de afrontamiento y los trastornos mentales en los adultos de 4 comunidades del municipio de San Pedro Sula del departamento de Cortés?

1.5 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 del conocimiento sobre el comportamiento actual de la prevalencia de los problemas mentales, considerados como esenciales para su adecuada formulación.

La salud mental es un componente fundamental e inseparable de la salud y está directamente relacionada con el bienestar personal, familiar y comunitario. Su promoción y prevención deben ser metas importantes en salud pública, prevalece una brecha importante de personas que estando

enfermas no reciben la atención pertinente, lo cual unido al estigma y discriminación que la rodea, ofrece un panorama crítico de la salud en general. Fomentar la salud social y emocional como parte del desarrollo sano del ser humano, debe ser prioridad de todos los gobiernos.

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

Capítulo II

Marco Contextual

Capítulo III: Marco Contextual

2.1. Datos Geográficos de Honduras

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 (xplorhonduras.com, 2018).

Tiene una extensión territorial de 112,492 km² 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 (xplorhonduras.com, 2018).

2.2. 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 (INE, 2013). En su mayor parte los hondureños se dedican a las actividades agropecuarias, además del comercio, manufactura, finanzas y servicios públicos.

Más del medio millón de sus habitantes son de descendencia indígena y negra distribuidos en 9 pueblos culturalmente diferenciados (lencas, chortis, tolupanes, tawahkas, garífunas, negros de

habla inglesa, pech, nahualt y misquitos) quienes con sus descubrimientos han aportado al desarrollo de la sociedad hondureña.

2.3. Vivienda

La última Encuesta Permanente de Hogares (INE, 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.

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.

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, 2013)

2.4. Educación

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% (INE ,2013).

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%. El sistema educativo del país es el más atrasado de 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).

2.5. 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, 2013).

2.6. Desempleo

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.

En relación 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, 2013).

2.7. Salud

De acuerdo al artículo 145 de la Constitución de la República está reconocido 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.

Después de 50 años de navegar por un sistema de salud dividido, excluyente, inequitativo e ineficiente de responder a las necesidades del país, para los años 2014-2018 se plantea como objetivo general “Contribuir al establecimiento de un sistema nacional de salud plural, integrado y debidamente regulado, que centre su razón de ser en la mejora equitativa del estado de salud de los individuos, las familias, la comunidad en su entorno, logrando de manera gradual y progresiva

la cobertura universal de los servicios de salud, con un modelo de gestión integral y que sea sostenible y financieramente solidario en las respuestas a las necesidades y demandas legítimas de la población”, se presentan los objetivos específicos.

- Mejorar el acceso equitativo de la población, a los beneficios de una atención integral en salud, especialmente de las de aquellos grupos poblacionales tradicionalmente excluidos por razones de índole económica, cultural, geográfica o de género.
- Fortalecimiento del rol rector de la Secretaría de Salud, como autoridad sanitaria nacional, con la asunción plena de su rol regulador y la separación de la función de la gestión de los servicios de salud.
- Incrementar la eficiencia y eficacia del sistema del sistema nacional de salud, promoviendo intervenciones costo - efectivas y servicios con calidad, así como la articulación y coordinación entre los diferentes actores del sector salud, para mayor impacto en el mejoramiento de los indicadores de salud del país.
- Contribuir al ejercicio progresivo de la salud como un derecho de la población y su responsabilidad en el autocuidado y su participación activa en la construcción en sus diferentes ambientes de desarrollo, fortaleciendo la participación y control de la gestión.

En la unidad de atención primaria en salud se explicó que el nuevo modelo de salud está diseñado desde una perspectiva holística y sistemática donde la comunidad misma será el ente proactivo responsable de resolver en un 80% los problemas de salud para así contribuir a la visión que se ha propuesto en el Plan de Nación. (Padilla, 2017).

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. El Hospital Comunitario San Juan de Dios no es todavía de referencia nacional ya que no oferta el servicio de hospitalización, pero se espera que a términos del presente año esta gestión quede consolidada.

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 (Padilla, 2017).

A nivel de la Secretaria de Salud existen alrededor de 50 psicólogos permanentes distribuidos entre estos centros de atención. La tabla 1 presenta el número de hospitales a nivel nacional.

Tabla 1: Número de hospitales públicos en Honduras

Hospitales	Número
Nacionales públicos	8
Departamentales	16
Regionales	6
Centros de salud	63

Fuente: Elaboración propia

2.8. Municipio de San Pedro Sula (SPS)

El departamento de Cortes consta de 12 municipios, su cabecera departamental es el municipio de San Pedro Sula y está localizado en la zona nor-occidental de Honduras, su territorio es

fronterizo con la hermana República de Guatemala. Antes de su creación, Cortés formaba parte del departamento de Santa Bárbara.

Fue fundada el 27 de julio de 1536, bajo el nombre de San Pedro de Puerto Caballos por el conquistador español Pedro de Alvarado, inicialmente la villa se estableció en el pueblo indígena de Choloma al norte de la ciudad y muy próxima a Puerto Cortes, debido a esta proximidad con este puerto, la villa de San Pedro fue víctima de ataques y saqueos por parte de piratas europeos que desembarcaban en este puerto, razón por la que si vieron obligados a reubicarla.

Por más de dos siglos desde su fundación el crecimiento demográfico fue bastante lento, en la actualidad es la ciudad con más crecimiento poblacional de Honduras. El desarrollo económico alcanzado a raíz de la llegada de las transnacionales bananeras a principios del siglo XX y el posterior establecimiento de parques industriales (ZIP) en el Valle de Sula.

San Pedro Sula es la segunda ciudad más importante del país, llamada “Capital Industrial” de Honduras porque en ella se encuentran establecidas la mayor cantidad de empresas industriales de todo el territorio nacional. Cortés es uno de los departamentos con mayor densidad poblacional de Honduras y que como se indicó concentra la mayor parte de la actividad industrial del país.

Su extensión territorial de 3.923 km² y su población según proyecciones del INE es de 1,980.459 habitantes distribuidos en los 12 municipios, 291 aldeas y 1,513 caseríos de los cuales en el municipio de san pedro sula se proyecta que tiene 754,061 habitantes (INE, 2013).

Según la encuesta nacional del estado de salud a nivel nacional realizado por el INE (2013) entre los departamentos con mayor porcentaje de alfabetismo se encuentra cortes con un 96%, en San Pedro Sula el 10 de las mujeres y el 11 de los hombres han alcanzado algún nivel de educación

superior y san pedro sula se encuentra entre los lugares clasificados dentro del quintil 5 de riqueza que es el superior de la escala.

El Instituto Universitario en Democracia Paz y Seguridad (IUDPAS, 2016) en su informe a septiembre 2016 indica que en SPS de enero a septiembre hubo 809 muertes por actos de violencia, de las cuales el 634 o sea el 78.4% fueron por homicidios, 118 (14.6%) por eventos traumáticos, 7 de cada 10 homicidios son con arma de fuego y en la vía pública. La edad de estas víctimas oscila entre 15 y 39 años de los cuales 576 son hombres y 58 mujeres.

En cuanto a la incidencia delictiva reportó que hubo 169 denuncias por delitos contra la integridad, 42% de estos por violencia intrafamiliar, 31.4% por violación y 21.9% por lesiones físicas. Además, se atendieron 2579 evaluaciones medico legales de las cuales el 55.6% fueron por lesiones personales, mujer agredida el 20.2% y los delitos sexuales el 12%. A este panorama se agregan los delitos contra la propiedad que se reportaron 979 casos, de estos por robo el 53%, hurto de vehículo 36.7%

Capítulo III

Marco Teórico

Capítulo III: Marco teórico

3.1 Concepto de Salud Mental

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.

La importancia de la salud mental está reconocida por la OMS (2015), quien define la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades y ser capaz de hacer un aporte a la sociedad”. Varios factores conceptuales, políticos y epidemiológicos ponen de relieve la importancia de la investigación sobre la salud mental, como base para la formulación y ejecución de políticas y bienestar social.

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 amplio, 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 conceptualizada desde diferentes puntos de vista, la OMS (2013) la 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 la sociedad.

Desde el punto de vista de la salud pública, el concepto de salud mental se considera como un fenómeno estrechamente vinculado a las condiciones de vida de los pueblos, a las estructuras sociales y económicas y a la vida cotidiana de las personas; conducida a un marco referencial que propicia acciones en salud mental que impactan decididamente el bienestar de las personas y grupos objeto de intervención en la salud pública, con el fin de disminuir significativamente las condiciones históricas, sociales, culturales, políticas y económicas que fomenten y mantienen la inequidad, la injusticia, la falta de oportunidades, la discriminación, la pobreza, la violencia, el desarraigo, la opresión y la dominación (Restrepo, 2012).

3.2 Concepto de Trastorno Mental

Por otra parte, se presenta una exploración del concepto de trastorno mental, el DSM-5 (2014), 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.

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.

- 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.
- 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.
- 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.
- 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.

- 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.
- 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 neurocognitivos, como el trastorno neurocognitivo por enfermedad de Huntington o con cuerpos de Lewis.

3.3 Problemática de Salud Mental a nivel mundial.

En lo que respecta a la prevalencia de probables trastornos mentales de acuerdo a los estimados proporcionados en el Informe de Salud Mundial (OMS, Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020, 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 y otros (2002) 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 es 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, Instituto Hondureño para la Prevención del Alcoholismo, Drogadicción y Farmacodependencia (IHADFA, 2004).

Tabla 2: Aspectos relativos a la salud mental en el mundo

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

Fuente: Reporte de Salud Mental (OMS, 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 es medianamente alto según los últimos reportes de la OMS, tal situación afecta indiscutiblemente la población mundial.

3.4 Factores y consideraciones sobre la salud mental.

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

3.4.1 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.

3.4.2 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 (OMS, 2013)

3.4.3 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.

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. Fernández (2012) considera que 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.

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).

A continuación, se describen los trastornos mentales que se miden en el instrumento utilizado en esta investigación:

3.4.4 Depresión

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 uno de cada veinte 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, Federación Mundial de Salud Mental (WFMH, 2012).

La depresión es un trastorno mental frecuente con mayor prevalencia en las mujeres que en los hombres. 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).

3.4.5 Ansiedad

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 diferenciar la ansiedad como trastorno y la ansiedad 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.

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.

En Honduras, 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 (Reyes, 2005).

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 estima que durante las emergencias 1 de cada 5 personas se ve afectada por ansiedad y depresión (OPS, 2012).

Según un nuevo estudio dirigido por la OMS, cada dólar (\$1) 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 (OMS, 2013).

A continuación, se describen brevemente varios tipos de trastornos de ansiedad.

Fobias que es un temor desproporcionado en relación con algún peligro real. Fobias comunes son el temor a las alturas, las arañas, las ratas, la sangre, las inyecciones o los espacios cerrados.

Trastorno de pánico, en el que se pueden experimentar repentinamente períodos de intenso temor, conocidos también como ataques de pánico.

Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), en el que la persona experimenta obsesiones y/o compulsiones frecuentes que le causan ansiedad. Las obsesiones son ideas recurrentes que producen angustia o ansiedad y compulsiones son acciones o rituales considerados necesarios para contrarrestar las obsesiones.

Trastorno por estrés postraumático (TEPT), el cual puede presentarse tras haber experimentado o presenciado un acontecimiento traumático. Los síntomas del TEPT incluyen la ansiedad, que puede ir y venir, así como pensamientos, recuerdos, imágenes y sueños recurrentes, o vivencias retrospectivas angustiantes del acontecimiento traumático.

Trastorno de ansiedad generalizada, en el que la ansiedad puede ser un trastorno crónico debido al cual usted se preocupa la mayor parte del tiempo por cosas que pudieran salir mal. Asimismo, puede ir acompañado de ataques de pánico y algunas fobias.

Datos que se han obtenido de estudios comunitarios publicados en América Latina y el Caribe entre 1980 y 2004.

3.4.6 Epilepsia

La epilepsia es una enfermedad cerebral crónica que afecta a personas de todo el mundo y se caracteriza por convulsiones recurrentes. Estas convulsiones son episodios breves de movimientos involuntarios que pueden afectar a una parte del cuerpo (convulsiones parciales) o a su totalidad (convulsiones generalizadas) y a veces se acompañan de pérdida de la consciencia y del control de los esfínteres. Los episodios de convulsiones se deben a descargas eléctricas excesivas de grupos de células cerebrales. Las descargas pueden producirse en diferentes partes del cerebro. Las convulsiones pueden ir desde episodios muy breves de ausencias o de contracciones musculares hasta convulsiones prolongadas y graves. Su frecuencia también puede variar desde menos de una al año hasta varias al día.

La epilepsia es un grave problema de salud pública debido a su alta tasa de incidencia y prevalencia en varios países. Estudios epidemiológicos reportan que entre el 0.522 y el 2% de la población mundial padece epilepsia, y se considera que entre el 1 y 3% de la población tendrá epilepsia durante su vida. Al sumarse la discriminación y los prejuicios impuestos por la sociedad, esta enfermedad constituye un grave problema médico-social, con evidente repercusión en la vida laboral y social del paciente (Olmos-Hernández, Avila-Luna, Arch-Tirado, & Alfaro-Rodríguez, 2013).

En la actualidad, unos 50 millones de personas de todo el mundo padecen epilepsia. La proporción estimada de la población general con epilepsia activa (es decir, ataques continuos o necesidad de tratamiento) en algún momento dado oscila entre 4 y 10 por 1000 personas. Sin embargo, algunos estudios realizados en países de ingresos bajos y medianos sugieren una proporción mucho mayor, entre 7 y 14 por 1000 personas. Según estimaciones, se diagnostican

anualmente unos 2,4 millones de casos de epilepsia. En los países de altos ingresos, los nuevos casos registrados cada año entre la población general oscilan entre 30 y 50 por 100 000 personas. En los países de ingresos bajos y medianos esa cifra puede ser hasta dos veces más alta.

Un 36% de los países no disponen de datos básicos sobre epilepsia recopilados mediante sus sistemas nacionales de información en salud; este es un elemento crítico que necesita ser abordado por las autoridades nacionales de salud. La investigación epidemiológica, de servicios y de calidad está poco desarrollada en ALC; por ejemplo, solo un 40% de los países reportaron disponer de algún estudio epidemiológico sobre la epilepsia.

La epilepsia continúa siendo una enfermedad que se percibe por la población desde una visión discriminatoria y estigmatizada debido, en gran medida, a la escasa información y educación que recibe al respecto. Un 71% de los países reportaron que predomina una percepción estigmatizada de las personas con epilepsia (OPS, 2013).

3.4.7 Dependencia del Alcohol

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.

El consumo de alcohol 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).

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).

3.4.8 Consumo de sustancias

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).

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 (Naciones Unidas, 2016).

3.4.9 Estrés Postraumático

El (DSM-5, 2014), clasifica el *trastorno de estrés postraumático* 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.

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.

Según Breslau, 2012, citado por Bados, se encuentra que la prevalencia de 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 infantil, mientras que otros traumas son más frecuentes en los varones: accidentes, asaltos y observación de muertes o actos muy violentos (Bados, 2015).

Bados también cita a Foa, Keane y Friedman (2000) quienes indican que en estudios epidemiológicos americanos, el 80% de los que presentan o han presentado TEPT (sea este su diagnóstico principal o no) tienen o han tenido depresión, otros trastornos de ansiedad o abuso/dependencia de sustancias (Bados, 2015).

Los eventos traumáticos y la pérdida de seres queridos son frecuentes en la vida. En un estudio de la OMS (2015) llevado a cabo en 21 países, más del 10% de los encuestados declararon que habían sido testigos de actos de violencia (21,8%) o habían sufrido violencia interpersonal

(18,8%), accidentes (17,7%), exposición a conflictos bélicos (16,2%) o eventos de violencia (Bados, 2015).

3.5 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 (OPS, 2009)

La población de Centro América ha quedado marcada por múltiples eventos traumáticos tales como los desastres naturales, los conflictos armados, el narcotráfico y la violencia dejando heridas y cicatrices psicopatológicas y psicosociales que se han acrecentado dada la marcada pobreza de sus países, si a esto se le suma la exclusión de ciertos grupos poblacionales, el nivel socioeconómico, las dificultades del sistema de salud de la región cuyos planes, programas y servicios no responden a las necesidades de sus pobladores, la condición mental se verá significativamente perturbada. El impacto de los trastornos mentales no radica exclusivamente en sus síntomas y signos, debe considerarse el grado de discapacidad que ocasionan al sujeto, su familia y sociedad, y en ese sentido, la esquizofrenia, depresión, la obsesión-compulsión y el

alcoholismo representan el 5to lugar como carga de enfermedad estimándose que la depresión llegará a ocupar el 2do lugar en el año 2020 (Valencia, 2007).

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 (OPS, 2013).

3.6 Políticas sobre Salud Mental

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).

3.7 Prevalencia de algunos de los Trastornos Mentales

La Organización Panamericana de la Salud en el año 2013, en base a datos obtenidos en diversos estudios comunitarios publicados entre el año 1980 y 2004 describen 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, ocho años atrás (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 en 2003, este mismo 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, realizado por Vicente et al, 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 M., Rojas C., Molina F., Gotelli V., & Alamo P., 2014).

Según el Estudio Nacional de Salud Mental, Colombia, 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 %), los por control de impulsos (9,3 %) y los relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas (9,4 %) (Posada, 2013).

3.8 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. 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 (OMS, 2008).

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 (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 y desempleo 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.

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 disociable, 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 él el que se deteriora y se destruye, son los sistemas de los cuales hace parte.

3.9 Historia de los servicios de Salud Mental en Honduras

La historia de la atención psiquiátrica 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 Castro, 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 a los Estados Unidos de América regresando definitivamente en 1948 (Alcerro Castro, 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 (Espinoza, 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, implementó nuevos estudios 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 Castro, 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 especialistas 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.

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 tarde, las autoridades del Ministerio de Salud inauguran 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 psicología, 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 la iniciativa 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.

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.

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 (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. A continuación, se describen los Hospitales Psiquiátricos Públicos de Honduras.

3.9.1 Hospital Psiquiátrico Dr. Mario Mendoza

El Hospital Psiquiátrico Dr. Mario Mendoza está ubicado en la Colonia Miramontes de Tegucigalpa, Departamento de Francisco Morazán contiguo a 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, un Servicio de Consulta Externa, y un centro docente para las carreras del área de la salud (Hospital Mario Mendoza, 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 (Hospital Mario Mendoza, 2016).

De acuerdo al Departamento de Estadística del Hospital Mario Mendoza se han atendido a nivel de la consulta externa, el rango de edad más afectada 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 (Hospital Mario Mendoza, 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 (Hospital Mario Mendoza, 2016).

3.9.2 Hospital Psiquiátrico Nacional Santa Rosita

El Hospital Psiquiátrico Nacional Santa Rosita está ubicado a 45 Kms de Tegucigalpa, en la Aldea de Santa Rosa en el Valle de Amaratéca, 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.

3.9.3 Hospital San Juan de Dios Comunitario

El Hospital San Juan de Dios 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. Está presente en 51 países, cuenta con 300 centros donde se atienden alrededor de 20 millones de personas cada año (García, 2017).

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, 2016)

Con fondos internacionales, a finales del año 2007 se inauguró la 1ª etapa que corresponde a los edificios de consulta externa, rehabilitación, lavandería y bodega y en enero del 2008, la apertura de 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 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 /adolescentes, 1 para la sala de Desintoxicación y Deshabitación y otro para salón de huéspedes, y 5 psicólogos: 2 para consulta externa, 2 para niños/adolescentes y 1 para Desintoxicación y Deshabitación. El profesional de la psicología tiene a su cargo los procesos psicoterapéuticos como los psicodiagnósticos a través de pruebas neuropsicológicas, de personalidad, inteligencia y vocacionales (García, 2017).

El terreno donde se ubica fue donado por la alcaldía de San Pedro Sula y en vista de su impacto en la 2ª 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 referencia nacional de 2do nivel y de especialidades en el campo de la salud mental (García, 2017).

La tabla 3 presenta un cuadro estadístico de los primeros 6 meses del año 2017, pudiéndose observar que los trastornos depresivos siguen siendo las patologías de mayor demanda.

Tabla 3: Estadísticas de enero a julio del 2017, hospital san Juan de Dios

Mes /2017	Pacientes Nuevos	Trastornos mentales	Depresión	Trastornos Neuróticos
Enero	913	5.76%	25,22%	25.72%
Febrero	689	5.99%	28.66 %	21.18 %
Marzo	1127	1.21%	30.08%	20.76%
Abril	285	2.51%	27.57%	21.55%
Mayo	368	4.25%	27.83%	20.51%
Junio	207	5.77%	23.26%	24.44%
Julio	250		26.31%	20.91%
Total	3839			

*Clasificación de los trastornos mentales en base al CIE-10

Fuente: Departamento de Recursos Humanos, Hospital San Juan de Dios (García, 2017)

3.10 Antecedentes de 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, como se muestra en la tabla 4.

Tabla 4: Resumen de Estudios previos sobre Trastorno Mental en Honduras

Estudio	Autor	Lugar	Resultado
Prevalencia de trastornos mentales en la comunidad de Villa Nueva, 1997.	Alicia Paz, Reinaldo Moncada, Carlos Sosa, M. G. Romero, Héctor Murcia, Américo Reyes	Colonia Villa Nueva, Tegucigalpa	35% de prevalencia de trastorno mental.
Reacciones Psicológicas y Psicopatológicas después del huracán Mitch en Honduras, 1999.	Kohn, Levav, Donaire, Machuca y Tamashiro	Tegucigalpa	10.6% de la muestra presentan estrés post-traumático.
Evaluación de salud mental en médicos residentes en los post-grados de medicina en la UNAH, 2000.	Aguilar, Roveló, Pagett y Reyes	UNAH-CU	45% Ansiedad 37% Trastornos depresivos 37% Abuso y dependencia de drogas.
Prevalencia de trastorno mental en la población mayor de 18 años en 29 comunidades urbanas de Honduras, 2001	A. Chirinos y otros	El Paraíso Choluteca Cortés	35% de prevalencia trastorno mental.
Prevalencia trastorno mental en estudiantes de la carrera de medicina de la UNAH y su relación con antecedentes de	Zanoletti, Reyes Mendoza y Aguilar	UNAH - CU	30% trastorno del estado de ánimo 26% trastorno de ansiedad 7.6% trastorno de alimentación

violencia en la infancia, 2008.

Prevalencia de trastorno mental en estudiantes universitarios, 2013.	G. Moncada	UNAH - CU	29% de trastorno mental
--	------------	-----------	-------------------------

Fuente: Elaboración propia

En primer lugar, se encuentra un estudio a nivel comunitario en la región Metropolitana, específicamente en la Col. Villa Nueva, realizada por los investigadores Paz, Moncada, Sosa, Romero, Murcia y Reyes en el año 1999. Asimismo, se documenta un estudio a nivel nacional, en el año 1999 y un estudio llevado a cabo en el año 2000 por Aguilar, Roveló, Padgett & Reyes, que trata sobre la evaluación de salud mental en médicos residentes de los post-grados de Medicina de la UNAH en Tegucigalpa. Otro llevado a cabo Chirinos-Flores (2002) como también, el estudio de prevalencia sobre trastornos mentales realizado a estudiantes de la carrera de Medicina en relación con antecedentes de violencia en la infancia, investigación efectuada por Zanoletti, Reyes, Mendoza y Aguilera en el año 2008. Cabe mencionar, el estudio realizado por Moncada, sobre la prevalencia de trastornos mentales con estudiantes de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras, en Ciudad Universitaria en el año 2013 y el más reciente realizado por Aguilar entre el 2015- 2016.

3.10.1 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 probables 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.

Se encontró 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 (Paz, Moncada, Sosa, Romero, Murcia, & Reyes, 1999).

3.10.2 Reacciones psicológicas y psicopatológicas después del Huracán Mitch en Honduras: Implicaciones para planificar el servicio

En Honduras se realizó un estudio de trastornos por estrés postraumático (TEPT) y otras afecciones psicopatológicas mediante muestras basadas en la comunidad. El presente estudio explora varias reacciones psicopatológicas y sus respectivos factores de riesgo dos meses después de que el huracán Mitch azotó Honduras en octubre de 1998.

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. Para diagnosticar los casos de

estrés postraumático se utilizó la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta. Se llevó a cabo en diciembre de 1998 y enero de 1999. La depresión, el abuso de alcohol y la reacción de dolor se evaluaron mediante encuestas de tamizaje, mientras que para la desmoralización se empleó el Cuestionario de Síntomas. Se aplicó la Escala de Impacto de Eventos para establecer la gravedad de la reacción postraumática.

Se encontró estrés postraumático 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. El mejor modelo explicativo del riesgo de sufrir TSP tomó en cuenta el grado de exposición según los eventos traumáticos informados y el incremento de la desmoralización asociada con ellos. 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, 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. Para contar con una adecuada preparación sanitaria y ofrecer una apropiada respuesta ante los desastres es necesario reconocer en profundidad los múltiples efectos psicológicos que experimentan las víctimas (Kohn, Levav, Donaire, Machuca, & Tamashiro, 2005).

3.10.3 Evaluación de salud mental en los médicos residentes de los post-grados de Medicina de la UNAH.

En el año 2000 se realizó una investigación sobre la salud mental en los médicos residentes de los post-grados de la carrera 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 aplicaron tres instrumentos para recabar información. El primero fue el instrumento de datos sociodemográficos, antecedentes y estresores (SAE). El segundo fue el Mini International Neuropsychiatric Interview (Mini) versión en español y el tercero fue el Test de evaluación de ansiedad de Sheehan (Aguilar, Roveló, Padgett, & Reyes, 2000).

Estos investigadores llegaron a la conclusión 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 (Aguilar, Roveló, Padgett, & Reyes, 2000)

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% (Aguilar, Roveló, Padgett, & Reyes, 2000).

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).

3.10.4 Prevalencia de trastornos mentales en la población mayor de 18 años en 29 comunidades urbanas de Honduras, 2001

En el año 2001 se realizó un estudio de prevalencia de trastornos mentales en la población mayor de 18 años en 29 comunidades urbanas de Honduras, Esta investigación se realizó con el propósito de establecer la prevalencia de trastornos mentales en algunas comunidades y caracterizarlos demográficamente (Chirinos-Flores, y otros, 2002).

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 simple; de Abril a Octubre del año 2001; utilizando la Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional, versión en Español (Centro y Sur América) 5.0.0 (M.I.N.I) la cual es una entrevista diagnóstica, que explora de manera estructurada 19 enfermedades psiquiátricas según la clasificación del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM-IV).

En cada comunidad se seleccionaron en forma aleatoria 100 personas, se capacitaron médicos en servicio social en conocimientos generales de la clínica de los trastornos mentales y la aplicación de M.I.N.I, se elaboró un programa computarizado de entrada de datos, con la utilización del paquete EPIINFO V6.04D, realizándose un análisis de frecuencia.

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 (Chirinos-Flores, y otros, 2002).

En este estudio llegaron 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).

3.10.5 Prevalencia de trastornos mentales en estudiantes de la carrera de medicina de la UNAH y su relación con antecedentes de violencia en la infancia.

En el año 2008 se llevó a cabo otro estudio de prevalencia de Trastornos mentales en Honduras, esta vez se hizo en estudiantes de la carrera de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras y su relación con antecedentes de violencia en la infancia. 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 (Zanoletti, 2008).

El estudio fue de tipo descriptivo transversal, en una muestra tomada al azar de una población de 1,530 estudiantes, con una confiabilidad del 95%. Se solicitó consentimiento informado, se aplicó el instrumento para recolectar datos sociodemográficos, antecedentes de abuso y presencia de trastornos psiquiátricos (Zanoletti, 2008).

En este estudio 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. Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre antecedente 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, 2008).

Los investigadores concluyeron que el estudio muestra una asociación entre el antecedente de abuso sexual en la infancia y la presencia de trastorno depresivo mayor, trastornos de ansiedad y trastornos de alimentación en la vida adulta (Zanoletti, 2008).

3.10.6 Prevalencia de trastornos mentales en estudiantes universitarios.

En el año 2013 se realizó otra investigación acerca de Prevalencia de trastornos mentales, en esa ocasión se hizo en relación con estudiantes universitarios de Honduras. De acuerdo con el estudio “Prevalencia de trastornos mentales en estudiantes universitarios” realizado por el Dr. German Moncada en Honduras (2013), apunta que la situación social de los individuos incide altamente en la agudización de los problemas mentales. De ahí que esta tipificación muestra dificultades de clasificación que se dan al hablar de trastornos mentales (Moncada, 2013).

Este estudio estableció que la prevalencia de trastornos mentales en estudiantes universitarios era de 29.9%, se encontró que 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%. Estos resultados coincidían con estudios efectuados en Estados Unidos, en donde hay evidencia de la severidad de trastornos psicopatológicos en poblaciones universitarias norteamericanas (Moncada, 2013).

3.11 Afrontamiento

El término “afrontamiento” es la traducción castellana del término inglés “coping”, y con él se hace referencia a hacer frente a una situación estresante. La gran mayoría de los autores utiliza este término para referirse a todo un conjunto de respuestas que tratan de reducir las cualidades negativas o aversivas de la situación estresante (Lazarus & Folkman, 1984).

El afrontamiento también es definido por Everly (1989, p. 44) “como un esfuerzo para reducir o mitigar los efectos aversivos del estrés, esfuerzos que pueden ser psicológicos o conductuales”. En la misma línea, Frydenberg & Lewis (1991, p.13) definen al afrontamiento como “las estrategias conductuales y cognitivas para lograr una transición y una adaptación efectivas”.

Son aquellas estrategias que los individuos utilizan para reducir al mínimo el impacto negativo que producen los estresores sobre su bienestar psicológico e incluso pueden mediar entre las situaciones estresantes y la salud, supone cualquier esfuerzo, ya sea saludable o no, consiente o no para evitar, eliminar o debilitar los estímulos estresantes o para tolerar sus efectos de la manera menos perjudicial

La forma de afrontar una determinada situación estresante (estrategias de afrontamiento) viene determinada por múltiples factores, ya que cada persona contará con más o menos recursos, de los cuales unos serán más efectivos que otros en función de la situación concreta. Así, Rodríguez Marín (1995) clasifica los recursos de afrontamiento en: físicos/biológicos, psicológicos/psicosociales, culturales y sociales: los recursos físicos/biológicos incluyen todos aquellos elementos físicos de la propia persona que contribuyen a un afrontamiento más adecuado: su salud física, su energía, fuerza, resistencia, así como su entorno físico (clima, condiciones de la vivienda); recursos psicológicos/psicosociales son todas aquellas cualidades psíquicas y destrezas

que pueden ser importantes en el afrontamiento de una situación estresante, como la capacidad intelectual, autoestima, sentido de control, creencias, capacidad de solución de problemas, autocontrol, etc., finalmente, los recursos culturales están relacionados con los valores y atribuciones causales reconocidos por la cultura y sociedad de la que el sujeto forma parte: normas, símbolos, prejuicios, creencias, costumbres; y los recursos sociales son aquellos que incluye el apoyo social, recurso crucial para hacer frente a los estresores.

Lazarus & Folkman (1986, p. 141) en concreto, lo definieron como “aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo”. Asimismo, Soriano & Monsalve (2004) poseen un concepto muy parecido que expresa que el afrontamiento son los “esfuerzos cognitivos y conductuales en constante cambio que sirven para manejar las demandas externas y/o internas y que son valoradas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo”.

Lazarus & Folkman (1984) señalan que las estrategias de afrontamiento son de dos tipos: a) Centradas en la emoción que son las que buscan regular las emociones con el objeto de reducir o controlar el distrés cognitivo; y b) Centradas en el problema (o afrontamiento centrado en la tarea o centrado en la acción) que se centran en el alivio de los estímulos ambientales que causan la respuesta al estrés.

Partiendo del modelo de Lazarus & Folkman, varios autores han propuesta una tercera estrategia y la denominaron “evitación del afrontamiento” y demostraron que los estilos de afrontamiento de evitación son efectivos al reducir el estrés en corto plazo y tiene poco efecto en

la satisfacción, placer y deseo de continuar con la actividad a largo plazo; en cambio el estilo de afrontamiento de abordaje es efectivo a largo plazo (Parker, 1990)

Del enfermar uno de los modelos más comprensivos y operativos ha sido el propuesto en la Teoría Transaccional del Estrés de Lazarus y Folkman (1986), que con su concepto de «afrontamiento» ha servido de marco de referencia para múltiples acercamientos en torno a la salud-enfermedad, incluyendo el ámbito de la psicosis. Definieron el afrontamiento como «aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo» (Lazarus & Folkman, 1986, p. 164).

Las conductas concretas que se agrupan bajo esta definición son muy diversas, lo que queda claramente reflejado en la multitud de cuestionarios de evaluación que han aparecido en los últimos años. Tratando de realizar agrupaciones de conductas de afrontamiento distinguieron entre estrategias dirigidas al problema y dirigidas a la emoción, dos grupos entre los que se darían múltiples interacciones de facilitación-obstaculización mutua. Con las estrategias dirigidas al problema se intenta manipular o alterar la situación estresante; algunas intentan modificar el entorno (búsqueda de información y apoyo, llevar a cabo acciones destinadas a manejar la situación, etc.), mientras que otras pretenden cambios motivacionales o cognitivos en el individuo (modificaciones en el nivel de aspiraciones, búsqueda de otras formas de gratificación, etc.). Frente a ellas, las estrategias dirigidas a la emoción tienen como objetivo regular la respuesta emocional generada ante el problema, como la evitación, la minimización, las comparaciones positivas o la extracción de valores positivos a los acontecimientos negativos (Rodríguez, 2014).

3.11.1 Cuestionario del Afrontamiento del estrés (CAE)

La Escala de Estrategias de Coping (EEC) fue desarrollada por Chorot y Sandín (1987) con la finalidad de obtener una prueba psicométrica que evaluara un amplio espectro de formas de afrontamiento del estrés. La construcción de la escala se llevó a cabo según criterios teórico-racionales, y tomando como base el cuestionario de Lazarus y Folkman (1984) y los trabajos sobre evaluación del afrontamiento de Moos y Billings (1982). Se tomó como marco teórico de referencia la organización que hacen estos últimos psicólogos, los cuales se entrelazan estrechamente. El primero hace referencia a una reacción fisiológica del cuerpo a diferentes elementos desencadenantes (cirugía, lesiones, etc.); este tipo de estrés lleva a menudo al estrés psicológico y, a su vez, este estrés se experimenta frecuentemente como un malestar físico (cólicos, náusea u otras).

El afrontamiento forma parte de los recursos psicológicos de la persona y de su adecuado desarrollo y aplicación, dependerá la calidad de vida y el bienestar psicológico. En este sentido las estrategias de afrontamiento han sido consideradas como conjunto de recursos y esfuerzos tanto cognitivos, como comportamentales orientados a resolver el problema, a reducir o eliminar la respuesta emocional o a modificar la evaluación inicial de la situación. Zaldívar plantea que, “El afrontamiento al estrés, al ser positivo pudiera ser un factor protector de la salud y al ser negativo pudiera ser un factor de riesgo para enfermar” (Peña Ruiz, 2012).

Este cuestionario consta de 7 sub escalas: a.- Búsqueda de apoyo emocional (BAS) b.- Expresión emocional abierta (EEA) c.- Religión (RLG) d.- Focalizado en la solución del problema (FSP) e.- Evitación (EVT), f.- Autofocalización negativa (AFN) y g.- Reevaluación positiva (REP) en donde:

El apoyo social es una estrategia de afrontamiento que según Lazarus ,consiste en acudir a otras personas del entorno (pareja, familiares o amigos)asistir de manera voluntaria a organizaciones o grupos y formar parte de ellos, o consultar de manera directa a profesionales tales como: abogados, psicólogos, psiquiatras , orientadores, entre otros, con el objetivo de buscar el apoyo necesario ante una determinada situación, este apoyo puede ser de carácter instrumental como por ejemplo, dinero ante una necesidad económica, de carácter informativo o de apoyo emocional, implica compartir los problemas con otros , pero sin tratar de hacerse responsable (Peña Ruiz, 2012).

La evitación consiste en el distanciamiento, desconexión cognitiva o que utiliza una persona para apartarse del problema, no pensar en él, o pensar en otra cosa, para evitar que le afecte emocionalmente,” Sacar el problema de la mente” o también puede darse un pensamiento irreal, mágico o improductivo, expresando el deseo de que la realidad no fuera estresante, fantasear sobre realidades alternativas pasadas , presentes o futuras, realizar actividades de distracción como: ver televisión, oír música u otras (Peña Ruiz, 2012).

Pennebaker y Susman (1988) se refieren a la expresión emocional como los esfuerzos que realiza una persona para controlar, demostrar u ocultar sus propios sentimientos frente a las respuestas emocionales, cuando esta respuesta se manifiesta con el propósito de liberar emociones, recibe el nombre de descarga emocional, esta manifestación ha sido descrita como catarsis, cuya función consiste en permitir a la persona liberar las emociones, expresar los propios sentimientos llegando a desarrollar manifestaciones emocionales intensas como el llanto o dirigirse con una conducta hacia agresiva (Peña Ruiz, 2012).

La resolución del problema tiene el propósito de evitar la aparición de un estado de preocupación o ansiedad o desarrollar mecanismos similares a la inmunización, que le permitan responder de una manera efectiva al enfrentarse en el futuro e situaciones similares (Peña Ruiz, 2012).

Capítulo IV

Metodología

Capítulo IV: Metodología

4.1 Enfoque, alcance y tipo de diseño

4.1.1 Diseño

El diseño de investigación es no experimental, de corte transversal ya que se realizó sin manipulación de variables y en un tiempo determinado.

4.1.2 Enfoque

Se propuso la realización de un estudio tipo cuantitativo que permitió identificar la prevalencia de los trastornos mentales, a partir de una muestra representativa de la población general. En los estudios de prevalencia se mide cuantos casos de los trastornos mentales existen en la muestra poblacional, en un punto determinado del tiempo, lo que es equivalente a obtener una “fotografía” del problema (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 2014).

4.1.3 Tipo de investigación:

El estudio fue cuantitativo, ya que se buscó conocer la prevalencia de los casos de personas con trastornos mentales y su relación con las estrategias de afrontamiento (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 2014).

4.1.4 Tipo de investigación según su profundidad:

La profundidad fue de alcance correlacional; al buscar identificar la prevalencia de los trastornos mentales, en un punto determinado de tiempo sin importar su etiología ni cuando lo adquirieron y relacionar estos posibles trastornos con las estrategias de afrontamiento (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 2014).

4.1.5 Temporalidad

Es de corte trasversal, desarrollándose durante el mes junio, 2016.

4.2 Población y Muestra

4.2.1 Caracterización de la población

Ya que se propuso el objetivo de conocer la prevalencia de trastornos mentales en adultos de 4 comunidades del municipio de San Pedro Sula del departamento de Cortés se decidió seguir los datos del censo propuesto por el INE en la Encuesta Permanente de Hogares y propósitos múltiples, ya que el diseño muestral asegura que los datos son generalizables para toda la población (INE, 2013).

4.2.2 Marco poblacional

El marco poblacional lo constituyeron las 1,972.520 viviendas a nivel nacional registradas en el Censo Nacional de Población y Vivienda (INE, 2013), de las cuales en el municipio de San Pedro Sula en su casco urbano se reportaron 181.536 viviendas.

Tabla 5: Marco poblacional del municipio de San Pedro Sula

Total de viviendas a nivel nacional	Viviendas urbanas san Pedro Sula	Muestra de área urbana
1,972.520	181.536	300

Fuente: INE 2013

4.2.3 Muestreo

La muestra estimada para el municipio de San Pedro Sula, departamento de Cortés fue de 300 viviendas, calculadas por medio de la siguiente fórmula:

Fórmula para calcular muestras en poblaciones infinitas ≥ 100.000

4.2.4 Fórmula de muestreo

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

Tabla 6: Datos a considerar en Formula de Muestra

Criterio	Valor
Varianza(p)	75
Varianza(q)	25
Error Muestral(E)	5.00
Nivel de confianza(2)	2
Tamaño de la muestra	300

Fuente: (Bernal, 2010)

Donde se pretende encuestar a adultos de 18 años en adelante 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 75%.

4.2.5 Tipo de muestreo

Se seleccionó un tipo de muestreo no probabilístico por conveniencia, 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 etapas sucesivas.

Tabla 7: Cuadrantes de la muestra en San Pedro Sula

Cuadrante	Colonias	Viviendas totales	Viviendas a muestrear	% de Total
I Cuadrante	Colonia Santa Martha	1568	75	4.8
II Cuadrante	Colonia Jardines del Valle	1641	75	4.5
III Cuadrante	Barrio Rio de Piedras	1116	75	6.7
IV Cuadrante	Barrio Cabañas	5391	75	1.4
Un caserío El Pinal San Juan de Opoa	N/A			
TOTAL		9716	300	17.4%

Fuente: INE 2013

Etapa I

Se eligió el municipio de San Pedro Sula que es la cabecera departamental de Cortés se considera una zona urbana ya que cuenta con servicios publicos: educacion, trasporte, interaccion social, tratamiento de agua, desechos solidos, acceso a serivicios hospitalarios, actividad comercial y financiera entre otros.

Se trabajó con la división geográfica de los 4 cuadrantes de la ciudad (noroeste, noreste, suroeste y sureste) en cada uno se asigno una sub muestra, a través del Sistema de informacion geografica ARCGIS 10.3 que permitió seleccionar un barrio o colonia por cada cuadrante de la ciudad , el que tenga mayor numero de viviendas de cada cuadrante, tomando como base los datos del INE del año 2013 , según se muestra en la tabla 6.

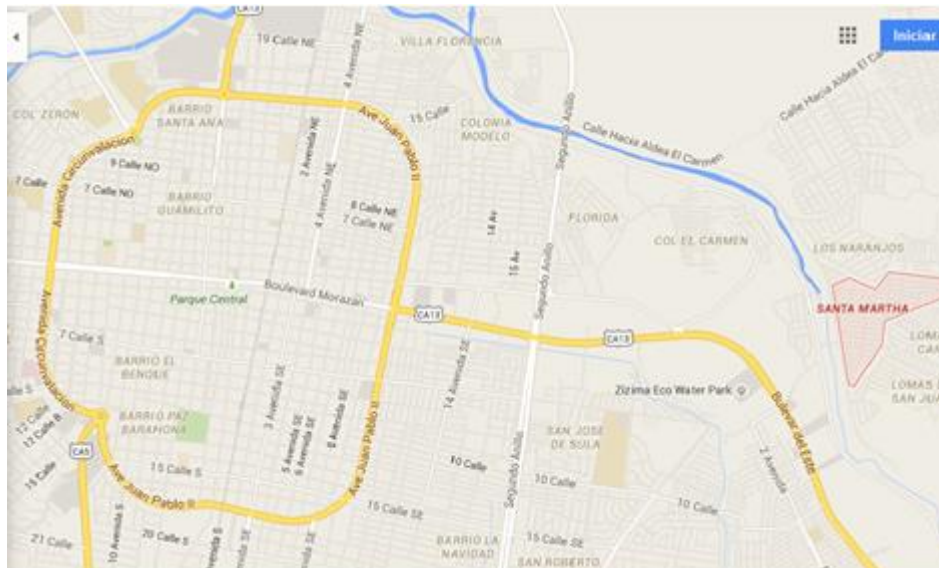


Figura 1: Cuadrante - Colonia Santa Martha¹

Fuente: Google Maps

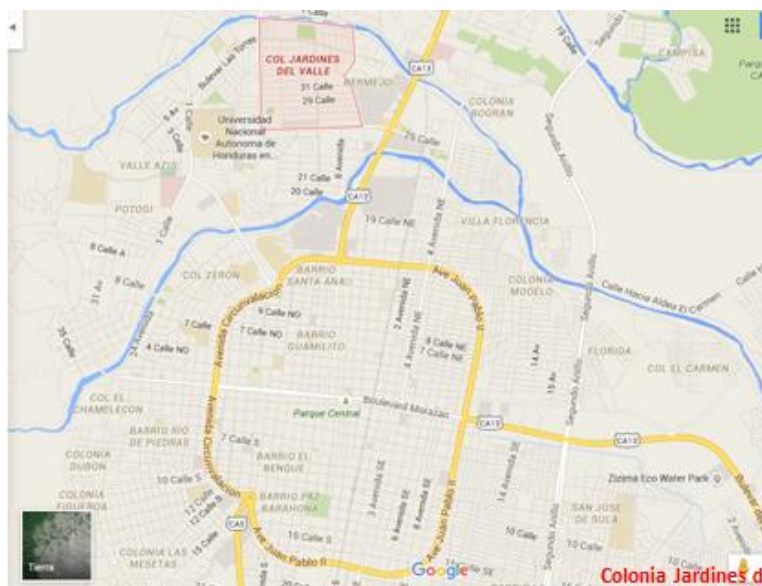


Figura 2: II Cuadrante - Colonia Jardines del Valle

Fuente: Google Maps

¹ Los mapas de este documento se crearon con el software ArcGIS® de Esri (Environmental Systems Research Institute, Inc). ArcGIS® y ArcMap™ son propiedad intelectual de Esri y se utilizan aquí bajo licencia. Copyright © Esri. Todos los derechos reservados.

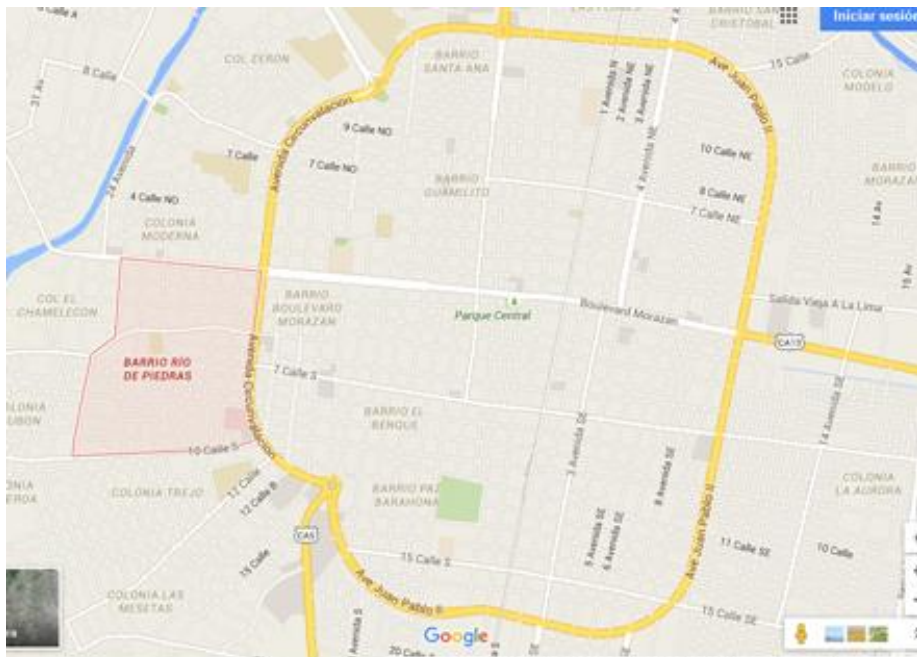


Figura 3: III Cuadrante - Barrio rio de piedras

Fuente (Google Maps)

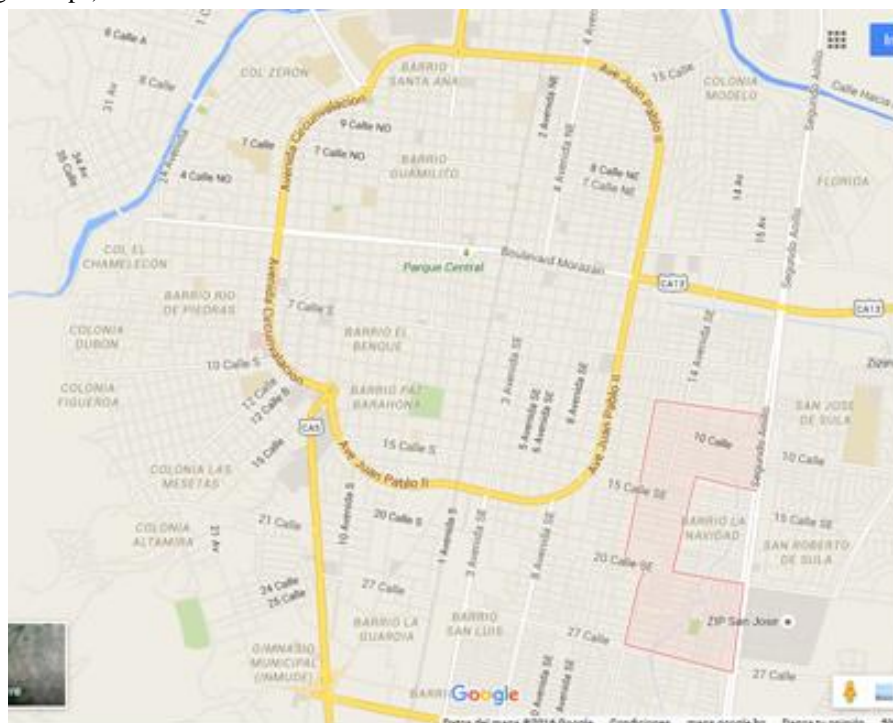


Figura 4: IV Cuadrante - Barrio Cabañas

Fuente (Google Maps)

Etapas II

Para la selección de las viviendas a consultar se realizó un muestreo no probabilístico, para lo cual se utilizó el factor K: que es el número de viviendas entre el número de casas a ser consultados (# de viviendas/# de casas a ser consultados).

Etapas III

La selección de las unidades de análisis se hizo en base a la edad y sexo.

Los rangos de edad fueron de 18 a 30, 31 a 50 y de 51 en adelante

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

De la muestra total, se propuso que se seleccionaran 150 mujeres y 150 hombres, distribuidos según rangos de edad. Correspondiendo 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.

Con estas etapas se buscó garantizar que todos los sectores de la población estuvieran representados en la muestra seleccionada.

Por el tipo de comunidades encuestadas se tornó imposible realizar este paso ya que algunas viviendas no eran habitadas por familias, sino que son locales comerciales o los moradores no respondían al llamado para aplicarles las encuestas recurriéndose a obtener la mayoría de sujetos posibles y así cumplir con la meta de la muestra de 300 sujetos.

4.3 Hipótesis

La OMS plantea que una de cada cuatro personas padece un trastorno mental alguna vez en su vida, estudios realizados en Honduras (Chirinos y otros, 2002) indican que los problemas mentales se han agudizado como consecuencia de la crisis socioeconómica y de inseguridad que vive el país, por lo que se plantea las hipótesis siguientes:

H₁: La población adulta de las 4 comunidades seleccionadas del municipio de San Pedro Sula del departamento de Cortés experimenta una prevalencia mayor del 35% de trastornos mentales.

H₀: La población adulta de las 4 comunidades seleccionadas del municipio de San Pedro Sula del departamento de Cortés experimenta una prevalencia menor del 35% de trastornos mentales.

H₂.- Las personas adultas de las 4 comunidades seleccionadas del municipio de San Pedro Sula del departamento de Cortés con trastornos mentales recurren a estrategias de afrontamiento de tipo racional para el manejo de las mismas.

H₀.- Las personas adultas de las 4 comunidades seleccionadas del municipio de San Pedro Sula del departamento de Cortés con trastornos mentales no recurren a estrategias de afrontamiento de tipo racional para el manejo de las mismas.

H₃.- Existe relación significativa entre la presencia de trastornos mentales y las estrategias de afrontamiento en la población del departamento de Cortés.

H₀.- La relación entre la presencia de trastornos mentales y las estrategias de afrontamiento en la población del departamento de Cortés no es significativa.

4.4 Especificación y operacionalización de las variables

Tabla 8: Especificación y Operacionalización de las variables

Objetivo Específico	Concepto	Variable	Dimensión	Indicadores
I.- Identificar los Probables Trastornos de mayor relevancia en el municipio de San Pedro Sula del departamento de Cortés	Según el DSM-5 (2013), Trastorne Mental se define Como un “Síndrome Caracterizado por una Alteración clínicamente Significativa del estado Cognitivo, de la regulación Emocional y/o del Comportamiento de un Individuo”	Trastornos Mentales	1. Ansiedad 2. Depresión 3. Psicosis. 4. Epilepsia 5. Dependencia de alcohol 6. Abuso de sustancias psicoactivas	a. Ataques de pánico, sudoración, temblores. b. Estado de ánimo depresivo. c. Pensamiento recurrente de Muerte. d. Alucinaciones, delirios. e. Convulsiones y dolor de cabeza. f. Frecuencia de beber g. Traumas sufridos.
II.-Describir las principales características sociodemográficas- (género, edad, Nivel Socioeconómico) Más frecuentes de las personas con trastornos mentales.	Según Tejada (2012) variables demográficas representan el conjunto de datos de naturaleza social que describen las Características de una población a partir de cuyo Análisis pueden hacerse Interpretaciones de su Comportamiento.	Socio - demográficas	Sexo: característica física que diferencia a un hombre de una mujer Edad: tiempo vivido desde el nacimiento hasta la fecha Estado civil: situación Jurídica concreta que posee un individuo con respecto a la familia, Nivel educativo: número de años de educación formal. Área geográfica: espacio de tierra delimitado por determinadas	a. femenino/ masculino b. 18 años en adelante c. casado / soltero/ unión d. básica / media / universitaria / ninguna e. Urbana / rural

Objetivo Específico	Concepto	Variable	Dimensión	Indicadores
			características Geográficas.	
			Ocupación:	f. obrero no calificado/sector industria/ sector privado / otros / Profesionales.
III. Identificar las estrategias de afrontamiento más utilizadas por las personas adultas del municipio de SPS	Afrontamiento Conjunto de respuestas que tratan de reducir las cualidades negativas o aversivas El afrontamiento es definido por Everly (1989, p. 44) “como un esfuerzo para reducir o mitigar los efectos aversivos del estrés, esfuerzos que pueden ser psicológicos o conductuales	Estrategias de Afrontamiento	Búsqueda de apoyo social Expresión emocional Abierta Religión Focalizado en la solución del problema Evitación Autofocalización negativa Reevaluación positiva	Necesidades de apoyo social Formas de expresión formas de enfrentar las dificultades Afilicación religiosa Evaluación y reevaluación Formas de focalización de problemas

Fuente: Elaboración propia

4.5 Técnicas de recolección de datos

Los instrumentos previstos para este estudio son de tamización en salud mental, caracterización poblacional y cuestionario de afrontamiento del estrés. Se utilizaron las siguientes herramientas:

4.5.1 Cuestionario SRQ

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 y De Arando, 1983).

Dichas investigaciones dieron origen al WHO Collaborative Study to Extent Mental Health Services, siendo algunas de las recomendaciones específicas, La de 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 (QHQ), y d) La Present State Examination (PSE) donde la persona debe contestar “si” 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.

Se presentan las bondades de las diferentes versiones existentes del SRQ de 20, 28, 30 y hasta 34.

- 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.
- Es de fácil aplicación y bajo costo.
- Permite la identificación de síntomas psiquiátricos.
- 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 (Illanes, Bustos, Vizcarra y Muñoz, 2007).

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 (Romero-Montes, Sánchez-Chávez, Lozano-Vargas, Ruiz –Grosso y Vega-Dienstmaier, 2016).

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 χ^2 al cuadrado un valor de significancia estadística de 0.05. Los resultados mostraron una prevalencia del 27.7% encontrando serios problemas de consumo de alcohol en la población encuestada (Puertas, Gloria; Ríos, Cielo y Del Valle, 2006).

Moncada (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?

El IUDPAS (2016) reportó que durante los primeros 9 meses de ese año ocurrieron en Honduras 6,249 muertes violentas por causas externas, 138 víctimas más que las registradas durante el mismo período el año anterior. Mensualmente ocurrieron 435 homicidios y un promedio 14 víctimas diarias durante los fines de semana (viernes a domingo) representado el 50.4% de los mismos y el 72.8% de las víctimas tenían edades comprendidas entre los 15 y 39 años. El 58.9% (2,305) de los homicidios se presentaron en los departamentos de Francisco Morazán, Atlántida y Cortés (IUDPAS, 2016).

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

4.5.2 Validación

Para esta investigación, el SRQ 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.

4.5.3 Validez de Adaptación

Se utilizó un instrumento que contenía los siguientes criterios:

Tabla 9: Ejemplo de criterios utilizados en el instrumento de validación

Criterios	Si	No
Claridad en la redacción		
Lenguaje adecuado para el nivel del informante		
Máximo de 20 palabras		
Sin uso de universalidades (ninguna o dobles negaciones)		

Fuente: elaboración propia

Las cuales fueron aplicadas a los 34 ítems; cada juez valoro con un “si” o un “no” y un espacio para las observaciones que consideraron pertinentes, incluyendo sugerencias de modificación o eliminación de ítems.

Los resultados obtenidos permitieron hacer modificaciones a los ítems: 14 y 23 de la siguiente forma:

Tabla 10: Ejemplo de modificaciones en ítems

# de ítem	Redacción anterior	Nueva redacción
14	¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?	¿Siente que es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?
23	¿Ha notado interferencias o algo raro en su pensamiento?	¿Ha notado pensamientos raros que le preocupan?

Fuente: elaboración propia

4.5.4 Validez de contenido

Esta consistió en valorar cada ítem considerando los criterios de:

- a. “es esencial”,
- b. “es útil pero no esencial”
- c. “no es necesario”

A continuación, los resultados obtenidos:

Tabla 11: Resultados obtenidos en valoración de Ítems

# de ítem	Indicador de confiabilidad	Decisión
1 – 6 – 8 – 9 – 10 – 12 – 16 17 – 18 – 20 – 23 – 24 – 25 27 – 28 – 29 – 30 -31 -32	> = 0.80	Los jueces los consideran validos en un 80%

2 -3 - 4 -7 -11 -13 -14 -15 - 19 -21 -22 -33 -34	Entre 60 y 79%	Considerado valido para los jueces
5 y 26		Fueron considerados útiles pero no esenciales y no hubo necesidad de modificarlos

Fuente: Base de datos de proceso de validación de instrumentos

4.5.5 Validez de constructo

Según los indicadores con base a los ítems seleccionados por los expertos se encontró que las sintomatologías para cada dimensión se manifiestan de la siguiente forma:

Tabla 12: *Ítems según tipo de trastorno mental*

Número de ítem	Trastorno
1 al 7 y 19	Ansiedad
8 al 18 y 20	Depresión
21 al 24	Psicosis
25	Epilepsia
26 al 29	Dependencia al alcohol
30 y 31	Consumo de drogas
32 al 34	Estrés postraumático

Fuente: Base de datos de proceso de validación de instrumentos

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 la dimensión dependencia de alcohol.

4.5.6 Curva de Curva de Eficacia Diagnóstica (ROC, siglas en inglés)

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 la sensibilidad como la capacidad de una prueba para detectar el trastorno cuando está presente y especificidad como la capacidad para descartar 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, definido como grupo control.

Este procedimiento permitió conocer los puntos de corte para Honduras en cada una de las sub-escalas quedando como se indican a continuación:

Tabla 13: Puntos de corte en sub-escalas

Trastorno	Ítem	Punto de corte	Sensibilidad	Especificidad
Ansiedad	1 al 7 y 19	4	95	.59
Depresión	8 al 18 y 20	4	90	.12
Psicosis*	21 al 24	1	95	.12
Epilepsia **	25	1		
Alcoholismo	26 al 29	2	85	.36
Dependencia a drogas	30 -31	1	65	.32
Estrés postraumático	32 al 34	2	1	.73

Fuente: elaboración propia

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

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

4.5.7 Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE)

El Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE) es una medida de auto informe diseñada para evaluar siete estilos básicos de afrontamiento:

La Escala de Estrategias de Coping (EEC) fue desarrollada por Chorot y Sandín (1987) con la finalidad de obtener una prueba psicométrica que evaluara un amplio espectro de formas de afrontamiento del estrés. La construcción de la escala se llevó a cabo según criterios teórico-racionales, y tomando como base el cuestionario de Lazarus y Folkman (1984) y los trabajos sobre

evaluación del afrontamiento de Moos y Billings (1982). Se tomó como marco teórico de referencia la organización que hacen estos últimos autores sobre las dimensiones generales del afrontamiento específico. Puede observarse que los 7 factores corresponden a las siete dimensiones básicas del afrontamiento que evalúa el cuestionario:

Tabla 14: Factores e indicadores de escala de afrontamiento

Factor	Ítem	Indicador
Factor 1	6	-Contar los sentimientos a familiares o amigos.
Búsqueda de apoyo social (BAS)	13	-Pedir consejo a parientes o amigos.
	20	-Pedir información a parientes o amigos.
	27	-Hablar con amigos o parientes para ser tranquilizados.
	34	-Pedir orientación sobre el mejor camino a seguir.
	41	-Expresar los sentimientos a familiares o amigos
Factor 2	4	-Descargar el mal humor con los demás.
Expresión emocional abierta (EEA)	11	-Insultar a otras personas.
	18	-Comportarse hostilmente.
	25	-Agredir a alguien.
	32	-Irritarse con la gente.
	39	-Luchar y desahogarse emocionalmente
Factor 3	7	-Asistir a la iglesia.
Religión (RLG)	14	-Pedir ayuda espiritual
	21	-Acudir a la iglesia para rogar se solucione el problema.
	28	-Confiar en que solucionara el problema.
	35	-Rezar.
	42	-Acudir a la iglesia para poner velas o rezar.
Factor 4	1	-Analizar la causa del problema.
Focalizado en la solución del problema (FSP)	8	-Seguir unos pasos concretos.
	15	-Establecer un plan de acción.
	22	-Hablar con las personas implicadas.
	29	-Poner en acción soluciones concretas.
	36	-Pensar definitivamente los pasos a seguir.
Factor 5	5	-Concentrarse en otras cosas.
Evitación (EVT)	12	-Volcarse en el trabajo y otras actividades.
	19	-Salir para olvidarse del problema.
	26	-No pensar en el problema.
	33	-Practicar deportes para olvidar.
	40	- Tratar de olvidarse de todo.
Factor 6	2	-Autofocalizarse negativamente
Autofocalización negativa	9	-No hacer nada ya que las cosas suelen ser malas.
	16	-Auto culpación.
	23	-Sentir indefensión respecto al problema.
	30	-Asumir la propia incapacidad.
	37	-Resignarse.
Factor 7	3	-Ver los aspectos positivos-
Reevaluación positiva (REP)	10	-Sacar algo positivo de la situación.
	17	-Descubrir que en la vida hay gente buena.
	24	-Comprender que hay cosas más importantes.
	31	-No hay mal que por bien no venga.
	38	-Pensar que el problema pudo ser peor.

Fuente: (Sandin-Chorot, 2003)

Con objeto de examinar la existencia de posibles dimensiones más generales del CAE, llevaron a cabo estudios basándose en las saturaciones que poseen los diferentes factores primarios en los factores de orden superior, parece claro que el primer factor corresponde a una dimensión relacionada fundamentalmente con el problema o la situación estresante, y con componentes más bien lógicos o racionales, mientras que el segundo factor representaría más bien los componentes emocionales del afrontamiento. La correlación entre ambos factores fue de -0,20. El cual ha sido agrupada en dos grandes escalas.

Una *primera* escala Afrontamiento activo del estrés; que permite medir, la resolución del problema que incluye a) Estrategias cognitivas y conductuales encaminadas a eliminar el estrés modificando la situación que lo produce b) Restauración cognitiva; estrategias cognitivas que modifican el significado de la situación estresante c) Apoyo social; estrategia referida a la búsqueda de apoyo emocional y d) Expresión emocional; estrategia encaminada a liberar las emociones que acontecen en el proceso de estrés.

Segunda escala: Afrontamiento pasivo del estrés, entre las que se encuentran: a) Evitación de problemas, incluye la negación y evitación de pensamientos o actos relacionados con el acontecimiento estresante b) Pensamiento desiderativo; estrategia cognitiva que reflejan el deseo de que la realidad no fuera estresante c) Retirada social; Estrategia de retirada de amigos, familiares, compañeros y personas significativas asociadas con la reacción emocional en el proceso estresante y d) Autocrítica; autoinculpación y la autocrítica por la ocurrencia de la situación estresante o su inadecuado manejo (Peña Ruiz,2012).

El instrumento ha mostrado propiedades psicométricas y obtuvo un Alfa de Crombach (fiabilidad) promedio de 0.79 para las siete escalas.

Su corrección es cuantitativa y se califica de 0 a 4 puntos, donde:

Tabla 15: Puntaje de CAE

Puntaje	Valoración
0	Nunca
1	Pocas veces
2	A veces
3	Frecuentemente
4	Casi siempre

Fuente: (Sandin-Chorot, 2003)

En cuanto a la validez y confiabilidad la media del coeficiente de confianza o de correlación r de Pearson es de 0.42, El Alfa de Crombach es de 0.91, lo que deduce la validez del instrumento puesto que se halla dentro de lo admisible (Verana Freire).

4.5.8 Procedimiento

Se organizó un grupo de 12 maestrantes de la primera promoción de la Maestría en Psicología Clínica de la UNAH para emprender un estudio a nivel nacional y se dividió por departamentos, en atención al eje de investigación *población y condiciones de vida*, que a se propone generar conocimiento sobre los grandes desafíos de la salud en Honduras, concretamente en la línea *salud mental y sociedad*, de este macro proyecto se trabajó en 10 departamentos , enmarcado dentro de las líneas prioritarias de investigación de la UNAH.

Este estudio específicamente corresponde a 4 comunidades del municipio de San Pedro Sula, departamento de Cortes, es considerado una zona urbana ya que cuenta con los servicios públicos y es la segunda ciudad de la republica de Honduras, considerada la capital industrial. Su objetivo es conocer la posible prevalencia de los trastornos mentales y su relación con las estrategias de afrontamiento por adultos de dicho municipio.

Preparación de equipo de levantamiento de datos:

La investigadora capacitó al licenciado en Psicología, Manuel Orellana docente de la Escuela de Ciencias Psicológicas de UNAH – VS y un equipo de 24 jóvenes estudiantes de la carrera de psicología de la UNAH – VS quienes ya habían cursado asignaturas de Métodos de Investigación y que conocieran la zona a encuestar con el propósito de recolectar la información.

- Trabajo de campo:

Se aplicaron las encuestas en las 4 colonias seleccionadas una de cada cuadrante de la ciudad.

- Procesamiento de datos:

Se analizaron estadísticamente con el cruce de las respectivas variables por medio del SPSS.

Capítulo V

Análisis e interpretación de resultados

Capítulo V: Análisis e interpretación de resultados

El análisis e interpretación de datos se desarrolló en dos partes, en la primera parte se realizó un análisis descriptivo, en el cual se construyeron cuadros de frecuencias y representaciones gráficas de las variables en estudio; en la segunda parte se recurrió a un análisis inferencial donde se comprobaron las hipótesis planteadas por medio del coeficiente de correlación de Spearman para buscar la correlación entre la prevalencia de trastornos mentales y las estrategias de afrontamiento. Para realizar lo antes expuesto se utilizó como ayuda el Software Microsoft Excel versión 2010 y el Programa Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS versión 21).

Variables

- Trastornos mentales, se define como un síndrome de caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, de la regulación emocional y/o del comportamiento de un individuo (DSM, 2014). En esta investigación se trabajó con las siguientes sintomatologías: *ansiedad, depresión, alcoholismos, drogadicción, estrés postraumático y epilepsia*.
- Las sociodemográficas, son un conjunto de datos de naturaleza social que describen las características de una población a partir de cuyo análisis pueden hacerse interpretaciones de su comportamiento (sexo, edad en rangos, educación/escolaridad, ocupación, religión y estado civil).
- *Estrategias de afrontamiento*, son los esfuerzos cognitivos y conductuales dirigidos a manejar las demandas internas o externas que son evaluadas como algo que agrava o excede los recursos de las personas; es decir, que ayuda para tratar tanto con las demandas

generadoras del estrés, como con el malestar psicológico que suele acompañarlos (Sandin-Chorot, Cuestionario de Afrontamiento del Estres(CAE), 2003). En esta investigación se trabajó con las siguientes estrategias de afrontamiento: *búsqueda de apoyo social, expresión emocional abierta, religión, focalización en la solución de problemas, evitación, autofocalización negativa y reevaluación positiva.*

5.1 Caracterización de la Población

La muestra de la población la constituyeron 299 personas, mayores de 18 años; 75 de cada cuadrante del municipio de San Pedro Sula, encontrándose que el 37% fueron del sexo masculino y 63% del sexo femenino, en relación al estado civil se encontró que el 50% son solteros, el 23% son casados, el 21% están en unión libre, el 3% son viudos, y otro 3% están separados. En relación a la ocupación se encontró que el 34% son obreros no calificados, un 22% están en el área de servicio, un 14% están en el sector industrial, un 13% son profesionales y un 8% están en otras actividades. Los rangos de edad con los que se trabajó fueron en un 44% entre 18 – 30 años, 43% entre 31 -50 años y 13% de 51 o más años.

Tabla 16: Porcentaje de variables demográficas

Variable	Indicador	Porcentaje	Frecuencias
Sexo	Masculino	37%	82
	Femenino	63%	140
Estado civil	Soltero	50%	111
	Casado	23%	51
	Unión libre	21%	47
	Viudo	3%	7
	Divorciado	0%	
	Separado	3%	7
Ocupación	Profesionales	13%	29
	Servicio	22%	49
	Industria	14%	31
	Obreros	34%	75
	Otros	8%	18

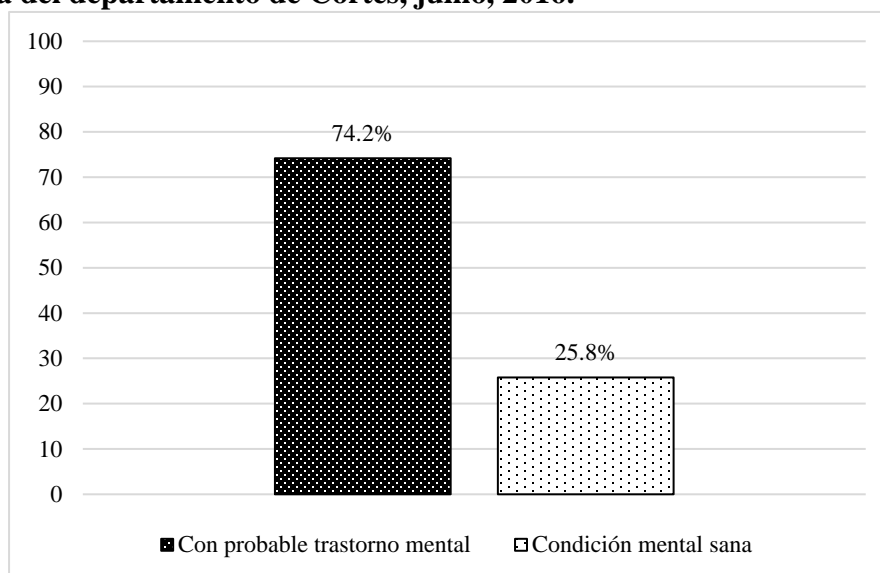
Religión	Católica	33%	73
	Evangélica	49%	109
	Ninguna	13%	29
	Otra	5%	11
Edad	18-30	44%	100
	31-50	43%	95
	51-delante	13%	29

Fuente: Elaborado en base a encuesta aplicada a la muestra de la población adulta del municipio de San Pedro Sula, departamento de Cortés, 2016.

5.2 Prevalencia de trastornos mentales

Este análisis se realiza en base a la presencia de síntomas que mide la escala SRQ del padecimiento de trastornos mentales con el propósito de comprobar la hipótesis de trabajo número 1 que plantea que dicha prevalencia es mayor que la planteada por estudios precedentes.

Figura 5. Prevalencia de trastornos mentales en población adulta de 4 comunidades del área urbana del departamento de Cortés, junio, 2016.



Fuente: Elaborado en base a encuesta aplicada a la muestra de la población adulta de 4 comunidades del área urbana, departamento de Cortés, 2016.

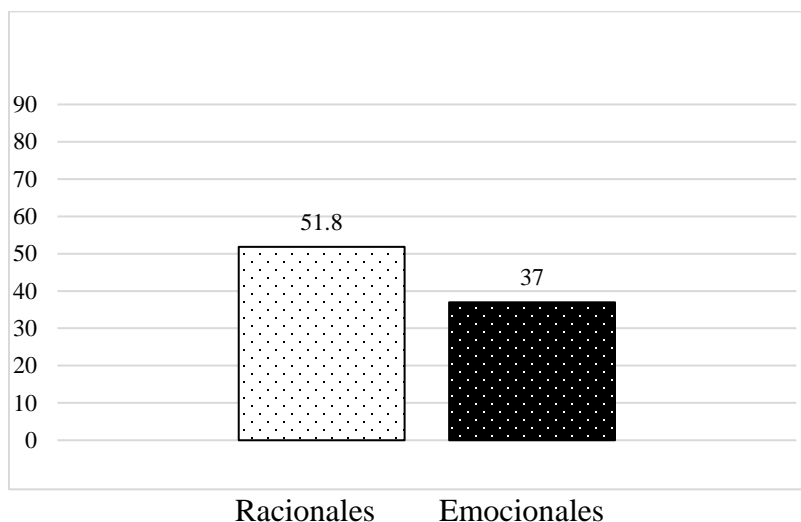
La figura 5 muestra, basándose en la Escala SRQ que la población adulta de las 4 comunidades del municipio de San Pedro Sula, departamento de Cortés presenta algún trastorno mental es de

74% en contraste con un 26% (aproximando los resultados) que no presentan síntomas de un trastorno mental lo que permite rechazar la hipótesis nula ya que se excede de los parámetros internacionales propuestos por la OMS que es de un 25% y se ha incrementado en Honduras en relación al estudio de Chirinos y otros (2002) que estableció una prevalencia del 35%.

5.3. Estrategias de Afrontamiento

Las estrategias de afrontamiento son los mecanismos a los que el ser humano recurre para enfrentar las situaciones adversas de la vida, por lo que se exploró cuáles son las más usadas por la población objeto de estudio.

Figura 6: **Puntuaciones promedio de las estrategias de afrontamiento por los adultos de 4 comunidades del municipio de SPS, departamento de Cortés.**



Fuente: Base de datos aplicación del CAE, junio, 2016 en 4 comunidades del municipio de San Pedro Sula departamento de Cortés.

En la figura 6 se puede determinar que un 51.8% recurre a estrategias de afrontamiento de tipo racional mientras que hay un 37% que recurre a estrategias de afrontamiento de tipo emocional.

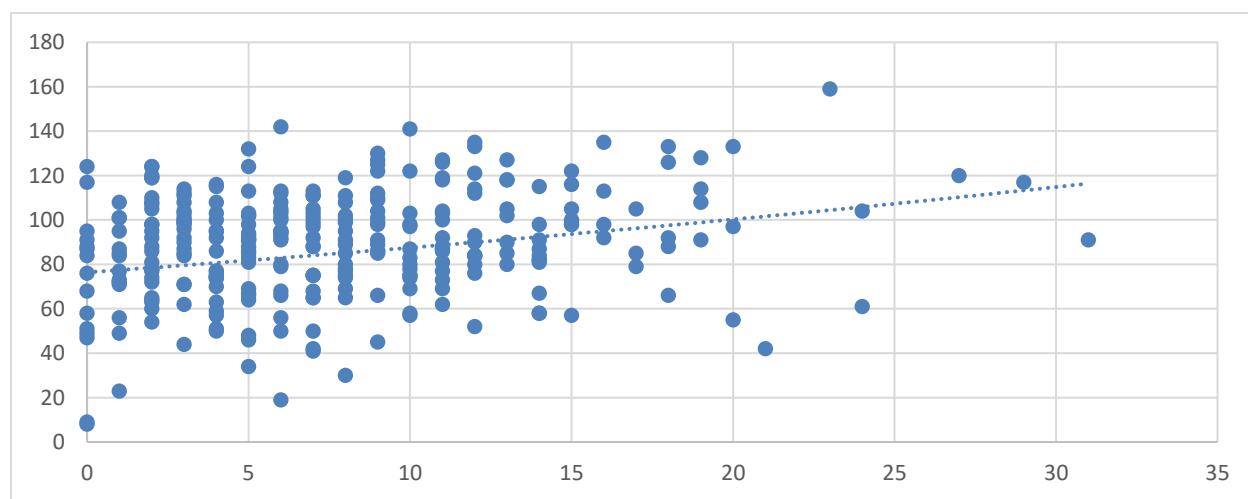
Tabla 17: Correlación entre trastornos mentales y estrategias de afrontamiento

Rho de Spearman	N	Coefficiente de correlación	Sig. (bilateral)
Trastornos mentales y estrategias de afrontamiento	299	.202**	0.000

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

Fuente: elaboración propia

Figura 7. Trastornos mentales y estrategias de afrontamiento



Fuente: elaboración propia

La figura 7 muestra el coeficiente de correlación de probables trastornos mentales con el uso de estrategias de afrontamiento cuyo desarrollo podría estar vinculado en parte, a las experiencias traumáticas por el fenómeno de la violencia, vivida por la población de las 4 comunidades del municipio de San Pedro Sula, observándose una correlación directa ($\rho=0.202$).

Dicha correlación indica que en la medida que la población manifiesta problemas de salud mental recurre a las distintas estrategias de afrontamiento ya sean estas de tipo racional como emocional.

5.4 Análisis de prevalencia por tipo de trastorno mental

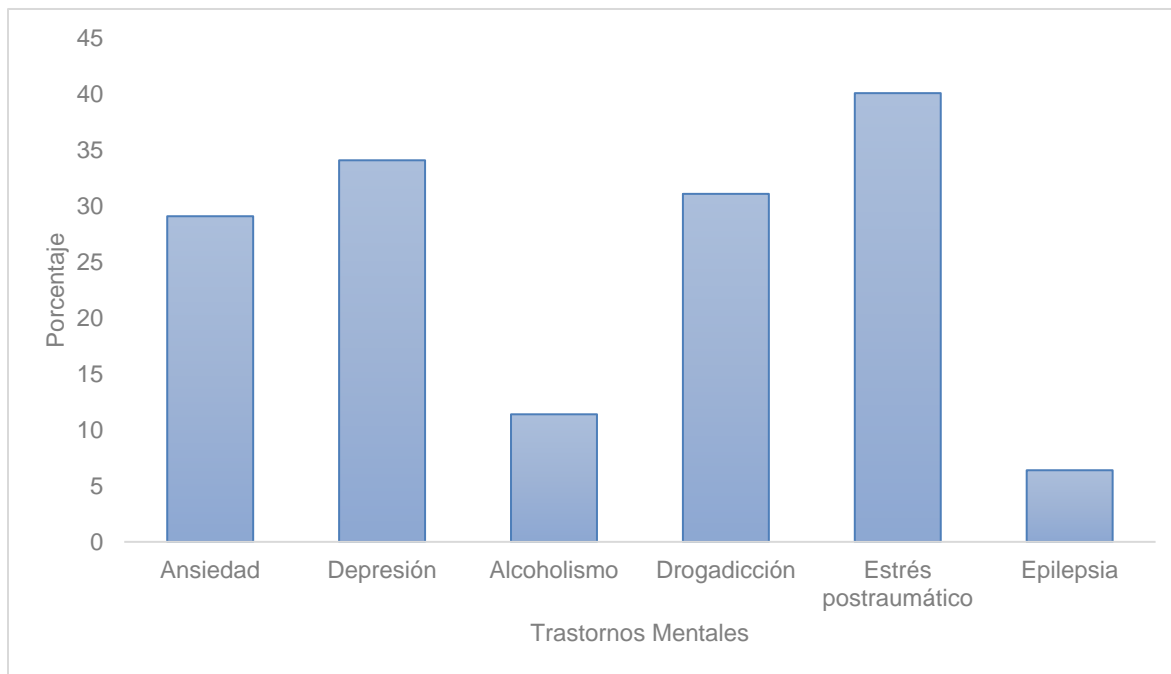
En la tabla 18 se muestra un resumen de las personas que experimentan diferentes sintomatologías y sus prevalencias. De las 299 personas estudiadas, 87 mostraron síntomas de ansiedad, 102 de ellas y ellos muestran o experimenta síntomas depresión, 34 personas del estudio expresan tener síntomas de alcoholismo, 93 de ellas tienen síntomas con las drogas, 120 experimentan síntomas asociados al estrés postraumático, y finalmente, 19 personas han tenido episodios de epilepsia (ver figura 8).

Tabla 18: Distribución de frecuencias de los trastornos mentales, en 4 comunidades del San Pedro Sula, 2016

Trastornos mentales	Frecuencia	Porcentaje
Ansiedad	87	29.1
Depresión	102	34.1
Alcoholismo	34	11.4
Drogadicción	93	31.1
Estrés postraumático	120	40.1
Epilepsia	19	6.4

Fuente: Elaboración propia

Figura 8: Distribución de trastornos mentales en la población adulta en 4 comunidades del municipio de San Pedro Sula, departamento de Cortes, 2016.



Fuente: Elaborado en base a encuesta aplicada a la muestra de la población adulta de 4 comunidades del municipio de San Pedro Sula del departamento de Cortés, 2016.

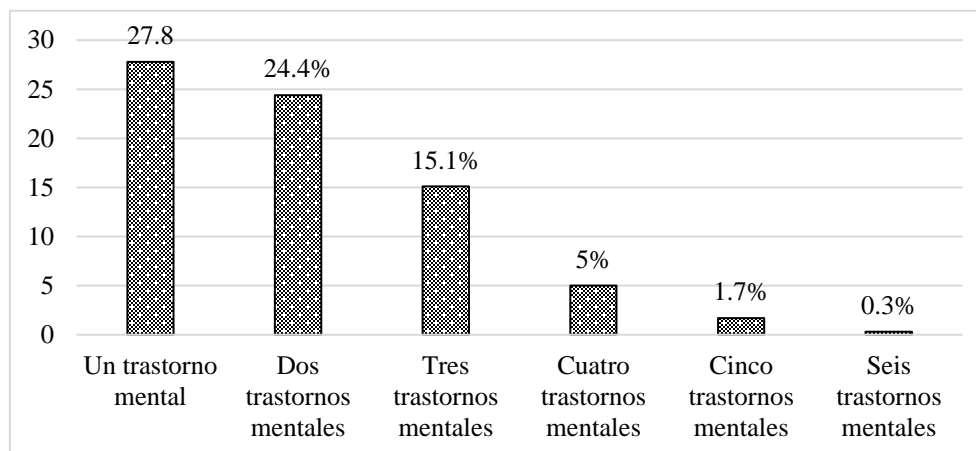
En la figura 8 se puede apreciar que el trastorno de estrés postraumático es el de mayor prevalencia y podría presentarse en un 40% de la población, depresión se puede presentar en un 34%, drogadicción en un 31%, ansiedad en un 29%, alcoholismo en un 11% y epilepsia es de menor frecuencia con un 6%(aproximando los resultados), resultados que se pueden entender en base a lo reportado en el informe del IUDPAS de septiembre de 2016 donde se refleja un alto número de los decesos producto de la inseguridad social manifiesta en la ciudad, estos en condiciones de altos niveles de violencia, con armas de fuego de alto calibre , en muchos de los casos con evidencia de tortura, encontrándose casos de víctimas desmembradas, colocados en costales abandonados en lugares solitarios o en la vía pública.

Estos hechos son divulgados a diario por los diversos medios de comunicación, hecho que contribuye a que los ciudadanos se mantengan en un estado de permanente tensión y temor por su propia seguridad, esta situación afecta de forma directa o indirecta a la comunidad en estudio.

5.5 Prevalencia de la comorbilidad de trastornos mentales en la población adulta de 4 comunidades del municipio de San Pedro Sula del departamento de Cortés.

Este análisis presenta resultados encontrados en relaciona la probabilidad de que la población estudiada presente síntomas de más de un trastorno mental.

Figura 9: *Prevalencia de comorbilidad de trastornos mentales en la población adulta de 4 comunidades del municipio de SPS del departamento de Cortés, 2016.*



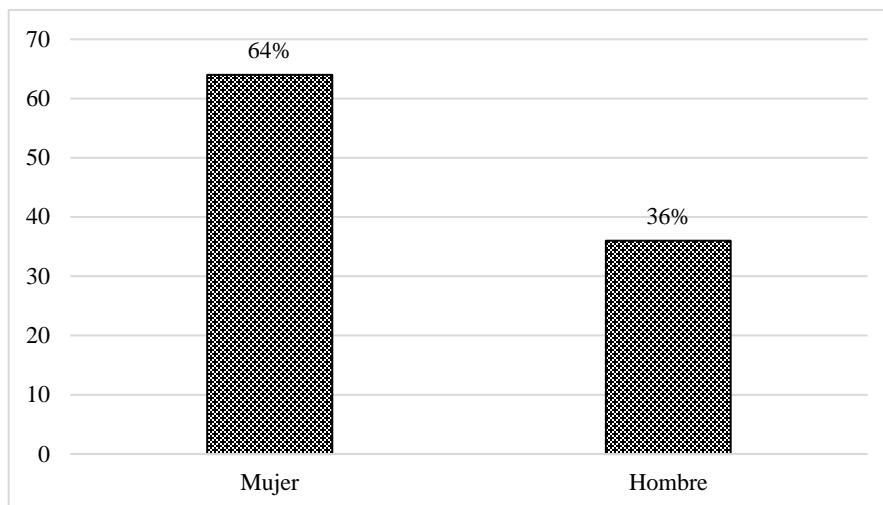
Fuente: Elaborado en base a encuesta aplicada a la muestra de la población adulta de 4 comunidades del municipio de San Pedro Sula del departamento de Cortés, 2016.

La figura 9 muestra que la población estudiada puede presentar síntomas de más de un trastorno mental, encontrándose que el 24% puede tener síntomas 2 trastornos mentales, un 15.1% puede presentar síntomas de 3 trastornos mentales, un 5% puede presentar síntomas de 4 trastornos mentales y hay un 2% que puede tener síntomas de 5 o 6 trastornos mentales (Aproximando los resultados).

5.6 Prevalencia de trastorno mental según sexo.

Por medio de este análisis se pretendió explorar si existe diferencia al presentar trastornos mentales según el sexo de la población estudiada.

Figura 10: **prevalencia de trastorno mental según sexo**



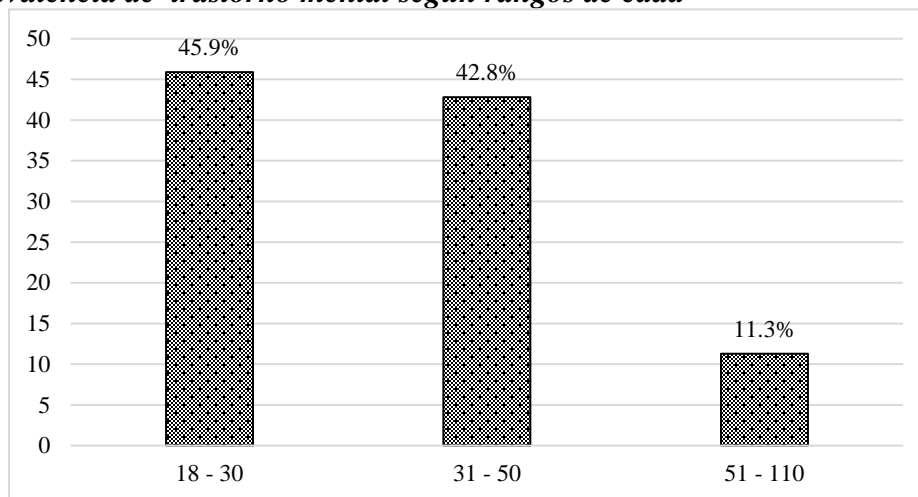
Fuente: Base de datos aplicación del SRQ 2016 en 4 comunidades del municipio de San Pedro Sula, departamento de Cortés.

Como lo muestra la figura 10, el 64% de la población femenina presenta trastorno mental y un 36% la pueden presentar la población masculina, esta presencia es de cualquiera de los trastornos estudiados.

5.7 Prevalencia de trastornos mentales y edad

Con este análisis se buscó conocer la relación entre la existencia de trastorno mental y la edad de las personas que presentan el riesgo.

Figura 11: *Prevalencia de trastorno mental según rangos de edad*



Fuente: Base de datos aplicación del SRQ, junio, 2016 en 4 comunidades del municipio de San Pedro Sula, departamento de Cortés.

La figura 11 muestra que el 46% de las personas que padecen trastorno mental están entre 18 y 30 años, un 43% son personas entre 31 y 50 años y que un 11% están entre 51 o más años (aproximando los resultados).

Según la tabla 19 de resultados los adultos en el municipio de San Pedro Sula la edad promedio en que se enferman es a los 35 años de edad.

Tabla 19: Estadísticas de grupo de edad

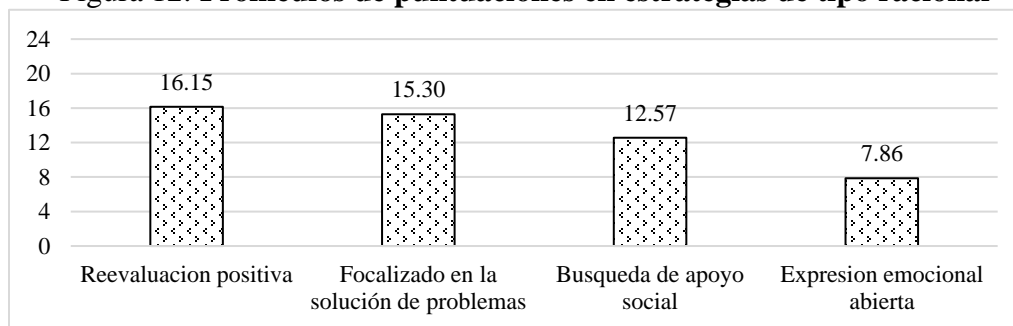
Edad	Prevalencia	N	Media	Desviación estándar	Media de error estándar
1		222	34,72	13,063	,877
0		77	39,01	14,549	1,658

Fuente: elaboración propia

5.8 Frecuencia de las estrategias de afrontamiento de tipo racional

Este análisis permitió conocer cuáles son las estrategias de afrontamiento de tipo racional más usadas por la población objeto de estudio.

Figura 12: Promedios de puntuaciones en estrategias de tipo racional



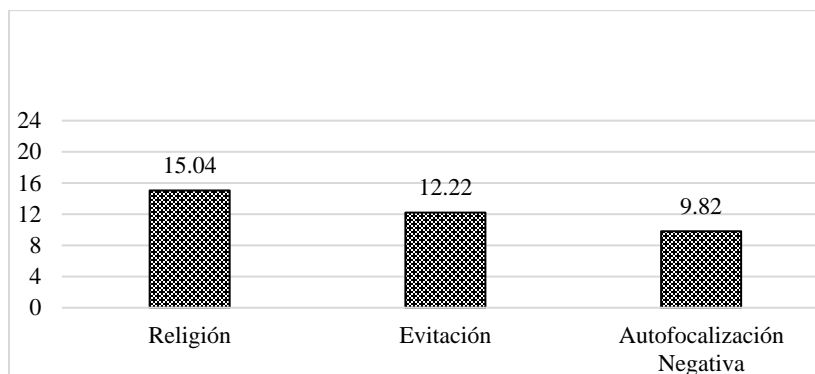
Fuente: Base de datos aplicación del CAE, junio, 2016 en 4 comunidades del municipio de San Pedro Sula, del departamento de Cortés.

La figura 12 muestra que la estrategia reevaluación positiva es usada por un 16.15% de la población, un 15.30% es la focalización en la solución del problema, un 12.57% busca apoyo social y un 7.86% utiliza la expresión emocional abierta.

5.9 Estrategias Afrontamiento emocionales

Algunas personas recurren a estrategias de afrontamiento emocionales para enfrentar las situaciones adversas de la vida, al explorarlas se encontró lo que la siguiente figura muestra:

Figura 13: **Promedios de puntuaciones en estrategias emocionales**



Fuente: Base de datos aplicación del CAE, junio, 2016 en el municipio de San Pedro Sula, departamento de Cortés.

La figura n° 13 muestra que entre las estrategias de afrontamiento emocionales la religión ocupa un 15%, la evitación misma un 12.22% y la auto focalización negativa.

5.10 Correlación entre trastorno mental con estrategias de afrontamiento racional y emocional

Por medio del análisis inferencial se logró determinar que si hay diferencias significativas entre los tipos de estrategias de afrontamiento a las que recurren las personas adultas del municipio de SPS del departamento de Cortes por lo que se acepta la hipótesis de trabajo y se rechaza la nula,

optando por estrategias emocionales, conducta que corresponde con las características de personalidad del latinoamericano.

Tabla 20: Correlaciones

		AERacional	AEEemocional
AERacional	Correlación de Pearson	1	,511**
	Sig. (bilateral)		,000
	N	299	299
AEEemocional	Correlación de Pearson	,511**	1
	Sig. (bilateral)	,000	
	N	299	299

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

Fuente: elaboración propia

Capítulo VI

Discusión

Capítulo VI: Discusión

El presente estudio tuvo como propósito analizar la prevalencia de trastornos mentales en la población adulta de 4 comunidades del municipio de San Pedro Sula del departamento de Cortés en relación con las estrategias de afrontamiento ante las situaciones adversas de la vida, este estudio se realizó en el mes de junio del año 2016.

Para su realización se aplicaron dos instrumentos; el SRQ y el CAE consultando además algunas características demográficas de la población objeto del estudio y pidiendo su consentimiento informado.

Los resultados reflejan que la población que presenta síntomas de algún trastorno mental es del 74% y que un 26% no manifiesta síntomas de trastorno, el que se encuentra con mayor frecuencia es el estrés postraumático con un 40%, tomando en cuenta que el municipio de San Pedro Sula en tiempos recientes ha sido señalado como la “ciudad más peligrosa del mundo” y que el IUDPAS en su boletín enero-septiembre 2016 señala que en esta ciudad se reportaron durante el año 2016; 634 homicidios, lo que representa un 78.4 % de las muertes ocurridas, 118 muertes por accidentes de tránsito, 44 muertes intencionales, de los homicidios un 69,6% fueron con arma de fuego y en la vía pública. Sin señalar la alta potencia de las armas usadas y las condiciones inhumanas que se evidencian en estos hechos pudiendo provocar en los habitantes un estado permanente de zozobra a la que se expone la comunidad en general y en particular los parientes para quienes no hay ningún programa de apoyo lo que podría explicar estos resultados (IUDPAS, 2016).

Ya que el estrés postraumático aparece cuando la persona ha sufrido, o ha sido testigo de una agresión física o una amenaza para la vida de uno mismo o de otra persona y cuando la respuesta emocional incluye terror o indefensión.

Resultados que coinciden con el estudio de la OMS llevado a cabo en 21 países, en donde más del 10% de los encuestados declararon que habían sido testigos de actos de violencia (21.8%) o habían sufrido violencia interpersonal (8.8%), accidentes (17.7%), exposición a conflictos bélicos (16.2%) o eventos traumáticos relacionados con seres queridos (12.5%). Se estima que un 3.6% de la población mundial ha sufrido un trastorno de estrés postraumático en el último año (OMS, 2013).

Desde una mirada psicosocial, el desplazamiento, que en muchos de los casos de violencia se dan, puede ser visto como un acontecimiento “estresor traumático” que pone a prueba la estabilidad personal y la solidez del núcleo familiar y social. Este fenómeno tiene su base en la reiterada violación de los derechos económicos, sociales, culturales y colectivos, y en la impunidad, y las transgresiones a las normas del Derecho Internacional Humanitario, Tassara & Jiménez (2000) citado por (Di-Collaredo, Aparicio Cruz, & Moreno, 2007).

En segundo lugar, se encuentra que la población consultada manifiesta el trastorno afectivo de la depresión con un 34%, con síntomas como la tristeza, pérdida de interés y la capacidad de disfrutar, sentimientos de culpa y baja autoestima en el informe de salud mental en el año 2013 se evidencia que también la depresión alcanzó el segundo lugar de los trastornos mentales que la población presentó (OMS, 2013).

Los adultos son los más afectados por síndromes depresivos y ansiosos, particularmente las mujeres, viudas o con hijos pequeños, que tienen que asumir la conservación del núcleo familiar

puede darse un descuido de apariencia personal externa (Di-Colleredo, Aparicio Cruz, & Moreno, 2007).

De hecho, uno de los mayores desarrollos teóricos del afrontamiento surge del modelo cognoscitivo del estrés desarrollado por Lazarus y Folkman (1986), a partir de las investigaciones desarrolladas en el Berkeley Stress and Coping Project en los años setenta. Desde este modelo, el afrontamiento se define como “aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas o internas.

Las estrategias de afrontamiento son eficaces solo si contribuyen al bienestar fisiológico, psicológico y social de la persona. La eficacia de las estrategias de afrontamiento descansa en su habilidad para manejar y reducir el malestar inmediato, así como en sus efectos a largo plazo, en términos de bienestar psicológico y en el estado de salud, Snyder (1999) citado por (Di-Colleredo, Aparicio Cruz, & Moreno, 2007).

En tercer lugar, se encuentran los problemas relacionados con conductas de adicción a drogas con un 31%. En el caso particular de Honduras un estudio realizado por Chirinos (2002) reportó una prevalencia del 35% en lo relativo a los trastornos mentales, dicho estudio demostró que el caso de algunos trastornos, al igual que otros países en vías de desarrollo, obedece al incremento del abuso de sustancias psicoactivas y este es 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).

La población estudiada presenta síntomas de más de un trastorno mental, encontrándose que el 24.4% tiene síntomas de 2 trastornos mentales, un 15.1% tiene síntomas de 3 trastornos

mentales, un 5% tiene síntomas de 4 trastornos mentales y hay un 2% que tiene síntomas de 5 ó 6 trastornos mentales. Resultado que va en consonancia con lo reportado en estudios previos donde se manifiestan 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 (OMS, 2013).

En cuarto lugar, se manifiestan trastornos de ansiedad con un 29.1%. Según el género se determinó que un 64% de la población que presenta algún trastorno mental son mujeres y un 36% son hombres.

El 45.9% de las personas que presenta trastorno mental esta entre 18 y 30 años, un 42.8% son personas entre 31 y 50 años y un 11.3% están entre 51 o más años. Realidad que puede verse influenciada por el hecho que de los 634 homicidios ocurridos en la ciudad de San Pedro Sula el 76.7% su edad oscilaba entre 15 y 39 años (IUDPAS, 2016).

Un 51.8% recurre a estrategias de afrontamiento de tipo racional, la estrategia reevaluación positiva es usada por un 16.15% de la población, un 15.30% es la focalización en la solución del problema, un 12.57% busca apoyo social y un 7.86% utiliza la expresión emocional abierta emocional y un 37% recurre a estrategias de tipo emocional; La religión ocupa un 15%, la evitación un 12.22% y la auto focalización negativa un 9.82%.

El apoyo en la religión, es visto como una estrategia al servir como apoyo emocional para muchas personas lo que facilita el logro posterior de una reinterpretación positiva y el uso de estrategias más activas de afrontamiento. De tal manera que en un estudio denominado afrontamiento religioso y ajuste psicológico para el estrés, encontró que personas que buscan apoyo espiritual, realizan obras de beneficencia y se integran a grupos de crecimiento espiritual,

disminuyen la tensión causada por los diferentes estresores y aumentan su autoestima, además se adaptan de manera más adecuada a las circunstancias, Vasconcelles (2005), citado por (Di-Colleredo, Aparicio Cruz, & Moreno, 2007)

Según Sacipa (2003), sostiene que en un estudio acerca de los significados se encontró que la religión fue definida por las personas entrevistadas como otra dimensión desde donde se construye sentido de vida, se identificó como un aspecto humano que atraviesa la vida de todas las personas, otorgándole un carácter divino. La confianza y la fe en un ser supremo es fuente de esperanza ya que, partiendo de una doctrina basada en el amor, se cree fielmente en que nunca, a pesar de los hechos, estarán desprotegidos, citado por (Di-Colleredo, Aparicio Cruz, & Moreno, 2007).

El modelo de afrontamiento de Lazarus sugiere que resulta difícil predecir que estrategias de afrontamiento serán eficaces en las distintas situaciones, ya que tanto las estrategias centradas en los problemas como las centradas en la emoción son interdependientes y funcionan simultáneamente para crear la respuesta de afrontamiento general en cualquier situación.

Es necesario tener en cuenta que la aplicación de las dos funciones del afrontamiento, las centradas en el problema y las centradas en las emociones no son excluyentes, ya que una misma conducta puede servir para varias funciones. En general, todas las situaciones son potenciales disparadoras de las diferentes estrategias de afrontamiento, aunque parece haber características de la situación que influyen en la utilización de estrategias concretas.

Por lo general, se considera que el afrontamiento centrado en los problemas tiene más probabilidades de ser adaptativo cuando se puede hacer algo para alterar o controlar el suceso que provoca el estrés mientras que el afrontamiento centrado en la emoción tiene más probabilidades

de ser adaptativo cuando el individuo tiene poco control sobre el suceso o si sus recursos para abordarlo son reducidos.

Al relacionar las estrategias de afrontamiento de tipo racional con las de tipo emocional se encontró que estas últimas tienen un peso significativo en la población estudiada ya que el valor p es de 0.01, las estrategias emocionales tienen como función la regulación emocional que incluye los esfuerzos por modificar el malestar y manejar los estados emocionales evocados por el acontecimiento estresante. En términos generales, estos objetivos se pueden conseguir mejor a la persona evitando la situación estresante, reevaluando cognitivamente el suceso perturbador o atendiendo selectivamente a aspectos positivos de uno mismo o del entorno (Lazarus & Folkman 1986).

De tal manera que las formas de afrontamiento dirigidas a la emoción tienen más probabilidades de aparecer cuando ha habido una evaluación en donde no se puede hacer nada para modificar las condiciones lesionantes, amenazantes o desafiantes del entorno (Di-Colleredo, Aparicio Cruz, & Moreno, 2007).

En algunos casos los adultos tienen que asumir nuevos roles a nivel familiar. Hay una sobrecarga de trabajo especialmente en las mujeres que tienen que enfrentarse, en general, a problemas económicos al modificar su rol con respecto a la familia, Secretariado Nacional de Pastoral Social (2000) citado por (Di-Colleredo, Aparicio Cruz, & Moreno, 2007).

Son frecuentes los sentimientos de desvalidez e impotencia, la desorientación y arrancia emocional, con el agravante de la pérdida de la intimidad, que con anterioridad facilitaba el manejo privado del afecto y de las tensiones intrafamiliares. Puede surgir apatía o resistencia a las

iniciativas que busquen esfuerzo conjunto, para empezar a resolver los problemas, Castaño & Jaramillo (1998) citado por (Di-Collaredo, Aparicio Cruz, & Moreno, 2007).

Además como lo expresa Lazarus y Folkman (1984) las formas de afrontamiento dirigidas a la emoción tienen más probabilidades de aparecer cuando ha habido una evaluación en donde no se puede hacer nada para modificar las condiciones lesionantes, amenazantes o desafiantes del entorno, hecho que está estrechamente relacionado con las características culturales de la sociedad hondureña y la falta de recursos en el sistema de salud de Honduras.

Aunque el acontecimiento estresante haya terminado su final suscita todo un conjunto nuevo de procesos anticipatorios. Incluso el período de impacto o confrontacional contiene una serie de procesos de evaluación y de afrontamiento dirigidos no sólo al pasado y al presente, sino también al futuro. Los perjuicios y daños que ya han ocurrido contienen también elementos de amenaza en el sentido anticipatorio del término, y nunca es posible separar del todo, excepto para fines de análisis y comunicación, los procesos cognoscitivos y de afrontamiento asociados a cada etapa de un acontecimiento estresante (Lazarus & Folkman, 1986).

Conclusiones

Conclusiones

1. El presente estudio revela que la población adulta del municipio de San Pedro Sula del departamento de Cortés presenta un riesgo del 74 % de padecer algún trastorno mental de los que mide el Instrumento SRQ (depresión, adicción a drogas, Alcoholismo, epilepsia y estrés postraumático) diseñado por la OMS y que un 26% no presentan este riesgo.
2. El análisis de frecuencias señala que hay más personas que usan las estrategias de afrontamiento de tipo racional pero al hacer el análisis inferencial con diferencia de medias se encontró que son las estrategias de tipo emocional las que tienen una relación significativa en la población objeto del estudio.
3. Entre los trastornos mentales que puede presentar la población adulta del municipio de san pedro sula, en primer lugar, están el estrés postraumático, segundo lugar la depresión seguido por problema de adicción a drogas, ansiedad y alcoholismo.
4. La población estudiada puede presentar más de un trastorno mental; encontrándose que el 24.4% puede tener 2 trastornos mentales, un 15.1% puede presentar 3 trastornos mentales, un 5% puede presentar 4 trastornos mentales y hay un 2% que puede tener 5 o 6 trastornos mentales.
5. La probabilidad de presentar algún trastorno mental es mayor para la población femenina que para la masculina y la edad en que puede aparecer más es en el rango de 18 – 30 años.
6. La edad promedio en que las personas se enferman es a los 35 años, por lo que podrían diseñarse planes de acción preventiva orientada a este grupo etario.
7. Entre las estrategias de afrontamiento las de tipo racionales son las más usadas que son las que corresponden a: reevaluación positiva, focalizado en la solución de problemas,

búsqueda de apoyo social y la expresión emocional abierta mientras que las de tipo emocional que se tipifican como evitativas se presentan en menor frecuencia.

8. Ante la posibilidad de manifestar algún trastorno mental se presenta una correlación positiva frente a las estrategias de afrontamiento emocionales de tal manera que la población recurre a ellas para enfrentar el posible trastorno.
9. Para la realización de este estudio se validó el SRQ y se determinaron los puntos de corte para la población hondureña convirtiéndose este instrumento en un aporte a la comunidad científica del país específicamente al sector salud.
10. Al ser este tema poco investigado, aunque es uno de los fenómenos sociales que involucra a gran parte de la población, y que genera una serie de consecuencias a nivel psicológico, y que afecta las diferentes áreas de funcionamiento de los individuos, provee a la comunidad de un marco de referencia teórico, además de que puede dar iniciativa a programas de intervención, como es un de programas de apoyo social en las comunidades.

Recomendaciones

Recomendaciones

1. Integrar los resultados del eje común de salud mental del presente estudio con el propósito de divulgarlos en la comunidad vinculada a la atención de la salud mental del país.
2. Promover la réplica de este estudio en los departamentos que no se les logro dar cobertura con el propósito de hacer un mapa de la condición de salud mental en el país.
3. Promover la creación del observatorio de la salud mental en el país con el propósito de obtener datos estadísticos de la condición de salud mental.
4. Promover y diseñar programas de prevención de problemas de salud mental dirigidos a la población en riesgo (jóvenes entre 18-30 años).
5. Divulgar estos resultados en la comunidad académica del país; Universidades y Secretaria de Educación con el propósito de sirvan de apoyo en sus planes de estudio.
6. Promover la creación de un programa de divulgación de temas relacionados con la salud mental en los medios de comunicación masiva del país.

Referencias Bibliográficas

Referencias bibliográficas

- Help Age International, Merlin y Norwegian Refugee Council, ACAPS. (2013). *Otras Situaciones de Violencia en el Triángulo del Norte Centroamericano. Triángulo Norte de Centroamérica: ACAPS.*
- Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. (2014). *Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto.* Galicia: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias.
- Aguilar, M., Rovelo, M., Padgett, D., & Reyes, A. (2000). Evaluación de Salud Mental en los Médicos Residentes de los postgrados de Medicina de la UNAH. *Revista Médica Post grados UNAH*, 3.8.
- Alcerro Castro, D. R. (1952). Estado Actual y Futuro de la asistencia psiquiátrica en Honduras. *Revista Médica Hondureña*, 486-491.
- Bados, A. (22 de Mayo de 2015). Trastorno por Estrés Postraumático. Barcelona: Universidad de Barcelona, Facultad de Psicología.
- Bernal, C. A. (2010). *Metodología de la Investigación* (Tercera Edición ed.). (O. F. Palma, Ed.) Colombia, Colombia: Pearson Educación.
- Burgos, A. (11 de Agosto de 2010). *Analfabetismo en Honduras*. Obtenido de www.tasadeanalfabetismoenhonduras.blogspot.com:
www.tasadeanalfabetismoenhonduras.blogspot.com
- 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 y Arango (1996), Manual de Psiquiatría para trabajadores de la HPS, serie Paltex, Número 1.
- Dagoberto, E. (octubre 2014). Reseña Histórica del Postgrado de Psiquiatría. *Revista Hondureña del Postgrado de Psiquiatría*, 4-5.
- Diario la prensa. (6 de Agosto de 2016). *Diario la prensa*.
- Di-Colleredo, C., Aparicio Cruz, D., & Moreno, J. (julio-diciembre de 2007). Descripción de los estilos de afrontamiento en hombres y mujeres ante la situación de desplazamiento. (U. S. Ventura, Ed.) *Psicología, avances de la disciplina*, 1(2), 125-156.
- DSM-5. (2014). *DSM-5, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. (5ta edición ed., Vol. Estandarizado). Arlington, Virginia, Estados Unidos de América: Asociación Americana de Psiquiatría.
- Espinoza, D. (2014). Reseña histórica del Posgrado en Psiquiatría. *Revista Hondureña del Posgrado en Psiquiatría*, 20-22.
- Fernández, S. (2012). *Perfil epidemiológico de la salud mental en México*. México D.F.: Secretaría de Salud.
- Funk, M. (2001). *Proyecto de Política de Salud Mental*. Ginebra, Suiza: OMS.
- García, G. (4 de Agosto de 2017). Hospital San Juan de Dios. (G. T. Martinez, Entrevistador)
- 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.

- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la Investigación* (Sexta Edición ed.). (S. D. INTERAMERICANA EDITORES, Ed.) Distrito Federal, México, México: McGRAW-HILL.
- Hospital Mario Mendoza. (2016). *Informe estadístico*. Tegucigalpa.
- Organización Mundial de la Salud - IESM-OMS. (2008). *Informe Sobre El Sistema de Salud Mental en Honduras*. OPS / OMS.
- El Instituto Hondureño para la Prevención del Alcoholismo, Drogadicción y Farmacodependencia IHADFA (2004). *Consumo de drogas y salud mental en Honduras*. Tegucigalpa.
- Federación Mundial de Salud Mental - WFMH. (2012). *Depresión una crisis global*. Virginia, Estados Unidos.
- Instituto Nacional de Estadística, INE (2013). *Encuesta permanente de hogares de propósitos múltiples*. Tegucigalpa: Instituto Nacional de Estadística.
- Instituto Nacional de Estadística, INE (2013). *Población y empleo*. Obtenido de <http://www.ine.gob.hn>
- Instituto Universitario de Democracia, Paz y Seguridad, IUDPAS, (Diciembre de 2014). Obtenido de IUDPAS-UNAH: <http://iudpas.org/boletines/boletines-nacionales>.
- Instituto Universitario de Democracia, Paz y Seguridad - IUDPAS. (2016). Observatorio Nacional de la Violencia, Ciudad Universitaria. *Boletín enero a septiembre 2016*. Edición No.43, Tegucigalpa, Honduras.
- Klein, M. (1960). Sobre la salud mental. *Klein, M. (1960). Sobre la salud mental*. 7, 7. Obtenido de <http://www.gpbarcelona.org/melanie-klein-sobre-la-salud-mental/>

- 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*, 287-295.
- Moncada, G. (2013). *Prevalencia de Trastornos Mentales en Estudiantes Universitarios*. Tegucigalpa: Ciudad Universitaria.
- Moreno, (2012). El tratamiento de problemas psicológicos y de salud mental en atención primaria. *Salud Mental*, 315-328.
- Naciones Unidas. (2016). *Informe Mundial sobre las Drogas 2016*. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. 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*, 122-130.
- Organización Mundial de la Salud, OMS. (2013). Atención para el trastorno de Estrés postraumático. *la OMS publica unas directrices sobre la atención de salud mental para los eventos traumáticos*. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud, OMS. (2013). *Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020*. Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud, OMS. (2015). *Alcohol, nota descriptiva No. 349*. Ginebra: OMS.
- Organización Panamericana de la Salud. (2009). *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe*, Washington, D.C.
- 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. (2013). *Salud mental*, Washignton, DC.

- Organización Panamericana de la Salud. (2013). WHO-AIMS: Informe sobre los sistemas de salud mental en América Latina y el Caribe. Washington, D.C.
- 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 Posgrado, UNAH*, 74-78.
- Padilla, C. (28 de julio de 2017). Nuevo modelo de salud. (R. Martínez Linares, & G. Tábora Mears, Entrevistadores)
- Parker, E. (1990). Clínica y Salud.
- Peña Ruiz, M. A. (2012). *Afrontamiento y Salud Mental en el ámbito de la formación universitaria de Enfermería*. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid.
- 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. *Revista Perú Medicina, Salud Pública.*, 30-38.
- Portero Lazcano, G. (2015). DSM-5. Trastornos por consumo de sustancias. ¿Son problemáticos los nuevos cambios en el ámbito forense? *Cuad Med Forense*, 96-104.
- Posada, J. A. (2013). La salud mental en Colombia. *Biomédica*, 497-498.
- Puertas, Gloria; Rios, Cielo y Del Valle, Hernán. (2006) Prevalencia de trastornos mentales comunes en barrios marginales urbanos con población desplazada en Colombia. *Revista Panamericana Salud Publica*. Pag. 20(5)
- Ramirez, L. (2013). *Blog de la Representante de la OPS/OMS en Honduras*. Recuperado el 20 de Octubre de 2014, de Proyecto piloto de salud mental comunitaria para Valle de Angeles:
http://www.paho.org/hon/index.php?option=com_content&view=article&id=833:proyecto-piloto-salud-mental-comunitaria-valle-angeles&Itemid=225

- Restrepo, D. A. (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:
- Romero-Montes, Sánchez-Chávez, Lozano-Vargas, Ruiz –Grosso y Vega-Dienstmaaier. (2016) Estructura de la sintomatología psiquiátrica según el SRQ28 en pacientes ambulatorios con trastornos mentales evaluados en un hospital general de Lima. *Revista Neuropsiquiatría*, 79(3).
- Sandin-Chorot. (2003). Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE). *Revista de psicopatología y psicología clinica*, 39-54.
- Secretaría de Salud. (2005). *Plan nacional de salud 2021*. Tegucigalpa.
- Ubilla, E. (2009). El concepto de salud mental en la obra de Erich Fromm. *Revista Chilena Neuro-Psiquiátrica*, 47 (2): 153-162.
- Valencia, M. (2007). Trastornos mentales y problemas de salud mental. *Salud Mental*, 75-80.
- xplorhonduras.com. (julio de 2018). <http://www.xplorhonduras.com/>, 2018.
- Zanoletti, R. M. (2008). *Prevalencia dedentes de violencia en la infanciae trastorno mental en estudiantes de la carrera de medicina de la UNAH y su relacion con antec*. Tegucigalpa, DC.

ANEXOS

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES –

ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

INSTRUCCIONES

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

Datos Generales:

1. Edad:
2. Estado civil: 1. Soltero 2. Casado 3. Unión libre 4. Viudo
3. Religión: 1. Católico 2. Evangélico 3. Ninguna 4. Otra:
4. Procedencia:
5. Sexo: 1. Masculino 2. Femenino
6. Ocupación:
8. ¿Con quién o quiénes vive en su casa? (puede marcar varias opciones)
 1. Mamá 2. Papá 3. Hijos 4. Hermanos 5. Abuelos 6. Amigos
 7. Conyugue 8. Solo 9. Otro

SI NO

_____ 1. ¿Tiene frecuentes dolores de cabeza?

- _____ 2. ¿Tiene mal apetito?
- _____ 3. ¿Duerme mal?
- _____ 4. ¿Se asusta con facilidad?
- _____ 5. ¿Sufre de temblor de manos?
- _____ 6. ¿Se siente nervioso, tenso o aburrido?
- _____ 7. ¿Sufre de mala digestión?
- _____ 8. ¿Le cuesta pensar con claridad?
- _____ 9. ¿Se siente triste?
- _____ 10. ¿Llora usted con mucha frecuencia?
- _____ 11. ¿Tiene dificultad en disfrutar sus actividades diarias?
- _____ 12. ¿Tiene dificultad para tomar decisiones?
- _____ 13. ¿Tiene dificultad en hacer su trabajo?
- _____ 14. ¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?
- _____ 15. ¿Ha perdido interés en las cosas?
- _____ 16. ¿Siente que usted es una persona inútil?
- _____ 17. ¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?
- _____ 18. ¿Se siente cansado todo el tiempo?
- _____ 19. ¿Tiene sensaciones desagradables en su estómago?
- _____ 20. ¿Se cansa con facilidad?
- _____ 21. ¿Siente usted que alguien ha tratado de herirlo/la en alguna forma?
- _____ 22. ¿Es usted una persona mucho más importante de lo que piensan los demás?
- _____ 23. ¿Ha notado interferencias o algo raro en su pensamiento?
- _____ 24. ¿Oye voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no pueden oír?
- _____ 25. ¿Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo, con movimientos de brazos y piernas; con mordedura de la lengua o pérdida del conocimiento?
- _____ 26. ¿Alguna vez le ha parecido a su familia, sus amigos, su médico o a su líder religioso (sacerdote, pastor) que usted estaba bebiendo demasiado licor?
- _____ 27. ¿Alguna vez ha querido dejar de beber, pero no ha podido?
- _____ 28. ¿Ha tenido alguna vez dificultades en el trabajo (o estudio) a causa de la bebida, como beber en el trabajo o en el colegio, o faltar a ellos?
- _____ 29. ¿Le ha parecido alguna vez que usted bebía demasiado?
- _____ 30. ¿Le han sugerido, alguna vez, sus amigos o su familia que disminuya el consumo de drogas o sustancias psicoactivas?
- _____ 31. ¿Ha usado, alguna vez, bebidas alcohólicas, drogas o sustancias psicoactivas para relajarse, para sentirse mejor consigo mismo o para integrarse a un grupo?
- _____ 32. ¿Tiene sueños angustiantes sobre algún suceso violento que experimento o hay momentos en los que le parece como si estuviera reviviendo la experiencia violenta?
- _____ 33. ¿Evita actividades, lugares, personas o pensamientos que le recuerdan la experiencia violenta?
- _____ 34. ¿Se sobresalta o alarma fácilmente desde el suceso violento?

Cuestionario de Afrontamiento del Estrés

Instrucciones: En las páginas que siguen se describen formas de pensar y comportarse que la gente suele emplear para afrontar los problemas o situaciones estresantes que ocurren en la vida. Las formas de afrontamiento descritas no son ni buenas ni malas, ni tampoco unas son mejores o peores que otras. Simplemente ciertas personas utilizan unas formas más que otras.

Para contestar debe leer con detenimiento cada una de las formas de afrontamiento y recordaren qué medida Ud. la ha utilizado recientemente cuando ha tenido que hacer frente a situaciones de estrés.

Rodee con un círculo el número que mejor represente el grado en que empleó cada una de las formas de afrontamiento del estrés que se indican.

Aunque este cuestionario a veces hace referencia a una situación o problema, tenga en cuenta que esto no quiere decir que Ud. piense en un único acontecimiento, sino más bien en las situaciones o problemas más estresantes vividos recientemente [aproximadamente durante el pasado año).

Nunca= 0

Pocas veces = 1

A veces=2

Frecuentemente=3

Casi siempre=4

¿Cómo se ha comportado habitualmente ante situaciones de estrés?

- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 1. Traté de analizar las causas del problema para poder hacerle frente | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Me convencí de que hiciese lo que hiciese las cosas siempre me saldrían mal | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Intenté centrarme en los aspectos positivos del problema | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Descargué mi mal humor con los demás | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Cuando me venía a la cabeza el problema, trataba de concentrarme en otras Cosas | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Le conté a familiares o amigos cómo me sentía | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Asistí a la Iglesia | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Traté de solucionar el problema siguiendo unos pasos bien pensados | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. No hice nada concreto puesto que las cosas suelen ser malas | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. Intenté sacar algo positivo del problema | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. Insulté a ciertas personas | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. Me volqué en el trabajo o en otra actividad para olvidarme del problema | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. Pedí consejo a algún pariente o amigo para afrontar mejor el problema | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. Pedí ayuda espiritual a algún religioso (sacerdote, etc.) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15. Establecí un plan de actuación y procuré llevarlo a cabo | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16. Comprendí que yo fui el principal causante del problema | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17. Descubrí que en la vida hay cosas buenas y gente que se preocupa por los Demás | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

18. Me comporté de forma hostil con los demás	0	1	2	3	4
19. Salí al cine, a cenar, a «dar una vuelta», etc., para olvidarme del problema	0	1	2	3	4
20. Pedí a parientes o amigos que me ayudaran a pensar acerca del problema	0	1	2	3	4
21. Acudí a la Iglesia para rogar que se solucionase el problema	0	1	2	3	4
22. Hablé con las personas implicadas para encontrar una solución al problema	0	1	2	3	4
23. Me sentí indefenso/a e incapaz de hacer algo positivo para cambiar la Situación	0	1	2	3	4
24. Comprendí que otras cosas, diferentes del problema, eran para mí más Importantes	0	1	2	3	4
25. Agredí a algunas personas	0	1	2	3	4
26. Procuré no pensar en el problema	0	1	2	3	4
27. Hablé con amigos o familiares para que me tranquilizaran cuando me encontraba mal	0	1	2	3	4
28. Tuve fe en que Dios remediaría la situación	0	1	2	3	4
29. Hice frente al problema poniendo en marcha varias soluciones concretas	0	1	2	3	4
30. Me di cuenta de que por mí mismo no podía hacer nada para resolver el Problema	0	1	2	3	4
31. Experimenté personalmente eso de que «no hay mal que por bien no venga»	0	1	2	3	4
32. Me irrité con alguna gente	0	1	2	3	4
33. Practiqué algún deporte para olvidarme del problema	0	1	2	3	4
34. Pedí a algún amigo o familiar que me indicara cuál sería el mejor camino a Seguir	0	1	2	3	4
35. Recé	0	1	2	3	4
36. Pensé detenidamente los pasos a seguir para enfrentarme al problema	0	1	2	3	4
37. Me resigné a aceptar las cosas como eran	0	1	2	3	4
38. Comprobé que, después de todo, las cosas podían haber ocurrido peor	0	1	2	3	4
39. Luché y me desahogué expresando mis sentimientos	0	1	2	3	4
40. Intenté olvidarme de todo	0	1	2	3	4
41. Procuré que algún familiar o amigo me escuchase cuando necesité manifestar mis sentimientos	0	1	2	3	4
42. Acudí a la Iglesia para poner velas o rezar	0	1	2	3	4