

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS
MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLINICA



TESIS

***Prevalencia de Trastornos Mentales en relación con
Enfermedades Crónicas no Transmisibles en población adulta,
municipios de Cedros y El Porvenir, del Departamento de Francisco
Morazán, 2016***

PREVIO A OPTAR AL TÍTULO DE MÁSTER EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

Sustentada por
YADIRA ANTONIA GONZALEZ CONCEPCION

Asesor Temático: Dr. Daniel Matamoros Batson
Asesor Metodológico: Dra. Ivette Carolina Rivera

Tegucigalpa, M.D.C. Honduras

Agosto del 2018

AUTORIDADES UNIVERSITARIAS:

DR. FRANCISCO HERRERA
RECTOR INTERINO

MASTER BELINDA FLORES
VICE-RECTORA ACADÉMICA

ABOGADA EMMA VIRGINIA RIVERA MEJÍA
SECRETARIA GENERAL

MASTER 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

DEDICATORIA

Dedico el presente trabajo a Dios que me dio sabiduría, fortaleza y perseverancia,
segura que él está presente en cada momento de mi vida.

A mi madre, por mostrarme el camino hacia la superación, apoyándome en cada una de
las metas que me he propuesto.

A mi esposo e hijos por su amor, capacidad de escucha, comprensión y apoyo en tiempo
y trabajo durante todo este proyecto.

A mis amigos, por estar siempre a mi lado.

*“Antes pensaba que el valor fundamental de la vida era el amor,
pero con el paso del tiempo he podido darme cuenta que no era cierto. El
valor más importante de la vida no es el amor, es la salud”.*

Meira del Mar

AGRADECIMIENTO

A la UNAH, que nuevamente me da la oportunidad de formarme en sus aulas.

A mis compañeros de maestría, con quienes compartimos aprendizajes y experiencias profesionales.

A mis catedráticos, y de manera especial a la Dra. Vilma Escoto por su apoyo.

A mi equipo de encuestadores, con quienes realizamos una labor maratónica y vivimos las inclemencias del tiempo.

A la DICYP por su apoyo técnico y financiero.

A mis asesores de tesis por su conocimiento y experiencia aportada.

RESUMEN

El objetivo de esta investigación es establecer la relación entre la prevalencia de trastornos mentales y las enfermedades crónicas no transmisibles ECNT. Se basa en la aplicación del Cuestionario de Autorreporte de Síntomas SRQ de la Organización Mundial de la Salud OMS, el cual sirve para hacer un tamizaje de posibles trastornos mentales y la Encuesta de la OMS sobre Salud y Capacidad de Respuesta del Sistema de Salud adaptada para fines de la investigación. El tipo de estudio: descriptivo, de corte transversal, cuantitativo, diseño no experimental; fueron 300 adultos encuestados hombres y mujeres, mayores de 18 años, municipios de Cedros y El Porvenir del departamento de Francisco Morazán, 2016. Se utilizó el chi cuadrada para el análisis estadístico (valor – ó +) considerando el 95% de confianza y una significancia bilateral (\leq a 0.05). Se encontró que un 42.7% presenta existencia de un trastorno mental, es decir 128 adultos de la muestra consultada exterioriza una alteración de su salud mental, siendo los de mayor prevalencia: depresión con un 38,6%, ansiedad con un 29.2% y estrés postraumático con 11.7%; reflejando que existe asociación con las enfermedades crónicas no transmisibles: cardiovasculares (hipertensión arterial, infarto agudo al miocardio, insuficiencia cardíaca), diabetes, las enfermedades pulmonares (asma bronquial, bronquitis crónica, EPOC) y cáncer de próstata. La prevalencia de trastornos mentales con 66.4% y ECNT con un 69% fueron más frecuentes en mujeres, mayores de 51 años. El 40% de adultos tiene mayor tendencia a aumentar las ECNT a mayor edad. La prevalencia de ECNT según los 4 tipos de enfermedades son cardiovascular (60.3%), endocrinológicas (10.6%), EPOC (72.3%), cáncer (13.3%). Dentro de las enfermedades crónicas más prevalentes fueron la EPOC con un 50%, hipertensión arterial con un 28.3% e infarto agudo al miocardio con un 15%. Al igual hay asociación entre diez (10) ECNT con la ansiedad, y seis (6) ECNT con la depresión es decir que hay mayor prevalencia de ECNT a mayor ansiedad y depresión. Como consecuencia de lo anterior, se refleja la coexistencia de condiciones de enfermedades crónicas no transmisibles y trastornos mentales los cuales deben ser considerados en la planificación de los servicios de atención primaria de salud dados los altos costos y la duración de los tratamientos que requieren estos pacientes.

Palabras claves: Prevalencia, Trastornos mentales, Enfermedades crónicas no transmisibles.

Contenido

DEDICATORIA	i
AGRADECIMIENTO	ii
RESUMEN	iii
INDICE DE FIGURAS	vi
INDICE DE TABLAS.....	vii
ÍNDICE DE GRÁFICOS	viii
Introducción	1
Capítulo 1. Planteamiento de la Investigación	3
1.1 Situación Problemática.....	3
1.2 Pregunta Problema	6
1.3 Objetivos.....	7
1.3.1 Objetivo General.....	7
1.3.2 Objetivos Específicos	7
1.4 Preguntas de la Investigación	7
1.5 Justificación.....	8
Capítulo 2. Marco Teórico	9
2.1 Conceptualizaciones y Definiciones	9
2.1.1 Salud mental.	9
2.1.2 Trastornos Mentales	36
2.1.3 Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT).....	77
2.2 Teorías que sustenta el estudio	103
2.2.1 Teorías de Trastornos Mentales.....	103
2.2.2 Teorías de Enfermedades Médicas Crónicas.....	104

Capítulo 3. Marco contextual	113
3.1 Ubicación Geográfica de Honduras	113
3.1.1 Francisco Morazán.	117
3.1.1.1 Valle de Siria.....	119
3.1.1.2 Municipio de Cedros Francisco Morazán	121
3.1.1.3 Municipio de El Porvenir Francisco Morazán.....	123
Capítulo 4. Metodología	124
4.1 Tipo de Investigación	124
4.2 Población y muestra	126
4.3 Variables, Hipótesis e indicadores.	134
4.4 Instrumentos de Medición/Técnicas de recolección de datos	137
4.5 Procedimiento.....	139
Capítulo 5. Resultados de la investigación	147
5.1 Prevalencia de trastornos mentales.....	147
5.2 Enfermedades crónicas no transmisibles ECNT	151
5.3 Relación entre enfermedades crónicas no transmisibles ECNT y trastornos mentales	154
Capítulo 6. Discusión de los resultados	158
6.1 Hallazgos Principales	158
6.2 Contrastar principales hallazgos con la Teoría.....	165
6.3 Implicaciones teóricas y prácticas de los resultados	166
Conclusiones	168
Recomendaciones	169
Referencias Bibliográficas	170
Anexos	191

INDICE DE FIGURAS

Figura 1. Variables de la Conducta de estados mentales.....	23
Figura 2. El Sistema Nervioso Autónomo, con los órganos diana y las funciones que dependen de las ramas simpáticas y parasimpáticas.....	54
Figura 3. Modelo de Graham y Kelly (2004) sobre los determinantes sociales de la Salud.	86
Figura 4. Mapa de Municipios de Francisco Morazán	129

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Ejemplos de enfermedades y su causa espiritual	40
Tabla 2. Relación entre Factores de Riesgo y principales ECNT	85
Tabla 3. Municipio El Porvenir	131
Tabla 4. Municipio de Cedros	131
Tabla 5. Selección de unidad de análisis en base a rangos de edad y sexo	132
Tabla 6. Control de aplicación de encuestas según edad y sexo.....	133
Tabla 7. Matriz de operacionalización de variables.....	134
Tabla 8. Prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles ECNT, según los 4 tipos principales de enfermedades en municipios Cedros y El Porvenir del departamento de Francisco Morazán.	151
Tabla 9. Prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles ECNT según rangos de edad en municipios Cedros y El Porvenir del departamento de Francisco Morazán	152
Tabla 10. Prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles ECNT según género en municipios Cedros y El Porvenir del departamento de Francisco Morazán	153
Tabla 11. Relación de enfermedades crónicas no transmisibles ECNT y trastornos mentales.....	154
Tabla 12. Relación de enfermedades crónicas no transmisibles ECNT y el trastorno de Ansiedad.....	155
Tabla 13. Relación de enfermedades crónicas no transmisibles ECNT y el trastorno de Depresión.	156
Tabla 14. Relación de enfermedades crónicas no transmisibles ECNT y comorbilidad de trastornos mentales.....	156

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Prevalencia de trastornos mentales, en municipios Cedros y El Porvenir del departamento de Francisco Morazán	147
Gráfico 2. Prevalencia de los principales trastornos mentales, en municipios Cedros y El Porvenir del departamento de Francisco Morazán.	148
Gráfico 3. Prevalencia de trastornos mentales según género, en municipios Cedros y El Porvenir del departamento de Francisco Morazán.	149
Gráfico 4. Prevalencia de trastornos mentales según rango de edad, en municipios Cedros y El Porvenir del departamento de Francisco Morazán	150

Introducción

La Organización Mundial de la Salud OMS (2001) estima que en algún momento de su vida un 25% de las personas sufrirá de algún trastorno mental. En Honduras Chirinos-Flores et al. (2002) establecieron que la prevalencia de trastornos mentales en 29 comunidades urbanas de 13 departamentos entrevistados fue de 35%, estos autores atribuyen este aumento a las condiciones socioeconómicas, la inseguridad ciudadana y desastres naturales.

Es importante contextualizar al lector, sobre los sistemas para la clasificación, aplicación de criterios diagnósticos y unificación del lenguaje para los trastornos mentales que se utiliza en esta investigación, descritos por la Clasificación Internacional de Enfermedades, 10a Revisión (CIE-10) desarrollados por la OMS y el Manual de Clasificación de los Trastornos Mentales DSM-5 de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA).

Se puede señalar, que según el Plan Nacional de Salud 2021 en Honduras los problemas de salud mental más frecuentemente diagnosticados en la red de atención primaria fueron: violencia (30%) donde la violencia pública en todas sus manifestaciones tiene una fuerte incidencia y prevalencia en la violencia privada en el ámbito familiar; trastornos depresivos (27%), trastornos epilépticos (11%), trastornos neuróticos (9%), trastornos del desarrollo psicológico (6%), trastornos del comportamiento en la infancia (5%) (SESAL, 2005).

Teniendo en cuenta lo anterior, se realizó un estudio: descriptivo, de corte transversal, cuantitativo, diseño no experimental, cuyo universo fueron todos los adultos de 18 años en adelante, que habitan en los municipios de Cedros y El Porvenir, del departamento de Francisco Morazán. La muestra fue de 300 personas con un muestreo no probabilístico. Utilizando el Cuestionario de Autorreporte de Síntomas SRQ propuesto por la OMS y la Encuesta de la OMS Sobre Salud y Capacidad de Respuesta del Sistema de Salud adaptada para fines de la investigación y la Encuesta de Datos Sociodemográficos.

Se plantea entonces que la presente investigación dada su naturaleza exploratoria, no se pretende especificar con profundidad los trastornos mentales, ya que los resultados están condicionados por el instrumento que se utilizó (SRQ) que mide síntomas de algunas de las categorías diagnósticas, entre ellas: ansiedad, depresión, epilepsia, dependencia de alcohol,

abuso de sustancias psicoactivas y estrés postraumático, pero sin alcanzar suficiente especificidad en el diagnóstico (OMS, 1994).

En esta misma línea y para sustentar lo anterior, un estudio realizado por Reyes Ticas et al. (1999) en la comunidad de Villanueva Región Sanitaria Metropolitana del Distrito Central, se utilizó el mismo instrumento (SRQ) la prevalencia estimada fueron las siguientes: ansiedad 20.5%, depresión 13.1%, epilepsia 1.2%, alcoholismo 6.2%, consumo de droga 14.8%. La prevalencia global estimada de trastornos mentales en la población fue de 56.7%. Dichos trastornos fueron más frecuentes en los hombres que en las mujeres (64.9% y 39.4%) respectivamente.

De igual forma, según declaraciones de expertos del Hospital San Juan de Dios de San Pedro Sula, los altos niveles de estrés y ansiedad en los ciudadanos eran alarmantes porque esto desencadena la debilidad genética de cada ser y en consecuencia habrán más enfermedades cardiovasculares porque las personas ansiosas tienden a comer en exceso, lo que incrementa el número de hondureños con diabetes y cáncer (La Prensa, 2014).

Cabe considerar, que los problemas de salud no se limitan únicamente a salud mental, sino que también abarcan las enfermedades crónicas no transmisibles ECNT. Estas son de larga duración y por lo general evolucionan lentamente y generan dependencia entre los que la padecen, y los cuidadores. Los cuatro tipos de ECNT son: I. Cardiovasculares, II. Endocrinológicas, III. Enfermedad Pulmonar Obstructiva crónica EPOC y IV. Cáncer.

Según Manuel Ramírez, investigador del Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá (INCAP), en acompañamiento de estudiantes de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH) de carreras afines de la salud como: Nutrición, Enfermería y Medicina para la prevención de las enfermedades crónicas en el país, reflejan que 3 de cada 10 muertes que ocurren en un año en Honduras son producto de una enfermedad crónica. Por otra parte fallecen de ECNT a nivel centroamericano 7 de cada 10 y a nivel mundial 35 millones (UNAH, 2014).

Como resultado los datos obtenidos en esta investigación podrían ser el inicio para el conocimiento de la situación de los adultos del área rural, con el fin de crear programas para modificar los factores de riesgo y mejorar la atención a nivel primaria en salud mental y así reducir de forma eficaz la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles.

Capítulo 1. Planteamiento de la Investigación

1.1 Situación Problemática

La Organización Mundial de la Salud OMS señala que las determinantes de los trastornos mentales no sólo obedecen a características biológicas e individuales, sino también a factores sociales y culturales, en este sentido algunos estratos poblacionales corren un riesgo significativamente mayor de sufrir problemas de salud mental. Por tal razón debido a las condiciones actuales de crisis social y económica puede agudizarse el apareamiento de trastornos mentales (Centro de recursos de promoción y educación para la salud, 2014).

Según información de la OMS (2011) los trastornos mentales no tratados representan un 13% del total de la carga de morbilidad mundial y se presenta en un 25.3% de la población general que sufre de algún desorden o enfermedad mental que los puede incapacitar. Un análisis preliminar muestra que se invierte menos del 1% del presupuesto de salud en atenciones a la salud mental, lo que indica la poca importancia que se le está dando y que las personas no reciben una atención adecuada a lo largo de su vida, y el costo per sé de un tratamiento, no sólo hablando en términos de dinero, sino de recursos emocionales, los costos sociales, familiares, laborales, entre otros son muy altos.

Por otra parte, alrededor del 20% de todos los pacientes atendidos por profesionales de la red de atención primaria padecen uno o más trastornos mentales o del comportamiento a lo largo de la vida. En una de cada cuatro familias, al menos uno de sus miembros puede sufrir un trastorno mental o del comportamiento (APA, 2014). Se ha comprobado que los trastornos mentales de mayor prevalencia eran los del estado de ánimo depresivo y los de ansiedad; la depresión se ha reportado con porcentajes del 10 al 25% para las mujeres y del 5 al 12% para los hombres, y la ansiedad con porcentajes del 3 al 5% de la población general a lo largo de la vida (Londoño, y otros, 2010).

Así mismo, la OMS (2001) estima que los trastornos mentales 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.

En nuestro país, Chirinos-Flores et al. (2002) realizaron un estudio en 29 comunidades urbanas de 13 departamentos y establecieron que la prevalencia de trastornos mentales en las poblaciones estudiadas fue de 35%, indicando que en algún momento de su vida puede presentar un trastorno mental; estos autores atribuyen este aumento a las condiciones socioeconómicas, la inseguridad ciudadana y desastres naturales. Además las estadísticas presentadas por el Instituto Hondureño para la Prevención del Alcoholismo, Drogadicción y Farmacodependencia (IHADFA) al igual que otros países en vías de desarrollo, obedecen al incremento en el abuso de sustancias psicoactivas (alcohol y el tabaco) consideradas drogas lícitas de mayor índice de consumo en diferentes grupos de la población (IHADFA, 2012).

Vale la pena mencionar, que el último informe de salud mental que se elaboró fue en el 2008 por la OMS para la población hondureña, y dio a conocer las fortalezas y debilidades de los sistemas de salud mental en el país reflejando la gran precariedad con que se atiende la problemática de los trastornos mentales, al igual la deficiencia en la recolección de la información y estadísticas actualizadas que permitan una mejor toma de decisiones (IESM-OMS, 2008). Al mismo tiempo según el Perfil del Sistema de Salud de Honduras elaborado por la Organización Panamericana de la Salud OPS (2009) refleja que la hipertensión arterial y la diabetes eran la primera y la sexta causa de atención en especialidades, aunque no existe una base de datos completa es evidente que las enfermedades crónicas no transmisibles ECNT ocupan los primeros lugares en morbilidad y mortalidad a nivel nacional.

Concretamente, las poblaciones con enfermedades físicas que consultan en el nivel primario de atención, a pesar de ser de ocurrencia frecuente, no han recibido suficiente atención, por lo que algunas se convierten en enfermedades crónicas y estas a la vez generan trastornos mentales que se consideran una consecuencia fisiológica directa de la enfermedad médica. Además, el aumento de la incidencia de las ECNT está asociado al incremento de la esperanza de vida y a hábitos de vida no saludables. Considerando, que en algunos países la comorbilidad de enfermedades crónicas no transmisibles y mentales es elevada, nos encontramos frente a un amplio grupo de personas cuya calidad de vida relacionada con la salud se ve fuertemente afectada (Pinto-Meza, y otros, 2007).

Dentro de este orden de ideas, el paradigma biopsicosocial, el cual involucra la interacción entre diversos sistemas biológicos y psicológicos, y a su vez entre sistemas internos (co-funcionamiento entre emociones, percepciones, cogniciones y comportamientos para dar cuenta de los aspectos psicológicos de las estrategias de afrontamiento y entre los sistemas neuroendocrinos e inmunitarios para los aspectos biológicos) (Mebarak, Castro, Salamanca, & Quintero, 2009).

Es por ello, que el concepto de salud mental implica el desarrollo de características personales, interpersonales, sociales y laborales que apuntan a una idea integrada de bienestar biopsicosocial (Mebarak et al., 2009). Para que el impacto y efectividad de las intervenciones biopsicosociales en el control de las enfermedades crónicas no transmisibles, no sólo incluyan el manejo farmacológico de la enfermedad, es necesario buscar estrategias para la modificación del estilo de vida, a partir del abordaje interdisciplinario.

En resumen, en la presente investigación se pretende mostrar los rasgos generales de las enfermedades crónicas tales como: los síntomas, influencia del tratamiento sobre todo como altera en gran medida tanto la vida del paciente, de la familia y demás personas de su entorno y la necesidad de adaptabilidad a la misma por parte de éstas. Al igual los factores emocionales en el paciente y la familia: angustia, ansiedad, dolor, necesidad de periodos de hospitalización, cuidados diarios rutinarios, pérdida de autonomía, cambio en las relaciones familiares y sociales, prejuicio social, inseguridad e incluso temor a la muerte.

Finalmente, es conveniente puntualizar que el estado de salud del pueblo hondureño se ha visto menoscabado por: circunstancias culturales, económicas, sociales y políticas, y en consecuencia es muy probable que personas que sufren padecimientos denominados enfermedades crónicas no transmisibles tengan también comprometido su salud mental (Orozco Gómez & Castiblanco Orozco, 2015). En este sentido, existen diversas aristas de ambas enfermedades que aún no han sido abordadas desde las particularidades del fenómeno y la relación entre ambas, por lo que se espera que en esta investigación sean mostradas para su conocimiento y búsqueda de soluciones.

1.2 Pregunta Problema

Al revisar las relaciones entre las enfermedades crónicas no transmisibles ECNT y los trastornos mentales, desde las teorías antiguas de los trastornos psicofisiológicos, cómo la depresión se asocia con algunos trastornos más que con otros. Así también, se repasaron las evidencias que respaldan la influencia de los trastornos mentales en el desarrollo de enfermedades crónicas y los comportamientos de riesgo para la salud física y mental.

Asimismo, en consideración a la importancia que tiene la dimensión de la salud física y mental en los pobladores, se buscó establecer si estas enfermedades han sido diagnosticadas y si toman medicamento; por tanto, los diagnósticos deben ser correctamente utilizados, pues la comprensión de este conocimiento positivo o negativo, también incide en la factibilidad de poner freno a las enfermedades crónicas y mentales.

Además, el grueso de la población seleccionada corresponde a adultos con hábitos formados, lo que permitió obtener una radiografía muy clara y certera de lo que está ocurriendo en la propagación de las enfermedades crónicas no transmisibles en el adulto a partir de la cual impulsar cambios de hábitos que permitan revertir estas enfermedades. En vista de lo anterior, la presente investigación tiene como finalidad investigar:

¿Cuál es la prevalencia de los trastornos mentales en relación con enfermedades crónicas no transmisibles en población adulta, municipios de Cedros y El Porvenir, del departamento de Francisco Morazán, 2016?

A través del Cuestionario SRQ para adultos propuesto por la OMS, la Encuesta de la OMS Sobre Salud y Capacidad de Respuesta del Sistema de Salud adaptada para fines de la investigación y la Encuesta de Datos Sociodemográficos.

De manera que la investigación se constituya en un referente de consulta, en el tema de enfermedades crónicas no transmisibles y salud mental en poblaciones adultas, con miras a contribuir en la elaboración de políticas públicas para programas de diagnóstico y manejo de enfermedades mentales y físicas, y evitar la cronicidad de esas patologías particularmente asociadas a las condiciones de vida y vulnerabilidad que caracteriza a la población hondureña.

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo General.

Establecer la prevalencia de los trastornos mentales en relación con enfermedades crónicas no transmisibles en población adulta, municipios de Cedros y El Porvenir del departamento de Francisco Morazán, 2016.

1.3.2 Objetivos Específicos.

1. Determinar la prevalencia de los trastornos mentales en la población del municipio de Cedros y El Porvenir, del departamento de Francisco Morazán.
2. Determinar la prevalencia de las enfermedades crónicas no transmisibles en la población del municipio de Cedros y El Porvenir, del departamento de Francisco Morazán.
3. Determinar la relación entre las características sociodemográficas y la prevalencia de trastornos mentales.
4. Determinar la relación entre los trastornos mentales y las enfermedades crónicas no transmisibles.

1.4 Preguntas de la Investigación

1. ¿Cuál es la prevalencia de los trastornos mentales en la población del municipio de Cedros y El Porvenir, del departamento de Francisco Morazán?
2. ¿Cuál es la prevalencia de las enfermedades crónicas no transmisibles en la población del municipio de Cedros y El Porvenir, del departamento de Francisco Morazán?
3. ¿Cuál es la relación entre las características sociodemográficas y la prevalencia de trastornos mentales?
4. ¿Existe relación entre los trastornos mentales y las enfermedades crónicas no transmisibles?

1.5 Justificación

La presente investigación constituyó una aproximación al abordaje del tema de salud mental en poblaciones adultas con enfermedades crónicas no transmisibles. Abordar este problema, es afrontar la creciente carga de trastornos mentales que afecta a las poblaciones de América Latina, la cual ha ido en aumento, por tal motivo no se puede dejar de hacer caso a la carga sanitaria que esto representa para los países del área, y Honduras no está ajena a esta situación. La presente investigación es de notable conveniencia ya que generó datos epidemiológicos significativos sobre la situación nacional que servirán para la reorganización y elaboración de nuevas propuestas en salud mental. Su relevancia social radica en el desarrollo de nuevas estrategias de intervención psicosocial que garanticen una atención accesible, descentralizada, participativa, continuada, y preventiva a favor de las comunidades, especialmente las más vulneradas por el sistema. De igual forma, dicha información permitirá adjudicar recursos en conformidad con las necesidades detectadas y abogar por los derechos de dichas poblaciones. Las implicaciones prácticas de esta investigación contribuirán a la mejora de la atención primaria en salud mental desde las comunidades. Asimismo, la aplicación de los conocimientos obtenidos favorecerá a la especialización del personal multidisciplinario responsable de las intervenciones preventivas viéndose reflejada en el cambio metodológico del abordaje de los usuarios de dichos programas de atención. Dentro de los valores teóricos propios de la investigación se encuentra la riqueza de producir conocimiento y documentarlos a fin de contar con fundamentos conceptuales contextualizados a la realidad nacional. La innovación metodológica está basada en el desarrollo de un proyecto de impacto a nivel nacional que fue ejecutado por un equipo de doce psicólogos y psicólogas maestrantes en Psicología Clínica quienes además realizaron un análisis cuantitativo de ocho variables que inciden en el comportamiento de la población estudiada, medidas con diferentes instrumentos previamente validados. Otros importantes hallazgos tienen que ver con las características sociodemográficas, educación y salud. Se contó adicionalmente con una valiosa información sobre los problemas de salud mental, comportamiento de los indicadores de prevalencia para los trastornos de depresión, ansiedad, dependencia al alcohol, consumo de sustancias psicoactivas, estrés postraumático y epilepsia. Además, se indagó profundamente sobre enfermedades crónicas no transmisibles a nivel mundial y nacional.

Capítulo 2. Marco Teórico

2.1 Conceptualizaciones y Definiciones

2.1.1 Salud mental.

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

Así pues, 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).

Ahora bien, para Erick Fromm la salud mental depende de “nuestro concepto de la naturaleza del hombre” es decir que el hombre, aunque funcione en sociedad su conducta no siempre será sinónimo de salud mental; sin embargo, se formula el concepto de salud mental desde una perspectiva social y una perspectiva individual. Si la adaptación y el funcionamiento de un individuo fallan dentro de una sociedad determinada se puede argumentar la probabilidad de un problema con su salud mental. Dicho de otra manera la salud mental es el resultado de situaciones buenas y malas, es decir que ciertas situaciones estimulan el desarrollo del hombre y otras lo impiden, por lo que es imposible separar la salud mental de la sociedad (Ubila, 2009).

En cambio para Pichón Riviere (2016) “la salud mental consiste en un aprendizaje de la realidad a través del enfrentamiento, manejo y solución integradora de los conflictos” (pág. 19). Este autor sostiene que una persona mentalmente sana es aquella capaz de hacer frente a la realidad de una manera constructiva, convirtiendo una experiencia negativa en una experiencia útil, tratando de encontrar la mayor satisfacción en dar que en recibir, principio

básico para crear y mantener relaciones interpersonales adecuadas y satisfactorias. Así como mantenerse libre de tensiones y ansiedades, transformándolas en fines constructivos y creativos.

Además, desde una perspectiva más integradora la salud mental no es simplemente el resultado de conflictos sociales y la falta de adaptación del hombre, ni percibida como simplemente la ausencia de enfermedad; es más bien un estado de bienestar completo tanto físico, como mental y social. Es simplemente el “disfrute de la vida” y según la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013) expresa:

La salud mental es un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. (pág. 54)

Otros autores definen a la salud mental como:

Tobón Marulanda, López Giraldo y Ramírez Villegas (2013) “El conjunto de valores de bienestar individual y colectivo, que proporciona al ser humano capacidades únicas para tener relaciones armoniosas consigo mismo, que le permitan interactuar con el todo en un contexto globalizado” (pág. 463). En este concepto se percibe la salud mental como el resultado de capacidades únicas que alcanza el ser humano y trae consigo habilidades para poder relacionarse con los demás de manera armoniosa.

Según Frontera Roura (2009) la salud mental es en parte responsabilidad personal, comienza con cuidarse a sí mismo mediante un régimen de vida sano, alimentación balanceada, descanso adecuado, ejercicio moderado, estrés bajo y abstinencia o moderación en el uso de sustancias psicoactivas. Continúa con el cultivo de las virtudes humanas y la supresión de los vicios, con el objetivo de lograr, a lo largo de la vida, sabiduría, ecuanimidad, estabilidad y felicidad.

De nuevo cabe destacar, que 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 & Jaramillo, 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 (Restrepo et al., 2012). La pregunta base del modelo biomédico en la intervención psicológica es, ¿El cuerpo afecta a la mente? ¿Cómo la afecta y en qué medida? ¿Cuál es el correlato biológico de los trastornos mentales? Y en este sentido, ¿Qué tratamiento sería el más eficaz?

La respuesta más corta a todos estos interrogantes es que efectivamente el cuerpo afecta la mente, sería un error categorial negarlo ya que no se tratan de campos separados e independientes (Amy, Mohamed, & Lee, 2014) en ¿El cuerpo afecta la mente? Predictores conductuales y biológicos preoperatorios para síntomas postoperatorios en salud mental presentan una investigación que pretendía establecer la relación entre la aparición de síntomas relacionados con la salud mental (humor deprimido, ansiedad y hostilidad) y el pronóstico de enfermedades cardiovasculares; la literatura revisada para la investigación es unánime en cuanto a “existe una relación entre los síntomas de depresión y ansiedad y las enfermedades cardiovasculares. La depresión podría aumentar el riesgo de mortalidad cardiaca. Además, muchas personas con enfermedad cardiaca tienen síntomas depresivos subclínicos” (Medina-Mora, Sarti-Gutierrez, & Real Quintanar, 2015, pág. 31).

Lo que se pretende identificar mostrando estas definiciones es lo siguiente: en primer lugar, es problemático que una de las definiciones generalizadas del concepto de salud mental se entienda en términos negativos, lo anterior supone un problema ontológico del concepto en cuanto se confunde salud mental con trastorno mental, e incluso se reduce una a la otra. En segundo lugar, el concepto de salud mental está disociado en dos perspectivas, la primera está fundamentada en una tradición médica que busca principalmente tratar la etiología de la enfermedad y reconocer los signos y síntomas de ésta ya que son justamente estos signos y síntomas el blanco en el tratamiento; la segunda perspectiva tiene que ver con un enfoque

diferente, un enfoque centrado en modelos relacionales, ambientales y psicológicos entendiéndolo como las relaciones de condicionalidad entre eventos y respuestas que, lo que buscan principalmente es modificar las dinámicas que el individuo establece con su medio teniendo asimismo como propósito tratar a la persona que manifiesta un malestar; la diferencia radica en que este tratamiento se relaciona estrechamente con los procesos de adaptación del sujeto a su ambiente.

Por consiguiente, cabe resaltar también los puntos en común entre ambas perspectivas antes de pasar a profundizar en cada una; tanto en la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS) como la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) se hace referencia al bienestar, es decir la salud mental está afectada en la medida que el bienestar del individuo se ve vulnerado y se convierte en malestar. Ambos enfoques abordan la pregunta por el malestar principalmente desde la aparición de los signos y los síntomas, esto último es un punto en donde ambas perspectivas se interceptan, y sin embargo intentan abordar los fenómenos del malestar o el dolor desde posiciones distintas.

Ahora bien, Saravane (2015) comenta ¿A qué nos referimos con malestar? Podemos considerarlo como una experiencia individual, global y subjetiva. Es un fenómeno multidimensional y complejo, influenciado por múltiples factores como los factores psicológicos, sociales, culturales, religiosos y ambientales. Sin embargo, en esta definición se deja a un lado los factores biológicos, que también se tendrían que tener en cuenta para entender el malestar, por otro lado, la Asociación Internacional del Estudio del Dolor (IASP) define el dolor como una experiencia sensorial y emocional, desagradable, asociada a un daño del tejido real o potencial el cual describe en términos de tal daño. (Díaz Giraldo, 2015, pág. 8)

En este sentido, podemos resumir dos cosas: uno, el término de salud mental intenta abordar los fenómenos relacionados con el bienestar “mental” del individuo; dos, el término de bienestar está de cierta manera interconectado con el de malestar, que en la definición dada se muestra como un fenómeno perceptivo relacionado con factores psicosociales, y éste a su vez con el de dolor, que igualmente se muestra como un fenómeno perceptivo, pero asociado a un daño directo en la materia orgánica, de aquí surge una pregunta fundamental para el resto del trabajo, ¿A la hora de hablar de salud mental qué discurso tiene más

relevancia, el médico o el psicosocial? En lo que resta de la presente tesis, se expondrán ambas perspectivas -médica y psicosocial-, enfatizando en sus respectivas conceptualizaciones los trastornos mentales y las enfermedades crónicas no transmisibles.

Además, 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 et al., 2012).

Aunque, la concepción planteada nos presenta una diferencia importante entre los modelos biomédicos y los modelos psicosociales, los primeros han caído muchas veces en el verbo “ser” para describir a una persona con trastorno mental, incluso en el Manual de Clasificación de los Trastornos Mentales DSM se hace la especificación que se habla de los trastornos en condición de síntomas y signos para evitar caer en que el individuo es un enfermo mental. Los modelos psicosociales por otro lado intentan hablar del tema evidentemente en términos más relacionales y de cierta forma más dinámicos, por supuesto puede existir la excepción al caso que igualmente reduzca la salud mental a un “ser” en vez de un “estar”, sin embargo, del material revisado se ha encontrado justamente que estos modelos intentan ser menos deterministas que su contraparte.

Así pues, desde el punto de vista de la salud pública, la salud mental es concebida desde las concepciones: **biomédica** referida a la ausencia de trastornos “mentales” según criterios del modelo biomédico (Clasificación internacional de enfermedades 10ª revisión CIE-10, DSM-5), la **conductual** como adaptación, ajuste al contexto y al sistema productivo y la **cognitiva**, derivada de la capacidad del sujeto para adaptarse racionalmente a las demandas internas y externas (Restrepo et al., 2012). No obstante, no hay que olvidar que, aunque haya diferencias entre éstos, también hay puntos en común que se deberían considerar, en este sentido no se trata de cuál es de “*mayor importancia*”, se trata de cómo podemos articular estos modelos en dirección a intervenciones efectivas.

Bajo este contexto, Matarazzo (2002) define la psicología de la salud, así:

Psicología de la salud es el agregado específico de las contribuciones profesionales, científicas y educacionales de la disciplina de la psicología a la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y tratamiento de la enfermedad, la identificación de los correlatos etiológicos y de diagnósticos referentes a la salud, la enfermedad y disfunciones relacionadas a ellas, y al análisis y mejoría del sistema de salud y de la formación de políticas en salud. (pág. 22)

A pesar de que esta definición de Matarazzo de la psicología de la salud ha sido ampliamente aceptada, deberíamos aclarar que esta definición podría resultar muy general debido a que incluye cualquier dominio o tópico relacionado con la salud, no importando si funciona a un nivel primario, secundario o terciario en lo que se refiere al cuidado y tipo de intervención. Esto implica que esta definición, en determinado momento, no permitiría diferenciar entre psicología clínica y psicología de la salud. Ya que la visión del psicólogo de la salud se ha ampliado a la luz de las investigaciones e intervenciones preventivas y a nivel macro que desde esta área se realizan en la sociedad desde la psicología de la salud.

Ahora bien, deberíamos comprender y clarificar que la psicología de la salud trabaja y apunta sobre todo al nivel primario de intervención, en el cual el énfasis de la psicología recae sobre la salud en sí, y no sobre la enfermedad. Esto significa que el énfasis de la psicología de la salud sería la promoción y el mantenimiento de procesos psicológicos y actitudes que afiancen la salud, lo cual, a su vez, implica trabajar en prevención primaria de la enfermedad con personas en situaciones cotidianas. De esta forma, los aspectos técnicos del tratamiento para personas que se encuentran en alto riesgo de sufrir alguna enfermedad o para el abordaje y recuperación de alguna problemática que implique algún trastorno a nivel cognoscitivo, psicoafectivo, psicosocial y la relación de éstos con el aspecto biológico, serían dominio de la psicología clínica propiamente dicha, lo que significa que esta última trabaja más a nivel de intervención secundaria y terciaria.

En este punto, es pertinente aclarar que el concepto de psicología clínica se ha entendido de diferentes maneras a lo largo de los últimos 50 años. Después de años de intentar definirla, la división de psicología clínica de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) presentó una definición de la psicología clínica.

Cullari (2001):

El campo de la psicología clínica integra ciencia, teoría y práctica para entender, predecir y aliviar el desequilibrio, la invalidez y la incomodidad; también promueve la adaptación humana, el ajuste y el desarrollo personal. La psicología clínica está enfocada en los aspectos intelectuales, emocionales, biológicos, psicológicos, sociales y del comportamiento humano que funcionan a través de la existencia en las diferentes culturas, y en todos los niveles socio-económicos. (pág. 2)

En resumen, a lo largo del tiempo ha habido varias perspectivas sobre salud y la enfermedad. La salud ha pasado de ser vista desde un punto de vista holístico, en el que interactúan cuerpo y mente, a visiones más dualistas, que consideran que el cuerpo y la mente actúan de forma independiente. Esta visión está volviendo al holismo, poniéndose en duda el modelo médico con un planteamiento más psicosocial. Así pues, la psicología de la salud ofrece un planteamiento psicológico de los problemas relativos a la salud, la enfermedad y la atención sanitaria; y debe trabajarse con base en proyectos que tengan en cuenta nuestro contexto social y debe, en lo posible, ser elaborado desde un punto de vista interdisciplinario. Además, las investigaciones en esta área, resultan muy necesarias si se desea contribuir al progreso de nuestra sociedad, ya que permiten generar conocimiento acerca de las formas en que emerge o se mantiene la salud mental en las personas, así como la manera como se puede incrementar la calidad de vida de los hondureños.

2.1.1.1 Antecedentes de salud mental a nivel mundial.

Observamos que la historia de la salud mental, 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. 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. El estigma, la exclusión social y las violaciones de los derechos humanos que ocurren en torno a las enfermedades mentales agravan la situación (Fernández S. , 2012).

Dentro de este orden de ideas, la OMS (2013) plantea que 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 crónica, 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 adultas, 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.

En definitiva, en un estudio mundial la prevalencia global de trastornos mentales varía de forma notable, de cifras de 26,4% en USA a 4,3% en Shanghai. Los trastornos de ansiedad son los más comunes en todos los países, salvo el caso de Ucrania, donde hay más trastornos del ánimo, con cifras que oscilan también de forma notable, de 2,4% a 18,2%. En segundo lugar se presentan los trastornos del ánimo, con prevalencias extraordinariamente variables, desde 0,8% hasta 9,6% (Omaña Polanco, 2008).

2.1.1.2 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 alrededor de 450 millones de personas padecen de trastornos mentales, la depresión alcanza un 10.4%, 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 (OMS, 2013).

Podemos agregar, que los trastornos mentales 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; 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 (APA, 2014).

De modo idéntico, teniendo en cuenta además que las personas afectadas por enfermedades crónicas presentan necesidades específicas que ineludiblemente deben ser

atendidas por la administración pública. Al tratarse de enfermedades de larga duración y, por lo general, de progresión lenta, demandan mayoritariamente una atención basada en tratamientos o cuidados distintos de los curativos propiamente dichos, centrados más bien en una perspectiva sociosanitaria que garantice la calidad de vida de estas personas, mediante el fomento de su autonomía y cuidado, la prevención del deterioro y la igualdad de trato y de oportunidades.

2.1.1.3 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 para 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 (Rodríguez J. , 2011).

Por ejemplo, en un estudio realizado en México muestra que los trastornos (esquizofrenia, depresión, obsesión compulsión y alcoholismo) ocupan el quinto lugar. En el país existen 9.3% hombres y 0.7% mujeres con abuso/dependencia al alcohol en poblaciones urbanas y 10.5% y 0.4% respectivamente en poblaciones rurales; la dependencia a drogas representa tan sólo 0.44% de la población adulta entre 18 y 65 años. También el 9% de la población adulta entre 18 y 65 años, presenta trastornos afectivos, 7.8% corresponden a episodios de depresión mayor, con una tasa de 2.5 mujeres por cada varón; 1.5% distimia con una proporción hombre/mujer similar, 2.6 varones por cada mujer y una tasa inferior de episodios maníacos (Medina-Mora, Borges, Lara Muñoz, Benjet, & Blanco, 2003).

Al mismo tiempo, en un estudio realizado en Colombia sobre prevalencia muestran que ocho de cada 20, tres de cada 20 y uno de cada 14 presentaron trastornos psiquiátricos alguna vez en la vida. Los más frecuentes fueron los trastornos de ansiedad (19.3% alguna vez), seguidos por los del estado de ánimo (15%) y los de uso de sustancias (10.6%). Además, sólo

una de cada 10 personas con un trastorno mental recibió atención psiquiátrica. La prevalencia de vida de trastornos por uso de sustancias es de 10.6% en el país. El abuso de alcohol es el principal problema. La prevalencia de vida para abuso de esta sustancia es de 6,7%, lo que indica que uno de cada 10 hombres colombianos abusa del alcohol comparado con una de cada 80 mujeres (FES Social, 2005).

2.1.1.3.1 Promoción y protección de la salud mental.

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

El plan de acción se basa en los siguientes principios (OMS, 2013):

1) Cobertura sanitaria universal: Independientemente de cualquier característica sociodemográfica e individual las personas con trastornos mentales deberán acceder a los servicios de salud para que puedan recuperarse y poder llevar una vida digna y de calidad.

2) Derechos humanos: Cualquier tipo de estrategia que implica acciones, intervenciones y promociones en materia de salud mental deberán ajustarse sobre los derechos humanos con discapacidad y otros instrumentos y reglamentaciones relacionados con los derechos humanos.

3) Práctica basada en evidencia: Cualquier tipo de estrategias, acciones e intervenciones y promociones en materia de salud mental tienen que estar basados en pruebas científicas teniendo en cuenta el carácter cultural de cada sociedad.

4) Enfoque que abarca la totalidad del ciclo vital: cualquier tipo de planes, políticas, servicios relacionados con la salud mental tienen que tomar en cuenta el ciclo vital en la vida de los seres humanos.

5) Enfoque multisectorial: las respuestas y todas las acciones coordinadas deberán requerir alianzas con múltiples sectores públicos relacionados con la salud, educación, empleo, justicia, vivienda, social entre otros.

6) Emancipación multisectorial: las personas con trastornos mentales y discapacidades psicosociales deben de participar en las acciones encaminadas para la promoción, planificación, creación de políticas, servicios, investigación y evaluación en salud mental.

2.1.1.3.2 Políticas sobre salud mental.

De manera general se observa que a nivel mundial sólo el 59.8% de los países de la OMS cuentan con una Política de Salud Mental y una cobertura del 72%. Por otra parte, el 71.2% de los países de la OMS cuentan con un Plan de Acción en Salud Mental. De acuerdo a la distribución estimada a nivel mundial de camas para pacientes psiquiátricos el 63% se encuentran en los hospitales psiquiátricos, el 21% en los hospitales generales y el 16% con centros comunitarios (Fernández S. , 2012). Por el contrario, en nuestro país la mayoría de las personas con problemas mentales o con problemas emocionales no se encuentran internos en los hospitales mentales.

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

En general, en América Central, México y el Caribe Latino, ocho países tienen una política nacional de salud mental. Sólo 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).

A nivel del país existe una normativa jurídica en torno a la salud de los hondureños descrita en la Constitución de la República los cuales se enuncia en los artículos 145 y 149. También existe el Código de la Salud mediante acuerdo 65-91 que tiene como objetivo la vigilancia y control epidemiológico (Art. 177) y desastres y emergencias (Art. 185) suscitadas en el país. Asimismo, en el año 2004 fue aprobada la política de salud mental en la cual se describen seis áreas para lograr el bienestar físico, mental, emocional y espiritual de los pobladores a lo largo de la vida, estas áreas son: a) Ética y derechos humanos; b) violencia intrafamiliar; c) promoción y prevención, d) identidad, cultura y migración; e) fortalecimiento institucional; y f) investigación científica. Siempre tomando en cuenta los principios de respeto y de inclusión para todos y todas aún y cuando las personas presentan diferencias y vulnerabilidad por edad, sexo, género (SESAL, 2005).

En todo caso, en nuestro país para desarrollar las áreas descritas anteriormente, se observa que aparentemente no se requiere del profesional de psicología y que su labor queda invisibilizada, ya que el programa no cumple el objetivo en su totalidad para el cual fue creado, debido a la falta de recursos financieros, recursos humanos especializados y multidisciplinario. Asimismo, se ha hecho claro que para aumentar el impacto del trabajo del psicólogo en la construcción de política pública es preciso llevar a cabo alianzas con otras profesiones y disciplinas para alcanzar un abordaje verdaderamente integral de muchas de las preocupaciones más importantes de la sociedad.

Ahora bien, el Informe sobre el Sistema de Salud Mental en Honduras patrocinado por el IESM-OMS (2008) revela que la red de atención en salud mental aún no funciona debido al escaso apoyo gubernamental y a la primacía de los hospitales psiquiátricos quienes concentran los recursos humanos, financieros e insumos. Existe un vacío de interés, desaparecida la División de Salud Mental adscrito a la Secretaria de Salud Pública, disminuido el número de Consejerías de Familia, por ejemplo, el incremento de la patología mental es innegable lo cual irá en detrimento de la calidad de vida del hondureño.

Así pues, desde la Declaración de Caracas en 1990, Honduras ha realizado esfuerzos significativos, además en el Plan nacional de salud pública 2021 fueron señalados varios principios encaminados a la protección de derechos humanos en materia de protección, no discriminación, libertad de expresión y de empoderamiento así como la reestructuración de

la atención psiquiátrica; pero, aún prevalece una deuda social importante por parte del gobierno en la búsqueda de ese estado de salud físico, mental y social ya que ha tropezado con obstáculos tanto externos como internos.

2.1.1.4 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 mencionan:

2.1.1.4.1 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 adecuadas 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, 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 (Abeldaño & Fernández, 2016).

2.1.1.4.2 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).

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

2.1.1.4.3 Factor estrés.

La relación entre estrés y enfermedad viene explicitada ya desde los primeros trabajos de Selye y su descripción del «Síndrome General de Adaptación» y de las «enfermedades de adaptación». En su estado de funcionamiento idóneo, el organismo mantiene un equilibrio homeostático, cuya alteración prolongada se acompaña de manifestaciones sintomáticas de orden fisiológico y/o psicológico. En situaciones normales de interacción con el entorno, los mecanismos psicológicos, neuronales y endocrinos de regulación interna contrarrestan los cambios del medio interno inducidos por modificaciones externas. Sin embargo, cuando estas alteraciones superan las capacidades de adaptación y defensa del organismo, bien sea por su intensidad o por su duración, el estado de funcionamiento idóneo no puede mantenerse, favoreciéndose el desarrollo de procesos patológicos, actuando la reactividad al estrés como factor sensibilizante o amortiguante frente al impacto de estos sucesos, así como en menor medida el grado de adaptación general del individuo (Morera Fumero & González de Rivera, 1983).

El estrés que no se ha tratado puede convertirse en una enfermedad mental, como un trastorno de ansiedad o depresión, y estos también influyen sobre los mecanismos homeostáticos del individuo predisponiendo al desarrollo de enfermedades. La evidencia revisada sugiere que el estrés puede aumentar el riesgo de daño arterial, lo que a su vez promueve el desarrollo de enfermedades cardiovasculares (FOROMED, 2017). 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.

Hay muchos factores que moderan el impacto del estrés sobre la salud, o el impacto de una enfermedad estresante sobre los resultados a más largo plazo como la discapacidad, el malestar y la supervivencia. Se ha descrito que los factores que se atribuyen a la personalidad de un individuo, sus creencias sobre su capacidad de control, sus emociones y su disponibilidad de apoyo social pueden afectar a las respuestas al estrés y a los resultados. Independientemente, cada vez está más claro que hay muchas variables que influyen sobre la relación entre un suceso estresante y sus resultados, y que hay varios factores que actúan de manera simultánea en la experiencia de estrés-enfermedad (Morrison & Bennett, 2008).

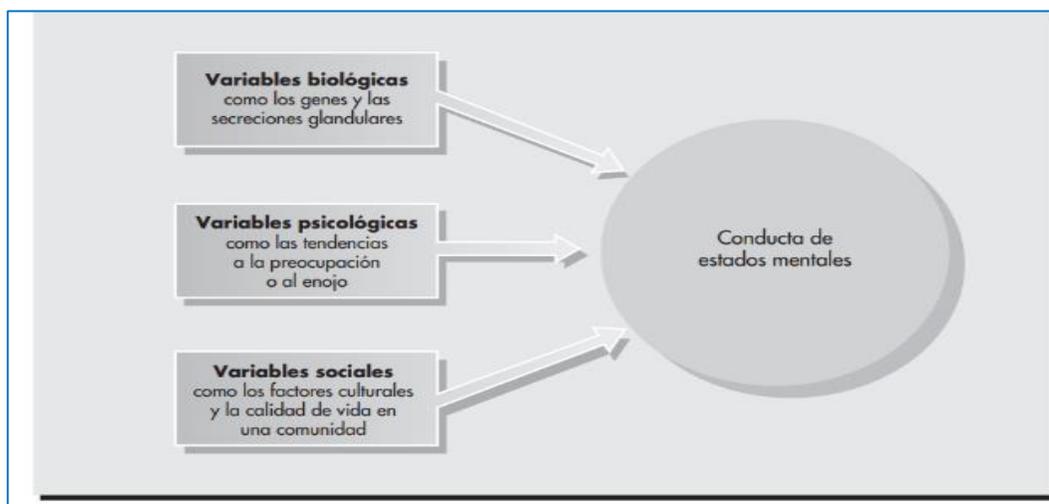


Figura 1. Variables de la Conducta de estados mentales

Fuente: (Sarason & Sarason, 2006, pág. 47)

Nota: Mientras que las variables biológicas, psicológicas y sociales pueden influir directamente en los estados mentales y la conducta, también esos factores pueden influir el uno en el otro, es decir, pueden interactuar en formas complejas. Por ejemplo, los efectos de la discapacidad intelectual (DI) en los estados mentales y la conducta son diferentes si el individuo vive en un ambiente que lo estimula o en un ambiente que carece de experiencias desafiantes e interesantes.

De manera análoga es importante comentar, que se han propuesto muchas explicaciones posibles para la elevada presencia de trastornos mentales en personas con discapacidad intelectual. Fraser y Nolan (1975) citado por Novel Alsina (2002, págs. 41-44) señala que las lesiones cerebrales interactuarían con otros factores biológicos, psicológicos y ambientales (Figura 1) y otras circunstancias para producir trastornos mentales.

2.1.1.5 Efectos de los desastres sobre la salud mental de la comunidad.

Los desastres y otras situaciones traumáticas en donde las personas perciben su vida en peligro o experimentan la pérdida de bienes materiales, de familiares y seres queridos, son eventos en los que la respuesta puede incluir ciertos trastornos mentales. La OMS reconoció que los desastres constituyen una pesada carga sobre la salud mental de las personas involucradas, la mayoría de las cuales viven en países en desarrollo, donde la capacidad para afrontar esos problemas puede verse muy limitada (Abeldaño & Fernández, 2016).

En conclusión, la literatura señala también que el hecho de presentar factores de vulnerabilidad previos se asocia a peores consecuencias para la salud mental de las personas afectadas, así las condiciones de pobreza y las diferencias de género, sumadas a los niveles de exposición al desastre pueden ser determinantes para la presencia de síntomas de depresión, ansiedad y trastornos de estrés postraumático. También existe evidencia que existe “relación entre los trastornos mentales postraumáticos con alteraciones físicas como fatiga, cefaleas, gastralgias y cardiopatías” (Abeldaño & Fernández, 2016, pág. 433).

2.1.1.6 Determinantes de la salud mental.

En este apartado se pone de manifiesto los diversos determinantes generadores de los trastornos mentales, que ejercen una influencia causal, predisponiendo la aparición de estos y que se ven asociados con los factores de riesgo y de protección que aportan a una mayor probabilidad de aparición de los problemas de salud mental, seleccionados de acuerdo a la importancia de la investigación y a la problemática que supone para el individuo, la familia, y la sociedad. Para fines de esta investigación los determinantes de los problemas de salud mental se enfocan en diversos factores sociodemográficos, socioeconómicos y psicológicos, así:

2.1.1.6.1 Determinantes sociodemográficos.

Sociales.

Los problemas de salud mental están sólidamente arraigados en el ambiente donde se desenvuelve el individuo, tanto en su iniciación, así como en su progreso, afectando así su cognición y comportamiento. Sin lugar a dudas en un momento dado de la vida las personas transitan por sucesos de crisis ya sean circunstanciales o producto de los hitos sociales por cuales pasan, dichas crisis podrían ser por eventos menores o por eventos mayores que detonen los problemas de salud mental. Hay evidencias con base científicas que demasiados sucesos de crisis sean circunstanciales o vitales podrían ocasionar la aparición de trastornos mentales (OMS, 2001).

En otras palabras, el interés de los estudios sobre los acontecimientos de crisis circunstanciales y vitales que se dan en el ámbito social reside esencialmente en identificar a los individuos que están en mayor riesgo de experimentar acontecimientos vitales importantes en acelerada sucesión (por ejemplo, pérdida del trabajo, pérdida del cónyuge y pérdida del hogar). Posteriormente a estas investigaciones se ha comprobado una asociación entre los acontecimientos vitales y circunstanciales en el ámbito social con algunos trastornos y alteraciones mentales y del comportamiento (OMS, 2001).

De allí pues, en las naciones occidentales se consideran determinantes de los problemas de salud mental a las acontecimientos sociales que se relacionan con la discriminación, el empobrecimiento, los problemas de enfermedades crónicas, la violencia, los jóvenes expuestos a sustancias psicotrópicos, el maltrato doméstico, el desempleo, el estrés, las personas de la tercera edad, todo esto causa una creciente preocupación, sobre todo por el incremento emergente de los padecimientos de un sin número de variables de trastornos mentales que causan un detrimento notable para el individuo que las padece, las familias del mismo y para las sociedad (OMS, 2001).

Los determinantes sociales mencionados anteriormente como generadores de problemas de salud mental, se vuelven una constante en detrimento de las personas que las sobrellevan, ya que los mismos causan cada vez más desigualdades entre aquellas personas que lo padecen que en la población general. La personas con desórdenes mentales sufren frecuentes violaciones de sus derechos, y a muchos se les niegan derechos económicos, sociales y se les

imponen restricciones al trabajo y a la educación, así como a los derechos reproductivos y al derecho a gozar del grado más alto posible de salud (OMS, 2013).

En conclusión, la enfermedad mental es el resultado de una compleja matriz de factores, como perfil genético, experiencias recientes y eventos vitales tempranos, apoyo social, creencias religiosas y, particularmente el género y la edad que describiremos a continuación son las dos determinantes sociodemográficas que se relacionan con trastornos mentales, debido a que se expresan de manera diferente, tanto en términos de gravedad como de curso clínico o respuesta a las intervenciones terapéuticas.

Género.

La mayoría de los estudios encuentran un claro predominio de trastornos mentales en las mujeres, aproximadamente entre 2 a 3 veces más que los hombres (Arenas & Puigcserver, 2009), específicamente los trastornos de ansiedad y depresivos, salvo en algunos estudios que se encuentra más prevalencia en el sexo masculino para los trastornos de ansiedad, invirtiéndose esta tendencia para el consumo problemático de alcohol (sin embargo el alcoholismo femenino es más dramático que lo que pueda ocurrir en los hombres), u otras sustancias (Pérez, 2005).

Vale destacar, que en el libro *Sexo Estresado: Descubriendo la Verdad sobre Hombres, Mujeres y Salud Mental* (Freeman & Freeman, 2013) los autores analizan 12 encuestas nacionales sobre trastornos mentales comparables entre sí, e incluyen encuestas realizadas en Gran Bretaña, Alemania, Estados Unidos, Australia, Nueva Zelanda, Chile y Sudáfrica. Los autores concluyen que las mujeres presentan prevalencias más altas y tienen más probabilidad que los hombres de sufrir depresión y ansiedad. Respecto a lo que ocurre en México, la depresión, ya sea como sintomatología o como trastorno mental, también es más prevalente en mujeres de la población adulta (Bautista, Velásquez, Icaza MEMM, López, & Robles, 2012) y adolescentes (Benjet, Casanova, Borges, & Medina-Mora, 2013).

No obstante, según los datos obtenidos en las investigaciones llevadas a cabo en los dos principales hospitales psiquiátricos del país entre los años comprendidos de 2009 al 2013, muestra un aumento significativo por año de la prevalencia de los trastornos mentales y del comportamiento, también pone de manifestó que la prevalencia de trastornos mentales no

parece diferir entre la población masculina y la femenina, ya sea por atenciones por primera vez o atenciones subsecuentes (MPC, 2014).

En otras palabras, ser hombre o mujer no sólo puede influir en la prevalencia de los trastornos mentales, sino también en la manifestación y expresión de los síntomas, la voluntad para solicitar asistencia médica o psicológica, el curso de la enfermedad, incluso en la respuesta al tratamiento. Cada vez hay pruebas más sólidas de que existen diferencias entre ambos sexos respecto a la anatomía cerebral, la neuroquímica y los patrones de activación y respuesta a los estímulos ambientales; diferencias que pueden influir en la etiología y el curso de los trastornos psiquiátricos (Arenas & Puigcserver, 2009).

Como hemos expuesto, realmente no se conoce por qué las tasas de ansiedad son tan elevadas en las mujeres y se sabe muy poco sobre cuáles son los factores de riesgo antecedentes. Se especula que pueden existir factores de vulnerabilidad (bioquímicos, hormonales, sociales) que expliquen esta preponderancia a los trastornos de ansiedad en la mujer. Sin embargo, hasta la fecha, no se han identificado ni dilucidado los factores que originan las diferencias de sexo en la etiología y patofisiología de los trastornos de ansiedad, siendo necesaria más investigación sobre el tema (Arenas & Puigcserver, 2009).

En todo caso, la Asociación Americana de Psiquiatría APA ha publicado un estudio que vincula el diagnóstico de determinadas enfermedades mentales con el sexo de cada individuo. Así, la investigación establece que las mujeres son más propensas a padecer trastornos como la depresión o la ansiedad, más relacionados con la interiorización de emociones, mientras que los hombres tienden más a sufrir trastornos antisociales y a abusar de sustancias. Los autores del estudio han analizado datos recogidos en los años 2001 y 2002 por los Institutos Nacionales de Salud de Estados Unidos, a través de encuestas realizadas a más de 43.000 estadounidenses mayores de 18 años, revelando que las mujeres experimentan más neurosis y situaciones estresantes que los hombres antes de la aparición de un trastorno, lo que indica que los factores ambientales de estrés también puede contribuir a la interiorización del problema, según el informe (Eaton, 2001).

En definitiva, el debate no culmina sólo con reconocer diferencias clínicas con base en el género: es importante correlacionarlo con otros elementos del ambiente cultural donde se desenvuelve el individuo. Esto es más relevante aún si se considera el fenómeno de

globalización, nutrido por migraciones internas y externas en diversas regiones del mundo. Dado el impacto del Manual de Clasificación de los Trastornos Mentales DSM como sistema nosológico mundial, los pasos que se den para consolidar la importancia del género tendrán repercusiones importantes. El progreso logrado en las últimas décadas, y reflejado en las diversas ediciones del DSM, debe continuar en beneficio de un buen proceso diagnóstico, un tratamiento más objetivo y efectivo y, tal vez con mayor énfasis, un enfoque preventivo, eficaz y duradero.

Edad.

Se puede afirmar que el riesgo global de patología mental aumenta con la edad, la prevalencia de trastornos depresivos es mayor en edades medias en la vida, el consumo de alcohol es más frecuente entre varones de edades intermedias 25-35 años (Pérez, 2005).

Aunque la mayoría de las personas mayores tienen una buena salud mental, muchas corren el riesgo de presentar trastornos mentales, enfermedades neurológicas o problemas de consumo de sustancias, además de otras afecciones, como la diabetes. Por otra parte, a medida que envejecemos aumentan las probabilidades de que padezcamos varias afecciones al mismo tiempo. Aproximadamente un 15% de los adultos de 60 años o mayores sufren algún trastorno mental. La demencia y la depresión son los trastornos neuropsiquiátricos más comunes en ese grupo de edad. Los trastornos de ansiedad afectan al 3,8% de la población de edad mayor (OMS, 2016).

Evidentemente, la edad es un determinante para el surgimiento y exacerbación de los trastornos mentales y del comportamiento. Según los datos obtenidos, en investigaciones realizadas en los dos principales hospitales psiquiátricos en el país se puede observar que la edad es un fuerte determinante de los trastornos mentales y que la prevalencia es más marcada en la medida que la persona aumenta en edad. Así pues, se puede observar que la población en edades entre 20 y 39 años de edad representa el mayor número de casos atendidos de igual manera la población entre 40 y 59 años de edad también representa otro bloque de edades de mayor vigilancia por problemas de trastornos mentales (MPC, 2014).

Para finalizar, según Álvarez Sintés (2008) estableció que el apareamiento de enfermedades crónicas no transmisibles puede deberse a que los adultos mayores representan una población de mayor riesgo de presentar problemas en el estado nutricional, tanto por el

propio proceso de envejecimiento, que aumenta las necesidades de algunos nutrientes y produce una menor capacidad de regulación de la ingesta de alimentos, como otros factores asociados a él: cambios físicos, psíquicos, sociales, y económicos.

2.1.1.6.2 Determinantes socioeconómicas.

Aquí adoptamos que los factores socioeconómicos se consideran como determinante de los padecimientos de la salud mental, estos determinantes se ven marcados por la pobreza, las condiciones asociadas al desempleo, privación y falta de hogar, estos aspectos generadores de trastornos mentales no sólo predominan en los países pobres, sino que afectan en menor proporción a personas de países con mejor calidad de vida. Según investigaciones transnacionales arrojan datos interesantes con respecto a los determinantes socioeconómicos en países latinoamericanos, exponen que la prevalencia de los trastornos mentales y del comportamiento podría ser dos veces mayor entre los pobres que entre los ricos (OMS, 2001).

En atención a lo expuesto algunos estudios asociaron el desempleo y la sintomatología psíquica, principalmente ansiedad, trastornos depresivos, insomnio, irritabilidad, indiferencia y dificultad de concentración (Pérez, 2005).

2.1.1.6.3 Determinantes psicológicas.

Los determinantes psicológicos tienen fuerte correlación con los padecimientos de salud mental. La pobre adaptación a factores como: la relación con los padres o cuidadores, interacción con el entorno social y el afrontamiento a acontecimientos vitales, en muchos de los casos desencadenan trastornos mentales (Abeldaño & Fernández, 2016).

Relación con los padres o cuidadores.

Para caracterizar los padecimientos de salud mental por determinantes psicológicos es oportuno tomar en consideración la relación decisiva de los padres y los cuidadores con los niños. Los padres o cuidadores afectuosos, atentos y estables permiten que los niños desarrollen con normalidad funciones como el lenguaje, el intelecto y el control de las emociones. Ese desarrollo puede verse interferido si el cuidador sufre problemas de salud mental u otras enfermedades, o si fallece. Cuando los niños se ven privados de la atención de sus cuidadores, tienen más probabilidades de padecer trastornos mentales y del comportamiento, ya sea durante la infancia o más adelante (OMS, 2001).

Relacionado con lo anterior, dependerá de las habilidades de los padres, ya que no sólo es la ausencia, sino las formas de crianza las que son parte del problema. De allí que cuando el niño empieza a relacionarse con otras personas, los padres habrán de darle las pautas de relación, adecuadas éstas últimas con las normas sociales y culturales. Es acá donde surge el principio de autoridad y liderazgo, puesto que aun cuando los padres sean comprensivos tendrán que restringir en algún momento dado a sus hijos. Con lo anterior se reafirma pues, el importante papel de la familia con la influencia que tiene en la conducta y la salud de sus miembros, Minuchin (1975) aclara que el individuo influye sobre su contexto y es influenciado por este por secuencias repetidas de interacción. (Gallo Garcia, 2014, pág. 5)

En esta perspectiva, un estudio realizado en familias de los pacientes ingresados en el Hospital Nacional Psiquiátrico Santa Rosita (HNPSR). El grupo estudio se definió como aquellas familias que tienen un miembro ingresado en el HNPSR sin importar su diagnóstico psiquiátrico, edad, sexo o procedencia. El Grupo Control, se definió como aquellas familias escogidas del mismo lugar de procedencia, de la familia estudio y que no poseían un miembro ingresado en el HNPSR u otro hospital psiquiátrico. Se observó que las familias Control, mostraron una dinámica normal en sus límites, mientras en las familias Estudio el 16% de los casos tuvieron una dinámica distinta (Medina Hernández, Zepeda Maradiaga, & Redondo Licona, 1985).

Interacción con el entorno social.

Otro factor psicológico para enfocar los padecimientos de salud mental, es la interacción de las personas con el entorno social, sin lugar a dudas el comportamiento humano se configura en parte por las interacciones con el entorno social. Estas interacciones pueden tener consecuencias favorables o desfavorables para el individuo. Es de esperar que los individuos se inclinen por comportamientos aceptados por el entorno social, y menos probable que opten por comportamientos sancionados. Los trastornos mentales y del comportamiento pueden considerarse como un comportamiento mal adaptado, aprendido, ya sea directamente o por la observación de otros a lo largo del tiempo (OMS, 2001).

Minuchin y Fishman, (2004) citado por (Gallo Garcia, 2014, pág. 6) comentan:

La familia es un grupo natural que en el curso del tiempo ha elaborado pautas de interacción. Estas constituyen la estructura familiar, que a su vez rige el funcionamiento de los miembros de las familias, define su gama de conductas y facilita su interacción recíproca. La familia necesita de una estructura viable para desempeñar sus tareas esenciales, a saber, apoyar la individuación al tiempo que proporciona un sentimiento de pertenencia.

Afrontamiento a acontecimientos vitales.

Sin lugar a dudas otro determinante psicológico generador de los problemas de salud mental son los acontecimientos vitales ya sean circunstanciales o por los hitos sociales que se atraviesan a lo largo de la vida, mismos acontecimientos generan desorganización mental y emocional, algunos individuos pueden desarrollar trastornos mentales y del comportamiento, como ansiedad y depresión, esto sugiere que puede ser consecuencia de la incapacidad para afrontar adaptativamente un acontecimiento vital estresante. Por lo general, las personas que evitan pensar en las causas de estrés o afrontarlas tienen más probabilidades de padecer ansiedad o depresión (OMS, 2001).

Lo antes expuesto, nos indica que hay diversos determinantes que afecta la salud mental de los individuos, determinantes que se manifiestan en varios contextos tales como sociodemográficas, socioeconómicas y psicológicos que influyen en el desarrollo de los problemas de la salud mental y en consecuencia podrían ser generadores etiológicos y evolutivos de los trastornos mentales y del comportamiento (Abeldaño & Fernández, 2016).

Por lo tanto, la carencia de esta información puede llegar a presentar problemas en el área clínica en donde los síntomas que presenta el paciente por sí mismo, no es inherentemente patológico si no una crisis circunstancial y se puede llegar de esta forma a etiquetar con un “trastorno mental”. Por eso se ha utilizado el criterio de exigir que haya malestar significativo o discapacidad para establecer los umbrales del trastorno (APA, 2013).

2.1.1.7 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 y el tratamiento especializados de los enfermos mentales y, en menor medida, a un sistema integrado de salud mental (ENDESA, 2012). Aún más reducidos son los fondos disponibles para la promoción de la salud mental ya que se invierte menos del 1% del presupuesto de salud, en estas atenciones (INE, 2013).

Sucede pues, que Honduras ha venido sufriendo un cambio demográfico muy acentuado, disminuyendo en forma sostenida las tasas de fertilidad, natalidad y mortalidad infantil; se ha invertido la razón urbano-rural, con un rápido proceso de urbanización, algunas veces forzado por fenómenos de violencia, que obligan a la población campesina a desplazarse a la ciudad, con el grave impacto del incremento de los cinturones de miseria, en especial en las principales urbes como Tegucigalpa y San Pedro Sula (IESM-OMS, 2008).

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, concomitantemente con la absorción del sector de los servicios, lo cual agudizó el fenómeno de la violencia siendo así que Honduras ocupa el puesto número uno, reportando 90 muertes por cada cien mil habitantes (ACAPS, 2014), trayendo consecuencias, para la salud y el bienestar, el desplazamiento de la familia campesina a la ciudad, como es el caso de la población de los municipios de nuestro estudio, la casi desaparición de la familia extensa (que es un 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 el número de viudas y huérfanos (OMS, 2017).

Por último, es conveniente que el individuo y su medio ambiente conforman un complejo difícilmente dissociable, en el cual intervienen los procesos de adaptación que se relacionan con el ajuste del ser a las condiciones exteriores. Por consiguiente el trastorno mental no es el problema aislado de un individuo; con frecuencia es el derrumbamiento de fuentes normales de apoyo social, especialmente de la familia (OMS, 2013). Aunque el individuo contribuye a ese derrumbamiento, no es sólo él que se deteriora y se destruye, son los

sistemas de los cuales hace parte a través de la familia, la escuela o el trabajo (Abeldaño & Fernández, 2016).

2.1.1.8 Historia de la salud mental en Honduras.

La Psicología en Honduras, como disciplina formal, empezó como asignatura en el plan de estudios de la carrera de magisterio en las Escuelas Normales. Ya para el año de 1943 surgió “Psicología del niño” como materia específica en la formación de los maestros primarios. Al mismo tiempo en la clase de Filosofía aparecía la Psicología como parte de ella.

Pioneros de la Psicología y Psiquiatría en Honduras.

Los primeros años de la década de los 50 tienen una importancia histórica especial para la Psicología y psiquiatría en Honduras. En 1951 regresa al país el primer psiquiatra hondureño, el Dr. Ramón Alcerro Castro, especializado en Estados Unidos fundó el hospital psiquiátrico privado en El Hatillo. En 1953, después de graduarse en México, se integra a la Facultad de Medicina el Dr. Asdrúbal Raudales Alvarado, también especializado en Psiquiatría. Posteriormente el Dr. Mario Mendoza, psiquiatra especializado en Perú. En 1952 regresa graduado de Chile el primer psicólogo de honduras Víctor Manuel Donaire Chan y se crea en 1953 el “Departamento Central de Orientación” para organizar y supervisar los servicios de orientación en los institutos oficiales de educación media (Donaire Chan, 2001).

Alrededor de 1954 el Dr. Asdrúbal Raudales y don Víctor Donaire organizaron un Comité de Higiene Mental, cuyo fin era divulgar ciertos principios básicos de Higiene Mental a través de charlas y conferencias sobre temas diversos relacionados con la salud mental.

En relación con la historia de la atención psiquiátrica en Honduras se remonta al año de 1926 cuando en aquel entonces el Hospital General conocido hoy como Hospital General San Felipe inició el abordaje de los pacientes asilados e indigentes entre los cuales se encontraban epilépticos y enfermos mentales. Se creó el Departamento de Neuropsiquiatría del Hospital General, desconcentrándose las áreas de hospitalización, no obstante, dichos espacios resultaron insuficientes para la demanda del momento. Las primeras estadísticas de dicho Departamento se encuentran en el Informe Fiscal de 1951 a 1952, el cual reporta la atención de 186 pacientes de los cuales 98 fueron mujeres y 88 hombres siendo la epilepsia

y la psicosis maniaco-depresiva las patologías más comunes en el género femenino, y la epilepsia y alcoholismo en el masculino (BVS Honduras, 1997).

Las limitaciones presupuestarias de aquel momento, la escasez de personal capacitado y una sobrepoblación de pacientes psicóticos (500) instalados en un edificio antiguo en pésimas condiciones comprometieron el ejercicio de la atención psiquiátrica razón por la cual se utilizaron técnicas aversivas que iban en contra de los derechos de los pacientes psiquiátricos como el electroshock, bartolinas y/o camisas de fuerza. Estas condiciones motivaron al Dr. Mario Mendoza quien gestionó la obtención de un terreno por parte del Patronato Nacional de la Infancia (PANI) y futura construcción de un nuevo edificio que serviría para la atención de los enfermos mentales. Los ejes fundamentales de este nuevo hospital serían lo asistencial, docencia, extensión e investigación.

En definitiva, desde esta fecha hasta la actual hubo una serie de cambios a nivel administrativo, implementación de técnicas más adecuadas y construcción de 2 hospitales:

2.1.1.8.1 Hospital Psiquiátrico Dr. Mario Mendoza.

El Hospital Psiquiátrico Dr. Mario Mendoza está ubicado en la Colonia Miramontes de Tegucigalpa, Departamento de Francisco Morazán a la par de la Facultad de Ciencias Médicas y del Hospital Escuela Universitario. Fue inaugurado en enero de 1973 bajo la dirección del Dr. Francisco León Gómez para brindar un servicio de hospitalización con 25 camas para ambas Salas (hombres/mujeres), una la sala de observación con 6 camas y un Servicio de Consulta Externa, y ser a su vez un centro docente para las Carreras de Medicina, Psicología y Enfermería.

Después de 46 años de servicios a la población hondureña, sigue siendo un hospital nacional de referencia y un actor principal de la atención psiquiátrica que frente a las cifras alarmantes en el incremento a la demanda originada por los trastornos mentales no cuenta con una estructura básica para poder satisfacer y resolver dicha avalancha.

Cuenta sólo con 44 camas en la Sala de Varones, 35 en la Sala de Mujeres, 4 en el Servicio de Adolescentes en Crisis y 4 en la Emergencia. 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.

En cuanto al recurso humano, cuenta con 10 psiquiatras, 6 médicos generales, 2 neurólogos quienes, sólo en el año 2015 emitieron 11,510 recetas médicas. Existe un Departamento de Psicología con 9 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 (HPMM, 2015).

2.1.1.8.2 Hospital Psiquiátrico Nacional Santa Rosita.

El Hospital Psiquiátrico Nacional Santa Rosita está ubicado a 45 Km. de Tegucigalpa, en la Aldea de Santa Rosita en el Valle de Amarateca, Departamento de Francisco Morazán. Se trata de una institución estatal de referencia nacional orientada a las acciones de atención secundaria y terciaria de pacientes de mediana y larga estancia como también de alcohólicos. Fue construido en 1970 habiéndolo oficializado hasta el 15 de marzo de 1976 siendo su primer director el Dr. Emérito Pacheco. Dicho hospital cuenta con un servicio de consulta externa especializada y un área de hospitalización en el campo de la psiquiatría, psiquiatría infantil y psicología. 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.

Hay que tener en cuenta que según investigaciones realizadas en el Hospital Psiquiátrico Santa Rosita, comprendido entre los años 2009 al 2013, de los 18 departamentos que forman parte de Honduras, nueve de ellos son los de mayor demanda en atenciones psiquiátricas, en primer lugar esta Francisco Morazán, en segundo lugar Comayagua y Cortés, en similar porcentaje están los departamentos de El Paraíso, La Paz, Lempira y Olancho y en menor porcentaje Santa Bárbara y Choluteca (MPC, 2014).

Es importante acotar, que hasta ahora en muchas áreas relacionadas con salud mental, se la sigue homologando con la enfermedad mental, es así que cuando se escribe sobre salud mental, se concluye haciendo referencia a la enfermedad mental, enfatizando el aspecto de la enfermedad, del problema.

2.1.2 Trastornos Mentales

2.1.2.1 Antecedentes de los trastornos mentales.

Antes que nada, existen tres perspectivas mística, orgánica y psicológica, las cuales se han repetido a lo largo de la historia de la civilización occidental. En este apartado se presenta brevemente la evolución del concepto salud-enfermedad, abarcando una concepción tradicional, moderna y postmoderna. Desde los albores de la humanidad, el ser humano ha hecho esfuerzos de diversa naturaleza por mantener su salud, y desde la antigüedad se ha considerado que existen personas con capacidades para restablecerla. Además, se muestra algunos antecedentes históricos de la psicología anormal moderna, la evolución que ha tenido el concepto de trastorno mental, abordado en “La historia de la locura” por el filósofo francés Michel Foucault.

Luego se expone “El mito de las enfermedades mentales” por el psiquiatra Thomas S. Szasz. Seguidamente desde la “Psicología de la Salud” se muestra los temas relacionados con la salud, la enfermedad, y la práctica e intervenciones en atención, definiendo los signos, síntomas, síndrome, enfermedad y trastorno. Posteriormente se conceptualiza los trastornos mentales: su etiología y se explica cada una de las categorías diagnósticas que se investigó. Del análisis de las investigaciones revisadas a través de extensa bibliografía se extrae una serie de consideraciones que, como reflexión final, aporten información general sobre la prevalencia de los trastornos mentales y su relación con las enfermedades crónicas no transmisibles y cómo afectan a los individuos y a la sociedad.

Antecedentes históricos de la Psicología anormal moderna.

Es importante conocer la historia de la psicología anormal que según Sarason y Sarason (2006) en el libro Psicopatología. Psicología Anormal: El problema de la conducta inadaptada) plantea que a lo largo de los tiempos se han repetido ciertas perspectivas respecto de las causas de desviaciones de tipo sobrenatural, orgánico o psicológico. En muchas culturas perduran algunas creencias antiguas místicas relacionadas con el papel de las fuerzas sobrenaturales o mágicas en el origen de la conducta anormal. Desde este punto de vista, la terapia comprende generalmente el exorcismo o la expulsión del demonio por medio de la magia y la oración. Esta práctica la realiza, por lo general, un chamán o curandero. Otra

perspectiva vincula la conducta anormal con un defecto orgánico. La primera evidencia de este punto de vista se encontró en los cráneos de épocas prehistóricas que muestran evidencia de trepanación, es decir, agujeros astillados en el cráneo. La perspectiva psicológica sugiere que la conducta anormal se refiere a las perturbaciones en la forma en que una persona piensa, siente o percibe el mundo y que estas perturbaciones son potencialmente modificables.

Existen variadas influencias sobre las creencias de la gente en temas relacionados con la enfermedad y el remedio; de importancia trascendente son la cultura y la religión. Las creencias religiosas pueden influir en forma positiva sobre la salud, actuando como fuente de inspiración, o de manera negativa cuando existen referencias a la culpa y el castigo. También pueden engendrar un sentido de fatalismo, la creencia de que algo o alguien tiene el control. Esto puede repercutir en las conductas relacionadas con la salud. Las creencias sobre salud y enfermedad afectan las decisiones del individuo en su elección terapéutica.

Para esta propuesta, la enfermedad resulta de fuerzas o espíritus; representa un castigo divino, o bien se trata de un estado de purificación que pone a prueba la fe religiosa. Las fuerzas desconocidas y los espíritus (benignos y malignos) constituyen las variables determinantes y condicionantes del estado de salud-enfermedad que priva en un individuo o en una sociedad. Este modelo facilita la aceptación de la muerte inminente pero también circunscribe la prevención a la obediencia de normas y tabúes, y la curación a la ejecución de ritos. Su principal desventaja es que impide el avance cognoscitivo a la vez que fomenta la actividad pasivo-receptiva del hombre. Como seguidores de este modelo podemos nombrar a las sociedades primitivas, desde la edad media hasta la actualidad, teniendo como representantes a chamanes, brujos, curanderos, sacerdotes y espiritistas (Arredondo, 1992).

Según Weisner, M. Citada por (Chuaqui, 2006):

El primer aporte significativo a lo que posteriormente se le denominara antropología médica, se encuentra en el trabajo del médico y antropólogo británico William Rivers, quien realiza una clasificación de las manifestaciones de la medicina primitiva en términos mágico-religioso. Su visión será central para la corriente de pensamiento posterior que se denomina: Etnomedicina, enfocada en el estudio etnográfico de los sistemas médicos no occidentales. (pág. 96)

En esta perspectiva en 1963, Norman Scott, acuña el término Antropología Médica (Weisner, 2000). Al comienzo de esta década se hace posible desligar el tema médico de las corrientes de magia y religión que lo habían monopolizado, para poder establecer una disciplina en que la medicina propiamente fuera el objeto de estudio.

En general, se aprecia que las tendencias teóricas de la sub-disciplina se dirigen cada vez más a un distanciamiento de los criterios de exotividad iniciales (Magia-religión), acercándose paulatinamente a la idea de que también Occidente y sus sistemas médicos pueden y deben ser tomados como objeto de estudio y crítica antropológica (Harris, 2004).

Hay que destacar que la mirada mágico- religioso del mundo natural, se aprecia desde periodos tempranos en la historia evolutiva del hombre.

Por otra parte Cecil Hellman (1994), diferencia entre:

La comprensión de la enfermedad se puede hacer desde distintos niveles de análisis tanto de su causa como del comportamiento esperado del paciente y de las personas que lo rodean (...). La definición de una enfermedad y la aceptación de la existencia de una enfermedad específica parte de la explicación social de su causa u origen. (pág. 37)

Según Hellman, los niveles de explicación de la enfermedad se pueden contener dentro de las siguientes esferas:

1. La causa de la enfermedad se encuentra dentro del paciente.
2. La causa de la enfermedad se encuentra en el mundo natural.
3. La causa de la enfermedad se encuentra en el mundo social.
4. La causa de la enfermedad se encuentra en el mundo sobrenatural.

“La causa de la enfermedad se puede encontrar dentro de uno de estos niveles o por la interacción de dos o más de estos niveles” (pág. 43).

Si se aborda como punto de análisis el modelo mágico- religioso, la enfermedad estaría situada en las últimas dos esferas, donde el origen de la enfermedad en el mundo social se explicaría como “La enfermedad y la mala suerte son producto de la maldad de otro. El otro puede estar consciente o no de ser el causante de la enfermedad. (...) las causas comunes de enfermedad son la brujería, la magia y el mal de ojo” (Hellman, 1994, pág. 76).

En la brujería algunas personas son consideradas de poseer un poder místico que tienen la capacidad de dañar a otros, sin embargo, el o la acusada no está al tanto del daño que ha causado. La magia, por otro lado, la tienen personas que tienen el poder de manipular y alterar eventos naturales y sobrenaturales con el conocimiento adecuado y la realización de un ritual (Hellman, 1994).

Por otra parte, en la esfera sobrenatural, “La enfermedad es causa de la acción directa de seres sobrenaturales como dioses, espíritus o ancestros (...) castigos de Dios, acciones de espíritus caprichosos y maléficos, Posesión de los espíritus, curación implica cambios de comportamiento y rituales” (Hellman, 1994, pág. 82). En este sentido, la enfermedad puede ser castigo de Dios por comportamientos considerados inadecuados. La curación implica el reconocimiento por parte del enfermo de su pecado, arrepentimiento y promesas hechas para cambiar el comportamiento indeseado. La acción de los espíritus sobre la persona es una invasión de su parte, no siempre relacionada a comportamientos del individuo. La posesión de los espíritus se puede dar como castigo por un comportamiento ofensivo de su parte.

En el caso de Honduras, algunas de las culturas étnicas, como ser la Miskita y garífuna, dan cuenta en sus prácticas y rituales de estas acepciones acerca del entendimiento de la salud- enfermedad (Von Gleich & Ernesto, 1999). Uno de los recursos humanos fundamentales en la práctica médica tradicional de los garífunas son los *buyei* los que actúan como sacerdotes, adivinos y consejeros. También tienen algunos objetos necesarios para los rituales (maracas, imágenes de ídolos, santos, la Biblia, candelas que permanecen siempre encendidas en su altar y otros objetos). Los *buyei* tienen asistentes espirituales (*hieruha*), quienes se ponen en contacto con el *buyei* a la hora de realizar las ceremonias del *chugú* o *dugú*. En el caso de los *buyei*, ellos afirman que no solamente pueden curar enfermedades espirituales, sino también otras enfermedades “naturales”.

En efecto, aparte de curar la enfermedad de gubida y otros males causados por la magia también expresan que pueden curar enfermedades naturales a través de sus *hieruha*. El *buyei* atiende muchos casos de demencia y de enfermedades de transmisión sexual (ETS), especialmente el VIH-SIDA. Otro agente de salud importante en la comunidad garífuna es la partera (Hernández Rodríguez, Amaya, & Chávez, 2002).

Por otro lado, Pérez Chiriboga en su libro *Espíritus de Vida y Muerte: Los Miskitu hondureños en época de guerra (2002)* y analiza como la cultura Miskita y tawahka provee los medios necesarios para el control de las fuerzas sobrenaturales. Todo contacto que ocurra entre humanos y espíritus, sin el control adecuado resulta en enfermedad. “Los Miskitu entienden la enfermedad como posesión espiritual: el espíritu entra en el cuerpo de la persona, donde la fuerza caliente y fría se repelen resultando en una afección física o en desórdenes emocionales o mentales” (pág. 167).

Asimismo, sí hay enfermedades en las que las personas pierden el control de sí mismas, como es el caso de *bla kira* enfermedad de proporciones epidémicas, que afecto a ambos grupos Miskitu y a los sumu-tawahka, y que los psiquiatras caracterizan como histeria colectiva a consecuencia del contexto de guerra durante la década de 1980 donde se albergó al ejército Contra-miskitu nicaragüense y a una población de refugiados mayor que los Miskitu y Tawahka hondureños, causó un paradigma etnomédico, adaptando los patrones tradicionales de la enfermedad a las nuevas circunstancias sociales.

La clasificación Miskita de las enfermedades es de acuerdo al espíritu que la causa. Las enfermedades causadas por *alwani* son las de mayor frecuencia en los diagnósticos, seguidas por las causadas por *liwa*. (Tabla 2) muestra enfermedades y su causa espiritual.

Tabla 1. Ejemplos de enfermedades y su causa espiritual

Espíritu	Enfermedad
<i>Alwani</i>	1. Enfermedades de la piel, como llagas y costras. 2. Inflamaciones de los ojos
<i>Liwa</i>	3. Enfermedades estomacales, como dolor de estómago, inflamación estomacal y diarrea. 4. Enfermedades reproductivas, como infertilidad, embarazos problemáticos y abortos.
<i>Duhindo</i>	5. Enfermedades en las que él o la paciente pierde el control de sí, como aquellos que están desorientados o caminan sin rumbo.

Fuente: Pérez Chiriboga, 2002, (pág. 168).

Es importante que los profesionales de la salud estemos al tanto de las creencias de los pacientes con respecto a la enfermedad, así como de los tratamientos alternativos que podrían elegir.

El mundo occidental antiguo. En la antigua Grecia, la conducta perturbada se interpretó originalmente como un castigo como consecuencia de las ofensas infringidas a los dioses. Más tarde, varios filósofos griegos, comenzando por Sócrates, sostuvieron un punto de vista más psicológico, pues consideraban que el razonamiento constituía un aspecto básico de la conducta adaptada. Platón desarrolló el punto de vista orgánico, el cual explica la conducta como una expresión general del proceso psicológico de una persona. Consideró que la conducta perturbada era producto de los conflictos internos entre la razón y la emoción. Galeno, médico griego, enseñaba que las características psicológicas eran expresiones de procesos orgánicos influidos por un balance de cuatro humores. Según estas teorías, el mundo material se componía de cuatro elementos (tierra, aire, fuego y agua) que se combinaban para formar los cuatro humores (fluidos del cuerpo) eran sangre, bilis negra, bilis amarilla y flema. Se creía que cada uno de éstos se relacionaba con determinada cualidad del temperamento y se pensaba que los desequilibrios entre los humores provocaban distintos trastornos. En forma temporal, reemplazó las explicaciones mágicas y religiosas de la conducta anormal por la búsqueda, basada en la observación y la razón, de las causas naturales. A excepción de una interrupción durante la Edad Media, esa búsqueda continua (Sarason & Sarason, 2006).

La historia de la locura.

A continuación, se expondrá la configuración de la consciencia de la locura a comienzos de la época clásica siglos XVII y XVIII mostrada por el filósofo francés Michel Foucault en su Historia de la locura (título original en francés: *Folie et déraison. Histoire de la folie à l'âge classique*), interpretando ciertos elementos de la misma a partir de la noción nietzscheana de «eticidad de la costumbre». Para ello se recorre la tematización de la locura durante la Baja Edad Media, donde muestra la transformación sufrida por ella durante el Renacimiento y se analiza la fuerza que, ya en el siglo XVII, Descartes le asesta.

A finales de la Edad Media la lepra desaparece, tras la ruptura a final de las cruzadas, de los lazos de Europa con Oriente, donde se hallaban los focos de infección. Desde la Alta Edad Media hasta el siglo XV se multiplicaron los leprosarios, situados en los márgenes de

la comunidad, en las puertas de las ciudades. Estos lugares de exclusión comienzan a vaciarse. Aparece en el paisaje imaginario del Renacimiento; “la nave de los locos”, extraño barco que se llevaba a los enfermos mentales lejos de la comunidad afectada, sin importarles que la vida de los pasajeros terminará con frecuencia en el fondo del mar. Durante los siglos XVI y XVII se produjo en Francia, Inglaterra y Alemania un traspaso de la gestión de estos centros de la Iglesia a las ciudades y al Estado, convirtiéndose por su parte en instituciones de encierro para una variedad de figuras sociales entre las que destacaba la del loco. En poco más de dos siglos se produjo un desplazamiento imaginario del leproso al Hospital General; de la figura del leproso a la del loco.

Foucault (1998) comenta:

La lepra se retira, abandonando lugares y ritos que no estaban destinados a suprimirla, sino a mantenerla a una distancia sagrada, a fijarla en una exaltación inversa. Lo que durará más tiempo que la lepra, y que se mantendrá en una época en la cual, desde muchos años atrás, los leprosarios están vacíos, son los valores y las imágenes que se habían unido al personaje del leproso; permanecerá el sentido de su exclusión la importancia en el grupo social de esta figura insistente y temible, a la cual no se puede apartar sin haber trazado antes alrededor de ella un círculo sagrado. (págs. 16-17)

Sobre todo, la locura y la figura del loco también aparecen tematizadas durante la Baja Edad Media. Existieron una serie de cuentos y de fábulas sobre la locura que comenzaron a extenderse de forma considerable durante el siglo XV. Estos cuentos y fábulas refieren la locura “a una especie de gran sinrazón, de la cual nadie es precisamente culpable, pero que arrastra a todos los hombres.” (pág. 28). Por otro lado, encontramos el género teatral de las farsas y soties, en el que la figura del loco muestra a cada personaje su verdad. El siglo XV la locura pasa a representar de manera oculta y simbólica la presencia de la muerte.

De ahí se entrecruzan las concepciones de la muerte y las distintas significaciones de la locura de esos géneros literario culturales, de tal forma que a principios del Renacimiento aparecen dos conciencias distintas de la locura: una trágico-cósmica reflejada en el ámbito

plástico de la pintura, y la otra crítica recorre el terreno literario. Foucault interpreta la concepción trágico-cósmica de la locura a través de una serie de pinturas y grabados¹.

Así, en relación a la tabla central del tríptico *Las tentaciones de San Antonio del Bosco* afirma Foucault:

Estas formas extrañas se colocan, todas, en el espacio del gran secreto, y el San Antonio que es tentado por ellas no está sometido a la violencia del deseo, sino al aguijón, mucho más insidioso, de la curiosidad; es tentado por ese saber, tan próximo y tan lejano, que se le ofrece y lo esquiva al mismo tiempo, por la sonrisa del grylle; el movimiento de retroceso del santo no indica más que su negativa de franquear los límites permitidos del saber; sabe ya -y ésta es su tentación- lo que Cardano dirá más tarde: "La Sabiduría, como las otras materias preciosas, debe ser arrancada a las entrañas de la Tierra." (pág. 39)

En fin, el último tipo de locura, que es la pasión desesperada. El amor engañado en su exceso, engañado sobre todo por la fatalidad de la muerte, no tiene otra salida que la demencia. En tanto que había un objeto, el loco amor era más amor que locura; dejado solo, se prolonga en el vacío del delirio. En la obra de Shakespeare, encontramos las locuras emparentadas con la muerte y con el homicidio; en la de Cervantes, las formas que se ordenan hacia la presunción y todas las complacencias de lo imaginario es como se podrá descifrar lo que sucede, a principios del siglo XVII, en la experiencia literaria de la locura.

Por otra parte, apenas transcurrió un siglo desde el auge de las barquillas locas, cuando aparece el tema literario del "Hospital de Locos" incurables donde son exhibidas todas las locuras y enfermedades del espíritu, tanto de los hombres como de las mujeres. Cada forma de locura encuentra allí su lugar, sus insignias y su dios protector: la locura frenética y necia, simbolizada por un tonto subido en una silla, se agita bajo la mirada de Minerva; los sombríos melancólicos que recorren el campo, lobos ávidos y solitarios, tienen por dios a Júpiter, maestro en las metamorfosis animales; después vienen los "locos borrachos", los "locos desprovistos de memoria y de entendimiento", los "locos adormecidos y medio muertos", los "locos atolondrados, con la cabeza vacía"... Todo este mundo de desorden, perfectamente

¹ *Las tentaciones de San Antonio*, Hieronymus Bosch (1501), Óleo sobre madera 131 x 218 cm, Museu Nacional de Arte Antiga (Lisboa Portugal).

ordenado, hace por turno el Elogio de la razón (Teruel Diaz, 2015). Cuando se internaban tan solo los "locos", es de hecho una prueba de que al menos se realizaba una determinación médica, lo cual no es el caso de lo que ocurría en otros lugares.

Así mismo, Foucault señala que los refugios reservados para los tontos no son nuevos en la época clásica. La novedad que presenta este tiempo, son los lugares que mezclan loco y otros, la caridad y la represión. De hecho, Foucault afirma la existencia de hospitales dedicados a la locura: en Fez, en el siglo VII, en Bagdad en el siglo XII, y El Cairo en el siglo siguiente. En esta confusión de hospicios que se desenvolverá solamente a principios del siglo XIX, tenemos la impresión de que el loco no era reconocido en la verdad de su perfil psicológico, sino en la medida misma en que se reconocía en él su profundo parentesco con todas las formas de sinrazón. Encerrar al insensato con el depravado o el hereje hace borrar el hecho de la locura, pero revela la posibilidad perpetua de la sinrazón; y es esta amenaza en su forma abstracta y universal la que trata de dominar la práctica del internamiento, ha nacido una sensibilidad nueva: ya no religiosa, sino social.

Luego, medida por su solo valor funcional la creación de las casas de internamiento puede pasar por un fiasco, ya que las instituciones para los dementes eran más necesarias para proteger a la sociedad, que para ayudar a los enfermos. Su desaparición, en casi toda Europa, a principios del siglo XIX, como centros de recepción de los indigentes y prisiones de la miseria, sancionó su fracaso final: remedio transitorio e ineficaz, precaución social bastante mal formulada por la industrialización naciente. En la edad clásica, por vez primera, la locura es percibida a través de una condenación ética de la ociosidad y dentro de una inmanencia social garantizada por la comunidad del trabajo. Esta comunidad adquiere un poder ético de reparto que le permite rechazar, como a un mundo distinto, todas las formas de inutilidad social.

En atención a lo expuesto, si durante el renacimiento la locura fue borrada del mundo por la fuerza e integrada en la razón en un juego dialéctico en el que ambas se comunicaban entre sí, con Descartes permanecerá circunscrita al hombre, aunque escindida de todo vínculo con la razón. A partir de Descartes la locura y el loco quedarán apartados de la razón y del hombre normal: la razón constituirá los rasgos de la humanidad, mientras que la locura quedará excluida de ella. Esa fue la contribución esencial del filósofo francés al «gran encierro» y a

la alienación social del loco practicada durante los siglos XVII y XVIII (Teruel Diaz, 2015, pág. 228).

Visto que, ¿Cuál es el sentido de esta fuerza subterránea que atraviesa toda la modernidad? ¿Qué función social cumple aún desde la sombra? Se propone utilizar aquí la noción nietzscheana de «eticidad de la costumbre», desarrollada en el primer libro de Aurora. Según Nietzsche, la sociedad impone históricamente a los individuos la obediencia de las costumbres, esto es, la obediencia de la forma tradicional de comportarse y de valorar. La tradición es respetada y obedecida como el mandato de un poder temible, incomprensible e indefinido, de una inteligencia superior transcendente. Su transgresión supone un castigo sobrenatural sobre toda la comunidad. Por ello, ésta ejerce una venganza contra el infractor que, con su transgresión, la expone a la cólera divina. Pues bien, se puede interpretar las fuerzas trágicas subterráneas de la locura de la época clásica como ese temible, incomprensible e indefinido poder transcendente que regulará la moral de los hombres europeos que Foucault señala como secretamente adherida a la consciencia crítica de la locura durante los siglos XVII y XVIII (Teruel Diaz, 2015, pág. 229)

Retomando una tras otra las grandes figuras de la locura que se han mantenido a lo largo de toda la época clásica, se tratara de mostrar cómo se han situado en el interior de la experiencia de la sinrazón; cómo han adquirido allí, cada una, una cohesión propia; y cómo han llegado a manifestar de manera positiva la negatividad de la locura. Entre ellas: el grupo de las demencias, manía y melancólica, histeria e hipocondría. Además, alguna de las ideas terapéuticas que han organizado las curas de la locura son: La consolidación, la purificación, la inmersión, la regulación del movimiento. Dentro de la medicina de la locura, de los métodos de supresión de la enfermedad y de las formas de atacar la sinrazón. Éstas pueden resumirse en tres formas esenciales: El despertar, la realización teatral, el retorno a lo inmediato (Foucault, 1998).

En definitiva, la locura fue reconocida como una enfermedad del alma, y con Freud, como una enfermedad mental. Foucault presta gran atención a la manera en que el estatus de un loco pasa de ser de aceptado si no reconocido en el orden social, al de un excluido, confinado y encerrado dentro de cuatro paredes. Además, él examina las diferentes formas y los intentos para tratar los locos, sobre todo la obra de Philippe Pinel y Samuel Tuke. Muestra

claramente los tratamientos aplicados por estos dos hombres no menos autoritarios que sus predecesores. El asilo y los métodos de Tuke consistían principalmente en el castigo de los individuos reconocidos como "locos" hasta que aprendieran a actuar con normalidad, lo que condujo a que se comportasen de manera sumisa y se ajustaran a las normas aceptadas. Del mismo modo, el tratamiento del "loco" por Pinel parece haber sido una versión extendida de la terapia de aversión, donde incluía los tratamientos como la ducha de hielo y el uso de las camisas de fuerza. Para Foucault, este tipo de tratamiento sólo consistía en brutalizar al paciente repetidamente hasta que quedara integrado en la estructura del juicio y el castigo.

Recapitulando, la conceptualización de trastornos mentales, ya en el siglo XIX, y con los cambios que se venían dando los tipos de tratamiento ponían su énfasis en los manicomios que eran como cárceles, a su vez otras formas se basaban en el de retirar una parte del cerebro en la parte frontal, también se usaron psicotrópicos, algunos experimentos con radiación, descargas y choques eléctricos al cerebro como una forma de cambiar los pensamientos, sin embargo con estos tratamientos los resultados del experimento fue dejar a las personas sometidas a esto con daño cerebral (Millan, 2012).

Seguidamente se expone sobre el mito de la enfermedad mental, que entrelaza términos médicos y psicológicos, entre ellos; signos, síntomas, diagnósticos, psicoterapias y establece diferencia entre enfermedad y trastorno.

El mito de la enfermedad mental.

En 1961, Thomas S. Szasz psiquiatra publicó el libro "*El Mito de la Enfermedad Mental*", que inició un debate sobre las denominadas enfermedades mentales. Los principales argumentos de esta obra son: estrictamente hablando, la enfermedad puede afectar sólo al cuerpo, por consiguiente, no puede haber enfermedad mental. La enfermedad mental es una metáfora, como cuando hablamos de una economía enferma. Los diagnósticos psiquiátricos son etiquetas estigmatizadoras, que parecen diagnósticos médicos, aplicadas a personas cuya conducta molesta u ofende a los demás. Si no hay enfermedad mental, tampoco puede haber hospitalización, o tratamiento, o cura para ella.

Según Szasz (1994) aseveró "Que la enfermedad mental es una combinación incoherente de conceptos médicos y psicológicos, aunque popular debido a que legitima el uso de fuerza psiquiátrica para controlar y limitar el desvío de las normas sociales" (pág. 113).

En efecto, en *el mito de la enfermedad mental Szasz* (1994) relaciona los siguientes términos:

En primer lugar, Los síntomas y signos —tal como se usan estos términos en medicina— guardan entre sí la misma relación que mantienen las palabras escritas y habladas. Esta relación parecería ser poco apreciada. En cambio, se afirma por lo general que, para realizar el diagnóstico, los signos corporales son indicios mucho más exactos y confiables que los síntomas. Esto es cierto sólo si se considera que a la mayoría deslázente le resulta más fácil mentir que fingir, es decir, imitar una enfermedad. Empero, no es forzoso que siempre sea así, “existe prueba lógica alguna —las empíricas son pocas— que apoye la creencia en la superioridad (en el sentido de veracidad) de los signos respecto de los síntomas corporales. Ambos pueden ser falsificados. Y, en los dos casos, solo es posible hacer un diagnóstico de enfermedad (en el sentido de trastorno corporal) infiriendo a partir de las observaciones. (pág. 63)

En segundo lugar, los signos corporales retratan —en términos literales, presentan— el sentido exacto en que el paciente se considera enfermo. Podríamos decir, por lo tanto, que en el simbolismo de su síntoma el paciente presenta en forma muy condensada su propia autobiografía. Esta cualidad es apreciada por los psicoanalistas. El síntoma presentado por el paciente -si lo tiene- encierra, por así decirlo, toda la historia y la estructura de su «neurosis»: esto forma parte de la sabiduría del psicoanálisis clínico. Cuando los psicoanalistas dicen que aun el síntoma más simple sólo puede comprenderse en forma plena mirando hacia atrás, en busca de un análisis completo del paciente, quiere significar que para comprender el «síntoma» de este debemos conocer todas las características históricamente singulares de las circunstancias sociales y el desarrollo de su personalidad. (pág. 83)

Podemos agregar que, dentro del origen del concepto moderno de enfermedad mental, el error fue clasificar la histeria como enfermedad, subrayando sus similitudes con enfermedades neurológicas conocidas, es atribuible, en gran medida, a la concepción reduccionista de la conducta personal, característica del siglo XIX. (Szasz, 1994)

Algo semejante ocurre con la definición tradicional de psiquiatría —que aún está en boga— ubica a esta junto a la alquimia y la astrología, y la encierra en la categoría de seudociencia.

Después, Szasz (1994) explica que la psiquiatría:

Es una especialidad médica que se ocupa del estudio, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad mental. Esta definición es inútil y engañosa. La enfermedad mental es un mito. Los psiquiatras no se ocupan de las enfermedades mentales y de su terapia. En la práctica enfrentan problemas vitales de orden social, ético y personal. (pág. 177)

Fundamentalmente Szasz (1994) proponía, una diferencia entre la enfermedad mental y la física, la enfermedad pertenece al cuerpo y no a la mente. En su concepto la mente aparece como una esencia inviolable, separada del cuerpo y de sus enfermedades. La denominada «enfermedad mental», no es equiparable a la enfermedad física, sino que está en el área de los fenómenos existenciales de la persona, que no deberían atenderse con medicamentos. Lo que correspondería hacer, en cambio, es ayudar a la persona a hacer una autoexploración de sus conductas y de su situación existencial para lograr un equilibrio físico y mental. La enfermedad no es un mito, pertenece a lo físico y el estado mental de la persona se relaciona con su propia existencia.

Partiendo de esta premisa, uno de los precursores de la antipsiquiatría inicia aquí un "*análisis destructivo*" de dicho concepto, para construir luego una "*teoría*".

[...] Así, las enfermedades mentales se consideran básicamente similares a otras enfermedades. La única diferencia [...] entre una enfermedad mental y otra orgánica es que la primera, al afectar al cerebro, se manifiesta por medio de síntomas mentales, en tanto que la segunda, al afectar a otros sistemas orgánicos -p.ej., la piel, el hígado, etc.-, se manifiesta por medio de síntomas que pueden ser referidos a dichas partes del cuerpo.

Es decir, cuando Szasz (1994) afirma que la enfermedad mental es un mito, no está diciendo que no existan la infelicidad personal ni la conducta socialmente desviada; lo que dice es que las categorizamos como enfermedades por nuestra propia cuenta y riesgo. Szasz cree en la posibilidad de la felicidad o bienestar humanos, no sólo para una selecta minoría, sino en una escala hasta ahora inimaginable; pero esto sólo se podrá lograr si muchos hombres, y no un puñado únicamente, son capaces de hacer frente con franqueza a sus conflictos éticos, personales y sociales y están dispuestos a salirles valientemente al paso. Esto implica encontrar soluciones para problemas vicarios -p.ej. luchar contra la acidez estomacal y la fatiga crónica en vez de enfrentar un conflicto conyugal-.

En todo caso, la expresión “enfermedad mental” es una metáfora que equivocadamente hemos llegado a considerar un hecho real. Decimos que una persona está físicamente enferma cuando el funcionamiento de su organismo viola ciertas normas anatómicas y fisiológicas; análogamente, decimos que está mentalmente enferma cuando su conducta viola ciertas normas éticas, políticas y sociales. Esto explica por qué a tantas figuras históricas, desde Jesús hasta Castro y desde Job hasta Hitler, se les diagnosticó haber sufrido tal o cual enfermedad psiquiátrica.

Además, *El mito de la enfermedad mental* (Szasz, 1994) arremete contra las construcciones patológicas que los controladores de turno hacen de actitudes libres de las personas, de la falta de sumisión, por ejemplo, de la desobediencia a las reglas sociales. El invento de la histeria aplicada a las mujeres que no atendían los requerimientos masculinos es un ejemplo clásico. Para Charcot, una enfermedad es algo que debe revelarse en la mesa de autopsias, nunca un comportamiento “raro” o una forma de ver las cosas (pág. 21).

Es importante señalar que Thomas S. Szasz (1994), expone que para lograr una mayor claridad en el tema, una discusión sobre la enfermedad mental debe ir precedida de una indagación sobre dos conceptos: enfermedad y mente:

¿Qué es una enfermedad? Se han dado muchas definiciones, de manera breve una enfermedad es, en el sentido estrictamente médico de la palabra, una anormalidad biológica del cuerpo, por ejemplo: un trastorno metabólico, una infección bacteriana, un crecimiento tumoral. La práctica de la profesión médica se basa entonces en estas dos premisas tácitas:

1) El médico diagnostica y trata las enfermedades del cuerpo.

2) El médico puede llevar a cabo su trabajo cuando el individuo que está enfermo asume el papel de enfermo. Esta distinción entre estar enfermo y asumir el papel de enfermo dista mucho de ser clara para algunos, y es importante para una elucidación del quehacer psiquiátrico.

¿Qué es la mente? La mente no es un órgano anatómico, como el hígado o el riñón, por lo cual no puede enfermarse médica y literalmente. La mente es una metáfora, mediante la cual queremos expresar la compleja actividad neuroquímica del cerebro.

En la práctica médica, cuando hablamos de trastornos orgánicos nos estamos refiriendo ya sea a signos (fiebre) o a síntomas (dolor). En cambio, cuando hablamos de síntomas psíquicos nos estamos refiriendo a comunicaciones del paciente acerca de sí mismo, de los demás y del mundo que lo rodea. La noción de síntoma psíquico está, pues, indisolublemente ligada al contexto social, y particularmente al contexto ético, en el que se la formula, así como la noción de síntoma orgánico está ligada a un contexto anatómico y genético. Los términos signos, síntomas, síndrome, enfermedad y trastorno, son palabras con mucha fuerza, porque a nivel popular acostumbran a asociarse a la falta de salud y los problemas en el organismo, algunos de los cuales podrían ser crónicos y por lo tanto no tener cura. Sin embargo, eso no significa que, en los entornos científicos, académicos y de la salud se utilicen como sinónimos. De hecho, no lo son.

Para ampliar se definirán algunos términos, según la APA (2014):

Signo. Una manifestación objetiva de un estado patológico. Los signos los observa el examinador en vez de comunicarlos la persona afectada. Comparar con Síntoma.

Síntoma. Es una manifestación subjetiva de una afección patológica. Los síntomas los expone el individuo afectado y no los observa el examinador. Comparar con Signo.

Síndrome: Una agrupación de signos y síntomas que, basándose en su frecuente concurrencia, pueden sugerir una patogenia común subyacente, un curso, un patrón familiar o la elección del tratamiento.

Los síntomas que componen un síndrome pueden variar con el tiempo y por lo tanto este puede llegar a ser la manifestación de una enfermedad, pero otros no, ya que sus causas pueden ser tan biológicas como, por ejemplo, sociales (Torres, 2018).

Desde luego, las personas pueden cambiar sus comportamientos, con o sin ayuda profesional, y ese cambio aprobado por la sociedad es llamado recuperación o cura.

A continuación, se cubren los temas principales en psicología de la salud, como las creencias sobre la salud y la enfermedad, la percepción, interpretación y respuesta a los síntomas, también las bases biológicas, las diferencias individuales y culturales y las intervenciones psicológicas en la salud, la enfermedad y la atención sanitaria.

Creencias sobre la salud y la enfermedad.

Según Morrison y Benett (2008) en la psicología de la Salud, esta se compone, a grandes rasgos, de los campos de «tener», «hacer» y «estar», donde la salud es una reserva, una ausencia de enfermedad, un estado de bienestar físico y psicológico; se hace patente en la capacidad de realizar actos físicos, como tener buena forma física, y generalmente es algo que se da por sentado hasta que se carece de una buena salud debido a una enfermedad.

En efecto, las perspectivas a lo largo del tiempo sobre la salud y la enfermedad: La salud ha pasado de ser vista desde un punto de vida holístico, en el que interactúan cuerpo y mente, a visiones más dualistas, que consideran que el cuerpo y la mente actúan de forma independiente. Esta visión está volviendo al holismo, poniéndose en duda el modelo médico con un planteamiento más psicosocial. Es decir, que las culturas pueden partir de orientaciones colectivas o individualistas que influirán sobre las explicaciones de la salud y la enfermedad, así como sobre el comportamiento de los que pertenecen a esa cultura.

En cuanto a la influencia del ciclo vital sobre la percepción que se tiene de la salud, los niños pueden explicar la enfermedad en términos complejos y múltiples dimensiones, y las expectativas que tienen los seres humanos sobre su salud cambian a lo largo de la vida en función de su origen y sus experiencias, así como de su desarrollo cognitivo. Entonces, las repercusiones que tienen los recursos de la atención sanitaria y social son evidentes dada la epidemiología de la enfermedad, es decir, el hecho de que muchas enfermedades han aumentado con la longevidad. No todas las personas mayores están enfermas o incapacitadas, pero incluso entre la minoría que vive sin problemas crónicos de salud (físicos y/o mentales) son comunes los episodios de enfermedades graves (Morrison & Bennett, 2008).

Percepción, interpretación y respuesta a los síntomas.

Existen diversos procesos que atraviesan los individuos antes de aceptar que están enfermando. La gente toma conciencia, o no, de determinadas señales corporales dependiendo del contexto en el que las experimenta y de las características individuales, como el neuroticismo. Existen tanto factores internos como externos que influyen sobre el grado en que una persona presta atención a sus estados corporales, y sobre cómo interpreta posteriormente las señales corporales como síntomas de una enfermedad subyacente, la

persona los compara con prototipos preexistentes de las enfermedades, derivados de sus experiencias personales o de fuentes de información externas.

Se ha descubierto que las creencias que tienen los individuos sobre las enfermedades se agrupan en torno a cinco dominios: identidad percibida (etiqueta), cronología, consecuencias, cura-control y causa. Estas formas de pensar sobre la enfermedad son relativamente estables entre diversos grupos de pacientes, pero las creencias específicas pueden ser distintas para un individuo sano. Además, una serie de factores personales, sociales y emocionales que influyen sobre si una persona responde a sus síntomas buscando asesoramiento de un profesional de la salud. El camino desde la percepción como síntoma de una señal corporal hasta la consulta del médico suele ser largo, y la demora en la búsqueda de atención sanitaria puede, en sí, perjudicar la salud. Por tanto, la psicología de la salud es importante en la identificación de los factores que influyen en este camino para poder maximizar la probabilidad de que se obtengan resultados de salud positivos para los pacientes (Morrison & Bennett, 2008).

El cuerpo en la salud y en la enfermedad

En la Figura 2 se muestra la anatomía y la fisiología del cuerpo que es relevante para la psicología de la salud. Por lo que se comenta brevemente las funciones claves del cerebro y dónde se ubican en el mismo: El bulbo raquídeo, que controla la respiración, la presión arterial y el ritmo cardiaco El hipotálamo, que controla el apetito, la excitación sexual y la sed. También ejerce cierto control sobre nuestras emociones. La amígdala, que relaciona las situaciones de amenaza y las emociones relevantes, como el miedo o la ansiedad, y controla la respuesta del sistema nervioso autónomo a esas amenazas. Uno de los sistemas clave controlados por el cerebro es el sistema nervioso autónomo. Éste está compuesto por dos conjuntos de nervios paralelos: 1. El sistema nervioso simpático es responsable de la activación de muchos órganos del cuerpo. 2. El sistema nervioso parasimpático es responsable del reposo y la recuperación. El mayor nivel de control de sistema nervioso autónomo dentro del cerebro es el hipotálamo, que coordina los cambios reflejos en respuesta a diversos cambios físicos, incluyendo el movimiento, la temperatura y la presión arterial. También responde a las demandas emocionales y cognitivas, proporcionando una relación entre los sistemas psicológicos y el estrés psicológico.

Por tanto, la actividad del sistema responde al estrés y a otros estados psicológicos. Dos condiciones «silenciosas» a largo plazo que pueden provocar enfermedades agudas, como el infarto de miocardio o el infarto cerebral, son la hipertensión y el ateroma. Ambas constituyen procesos a largo plazo. Una forma de desarrollar hipertensión es el incremento de la presión arterial por la acción del sistema nervioso autónomo en respuesta al estrés. El ateroma se desarrolla debido a los procesos de reparación de las paredes arteriales. Dos resultados evidentes de este proceso son el infarto de miocardio, en el que la arteria que abastece el músculo del corazón se bloquea y muere, y la angina de pecho, que presenta síntomas parecidos pero que se debe al espasmo de las arterias y es reversible. Finalmente, el sistema respiratorio es responsable de la inspiración y de transportar el oxígeno por el cuerpo, así como de la expulsión del dióxido de carbono. Es propenso a una serie de procesos de enfermedad, que incluyen la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y el cáncer de pulmón, los cuales se ven agravados por el consumo de tabaco (Morrison & Bennett, 2008).

El funcionamiento del hígado, de los intestinos o del corazón, se puede constatar que dadas ciertas condiciones estos estados son capaces de alterar las funciones de los órganos. En ciertas circunstancias, un síntoma corporal puede ser expresión de un conflicto mental o bien la respuesta del organismo a estímulos emocionales persistentes o recurrentes. En ocasiones, el síntoma corporal, su presencia o su persistencia, llena la función de satisfacer necesidades de afecto, seguridad, atención o prestigio del sujeto que lo sufre. Las emociones y los deseos son el motor de la conducta. Este concepto ha sustituido gradualmente al de la psicología tradicional, que atribuía el papel más importante a la voluntad y a los procesos intelectuales. Lo que habitualmente mueve a la gente a actuar en determinada dirección no es tanto su pensamiento lógico y abstracto como la fuerza irracional de sus deseos, sus pasiones y sus temores (Fuente Muñiz, 2008).

El Cuerpo y la salud y en la enfermedad

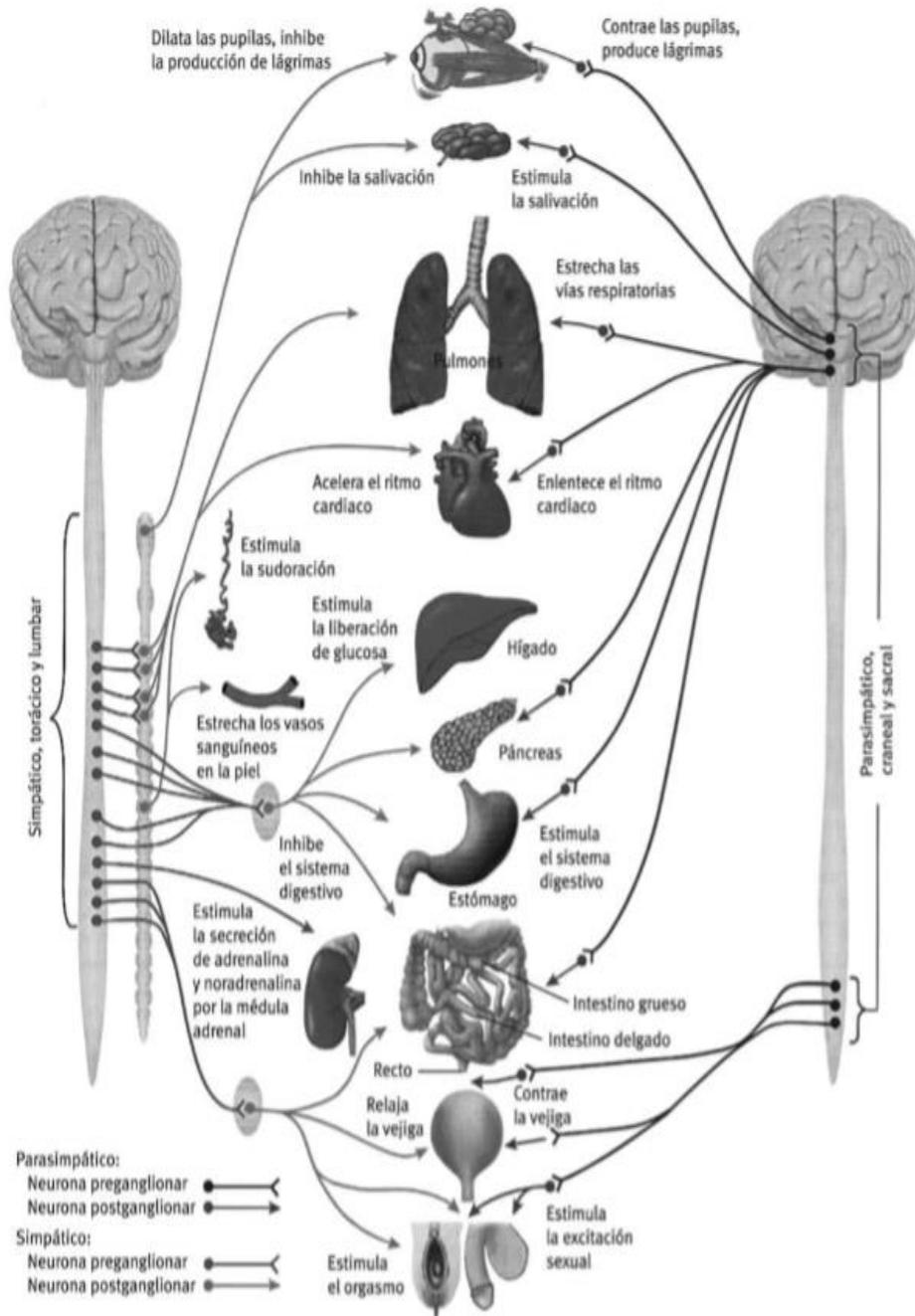


Figura 2. El Sistema Nervioso Autónomo, con los órganos diana y las funciones que dependen de las ramas simpáticas y parasimpáticas

Fuente: (Morrison & Bennett, 2008, pág. 252)

El Dolor

El dolor es un fenómeno muy prevalente más del 20 por ciento de la población general experimenta un dolor crónico en un momento dado, y las consecuencias personales y sociales del dolor crónico son significativas. El dolor también se puede definir en función de su carácter: el tipo de dolor, la gravedad y el patrón de dolor. La experiencia del dolor se ve moderada por una serie de factores físicos y psicológicos, incluyendo: El grado de atención que se presta al dolor. El estado de ánimo del individuo. Las creencias de la persona sobre la naturaleza del dolor, incluyendo sus causas y la capacidad de controlarlo.

El dolor es un fenómeno que en los humanos tiene gran complejidad y que, como la angustia, no sólo ha de ser explicado sino comprendido. Para comprender el dolor no basta conocer su sentido biológico al servicio de la preservación del individuo, ni sus bases fisiológicas. Tampoco basta considerar los aspectos conductuales explícitos, ni es suficiente el modelo animal. Es necesario tomar en cuenta la experiencia subjetiva. El dolor es una sensopercepción y un afecto displacentero, pero es más que eso. El hombre que sufre dolor es afectado, tiene conciencia de ello y no permanece pasivo; su organismo se dispone a la huida. Hay en el dolor un elemento motriz, que es "un sentimiento de impotencia para quitárselo de encima". En la experiencia del dolor intervienen también la imaginación y la atención. La imaginación hace que el hombre que lo sufre lo interprete como una amenaza y anticipe sus consecuencias (Fuente Muñiz, 2008)

Padecer una enfermedad crónica presenta al individuo una serie de «tareas». Los pacientes con enfermedades, como las cardiovasculares, pueden, o no, resultar evidentes en el día al día. Sin embargo, el cambio de los factores de riesgo, como la dieta o el hábito de fumar, pueden ayudar a prevenir que la enfermedad avance. Otro aspecto que los pacientes suelen tener que abordar es el del significativo malestar emocional que puede acompañar a un diagnóstico de una enfermedad grave o crónica (Morrison & Bennett, 2008).

En particular, Parsons (1965) describió el papel social de enfermo y le atribuyó los siguientes aspectos esenciales: el enfermo es alguien que no puede evitar su enfermedad, ni aliviarse por su voluntad, quiere sanar tan pronto como le sea posible, busca ayuda apropiada y coopera en su curación. A cambio de ello, y tomando en cuenta la clase y severidad de su enfermedad, la sociedad le exime por un tiempo de algunas o de todas sus responsabilidades.

En ocasiones, una persona rechaza el papel de enfermo porque lo experimenta como vergonzoso. Por ejemplo, admitir que se es un "enfermo mental" implica para algunos arriesgarse a perder estimación por uno mismo y perder el respeto de otros, de ahí que personas que temen sufrir una enfermedad mental se resistan a consultar al médico. Algunos actúan como si en realidad no estuviesen enfermos, consideran que son injustificadas las restricciones que se les imponen y que es innecesario el tratamiento. Ponen en juego un mecanismo psicológico de negación (Fuente Muñiz, 2008, pág. 187).

Enfermedad y padecimiento. En el paradigma médico occidental, las explicaciones y las estrategias terapéuticas están organizadas alrededor de un modelo biomédico de la enfermedad. La enfermedad es vista como el mal funcionamiento de procesos biológicos y psicofisiológicos sin incluir el conjunto de reacciones personales y culturales ante la enfermedad, es decir, el padecimiento: la experiencia del enfermo siempre fuertemente moldeada por los factores culturales que orientan la percepción, la conceptualización, la explicación y la evaluación de la experiencia, incluyendo las expectativas del enfermo. Lo que determina la conducta del enfermo no es tanto la enfermedad como el padecimiento. Es por ello que la desatención del padecimiento sea en buena parte responsable de que los pacientes no cumplan con las indicaciones de los médicos, se sientan insatisfechos con el cuidado profesional de su salud, y no pocos salten de un consultorio a otro o bien recurran a sistemas populares de curación. Aliviar el sufrimiento es un fin de la medicina, y por lo tanto, comprender su naturaleza y ayudar a los enfermos a contender con él son obligaciones primarias de los médicos. Fenomenológicamente, el dolor y el sufrimiento, como ya se ha mencionado, no son la misma cosa. Un enfermo puede sufrir intensamente sin tener dolor y el médico puede llevar a cabo acciones médicas que, aun siendo técnicamente correctas, pueden no causar dolor, pero si sufrimiento (Fuente Muñiz, 2008).

Enfermedad: El concepto de enfermedad, como el de síndrome, es una entidad clínica, y por tanto tiene que ver con los problemas de salud. Sin embargo, si un síndrome no es más que un conjunto de síntomas ya estudiados e identificados como algo que tiene una entidad propia al tener una forma típica de manifestarse, una enfermedad debe presentar, además de uno o más síntomas, o cambios reconocibles en el cuerpo o bien una causa biológica conocida (o ambos elementos) (Torres, 2018).

El impacto de la enfermedad sobre la calidad de vida.

La enfermedad no es suficientemente comprensible como un evento aislado sino como algo que se encadena con el resto de la biografía personal. Cuando estamos enfermos, el padecimiento que nos agobia pudo no habernos ocurrido, de no ser porque en un momento de nuestra existencia factores físicos, químicos u orgánicos y/o acontecimientos personales dependientes de nuestra relación con otros individuos han coincidido en un organismo cuya dotación genética e historia personal determinan su vulnerabilidad (Fuente Muñiz, 2008).

La calidad de vida es un concepto importante que engloba la creencia subjetiva de una persona sobre la calidad de diversas áreas vitales que tienen importancia para ese individuo, incluyendo aspectos de la enfermedad y de su tratamiento, así como aspectos relativos al individuo, como su edad, estado de ánimo o grado de apoyo social. Es importante que la investigación y la práctica miren más allá de los resultados clínicos tradicionales de la enfermedad, como la discapacidad, la sintomatología y la mortalidad, en busca de resultados psicosociales más holísticos. Aunque existe una evidencia creciente de la inclusión de la evaluación de la calidad de vida en los ensayos clínicos de los tratamientos o en las intervenciones psicosociales, sigue abierto el debate de si se evalúa mejor de forma objetiva o subjetiva, genérica o específica (Morrison & Bennett, 2008).

El impacto de la enfermedad sobre los pacientes y sus familias.

Se han descrito dos grandes áreas en las que la enfermedad puede tener un impacto: sobre el bienestar emocional del paciente; y sobre la calidad de vida y el estado emocional y físico de los cuidadores informales. Debe haber quedado claro que la enfermedad física tiene numerosas consecuencias potenciales y variadas, y que la complejidad de estas influencias plantea muchos retos al investigador o profesional que quiera estudiar los resultados de la enfermedad. Hemos descrito una amplia evidencia empírica sobre los efectos que tiene el cuidado de un familiar o amigo enfermo.

El reconocimiento y la identificación de las consecuencias de la provisión de cuidados permite que se implanten intervenciones para beneficiar a los cuidadores y a aquellos a los que se cuida, además de, potencialmente, a la sociedad en general en cuanto a menores costes

sociales y de atención sanitaria de la provisión de los cuidados para los propios cuidadores, que pueden experimentar un estrés significativo, una importante carga o una mala salud.

De forma importante, hemos puesto de relieve que el proporcionar cuidados a un enfermo, o el estar enfermo, no acarrea inevitablemente consecuencias negativas. También hemos abordado una nueva e importante área de investigación que destaca que las percepciones de la enfermedad y sus consecuencias pueden variar en las parejas que conviven con la enfermedad, y cómo pueden influir estas discrepancias y la interdependencia de la relación sobre una amplia variedad de resultados. La diversidad de consecuencias y de factores moderadores descritos debería proporcionar al lector una firme base sobre la que estudiar la psicología de la enfermedad (Morrison & Bennett, 2008).

Diferencia entre trastorno y enfermedad.

Es importante acotar, que la diferencia entre “trastorno psicológico” y “enfermedad” es realmente importante. Un trastorno implica cierto desajuste con el contexto, cierto problema de adaptación persona-sociedad: lo cual hace que por definición no esté libre de valores. La enfermedad debe tener, por definición, una etiología conocida, una causa bien definida que está provocando directamente los síntomas.

El término "trastorno" se acepta como "categoría" descriptiva de un cuadro clínico o "agregado de conductas", pero no se entiende al trastorno como causa de los síntomas, sino como la descripción misma de dichos síntomas.

Muchas veces el término trastorno se utiliza como un modo más laxo de referirse a la enfermedad en aquellos casos en los que las causas no están muy claras y las posibles alteraciones anatómicas con las que está asociado pueden ser a la vez causa o consecuencia suya. En el caso de los trastornos mentales esto se hace mucho, ya que muchas veces no queda muy claro si los desequilibrios bioquímicos asociados a algunos trastornos son lo que produce los síntomas o son un producto de una dinámica de interacción entre la persona y su entorno.

De este modo, el concepto de trastorno sirve simplemente para describir las señales del estado de anormalidad y de alteración de la salud en el que se encuentra una persona, mientras

que el de enfermedad señala una relación de causalidad, porque incluye las causas concretas (etiología) de la falta de salud (Torres, 2018).

Trastorno: Tiene diferentes usos. Puede hacer referencia una alteración leve del estado de salud normal debida o no a una enfermedad o a un estado de enajenación mental, por ejemplo. Trastorno es, por otra parte, la acción y efecto de trastornar (invertir el orden regular de algo o perturbar el sentido a la conducta de alguien. El ámbito en el que es más frecuente hablar de trastornos es del de la salud mental. Un trastorno mental suele ser entendido como un cambio desadaptativo (y, por tanto, problemático) que afecta a los procesos mentales (Torres, 2018).

El término “trastorno” se usa a lo largo de la clasificación para evitar los problemas que plantea el utilizar otros conceptos tales como “enfermedad” o “padecimiento”. Aunque “trastorno” no es un término preciso, se usa para señalar la presencia de un comportamiento o de un grupo de síntomas identificables en la práctica clínica, que en la mayoría de los casos se acompañan de malestar o interfieren con la actividad del individuo. Los trastornos mentales definidos en la CIE-10 no incluyen disfunciones o conflictos sociales por si mismos en ausencia de trastornos individuales (OPS, 2003).

Es por eso que, los trastornos mentales se vuelven en un importante grupo de entidades que llegan afectar a muchos individuos a nivel mundial y pese a las herramientas y tratamientos que se han brindado para realizar un diagnóstico certero; en algunas ocasiones pueden pasar desapercibidos más que todo en la atención primaria al no ser detectados y diagnosticados a tiempo y esto puede complicar el estado emocional y físico de la persona afectando un adecuado desenvolvimiento y privándolo de recibir un tratamiento básico (OMS, 2001).

Cassell (1976) utiliza el término «trastorno» (illness) como «lo que el paciente siente cuando acude al médico», es decir, una sensación de no sentirse muy bien en comparación con el estado habitual; y «enfermedad» (disease) como «lo que tiene cuando regresa a casa de la consulta del médico».

La enfermedad, pues, se considera como algo del órgano, célula o tejido que denota un desorden físico o una patología subyacente, mientras que el trastorno es lo que experimenta la persona (Morrison & Bennett, 2008).

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

2.1.2.2 Concepto de trastorno mental.

Según la (OMS, 2001) el término «trastorno mental» se utiliza no solamente para referirse a una serie de trastornos mentales sino también para problemas conductuales que se encuentran descritos en la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud, décima revisión (OPS, 2003). Dentro de los cuales se incluyen los trastornos que en el último tiempo han elevado la morbilidad como ser la depresión, los trastornos por abuso de sustancias, las ahora llamadas discapacidades intelectuales, la demencia, ansiedad, esquizofrenia, el trastorno afectivo bipolar, trastornos conductuales.

Asimismo, se puede decir que un trastorno mental aparece en un contexto determinado (biológico) que puede ser influido por los recursos existentes ya sean internos o externos, pensamientos, comportamientos y formas de interpretar la realidad de la persona (psicológico) que va afectar su entorno y las relaciones con los otros (social); sin embargo en ocasiones resulta complicado determinar cuando alguien tiene un trastorno mental por lo que hay que delimitar lo que es normal de lo que no es (Herranz Bellido, Diez Jorro, Albaladejo Blázquez, Cerezo Martinez, & Oltra Taverner, 2006).

El trastorno mental, entonces, está definido en el DSM como:

[...] cada trastorno mental es conceptualizado como un síndrome o un patrón comportamental o psicológico de significación clínica, que aparece asociado a un malestar (p. ej., dolor), a una discapacidad (p. ej., deterioro en una o más áreas de funcionamiento) o a un riesgo significativamente aumentado de morir o de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad. Además, este síndrome o patrón no debe ser meramente una respuesta culturalmente aceptada a un acontecimiento particular (p. ej., la muerte de un ser querido).

Cualquiera que sea su causa, debe considerarse como la manifestación individual de una disfunción comportamental, psicológica o biológica. Ni el comportamiento desviado (p. ej. Político, religioso o sexual) ni los conflictos entre el individuo y la sociedad son trastornos mentales, a no ser que la desviación o el conflicto sean síntomas de una disfunción. (APA, 1995)

Por consiguiente, la pérdida o carencia de salud mental se denomina trastorno mental definido como un síndrome donde su característica principal es la alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, asociado a un estrés que a su vez puede mantener inestable emocionalmente a un individuo y provoca un deterioro en las áreas social, laboral o en las actividades importantes de él y son reflejados en una disfunción de los procesos biológicos y psicológicos que prevalecen en su función mental (APA, 2013).

Desde otro punto de vista, hay autores que toman este concepto como enfermedad mental y lo han definido como una alteración de los procesos cognitivos y afectivos de cada individuo en comparación a un comportamiento normal que se espera en base a su grupo social de referencia, esta alteración se ve enfatizada en aspectos como el razonamiento, el comportamiento que manifiesta la persona y en la facultad de reconocer la realidad y de no poder adaptarse a las condiciones de vida o situaciones que se le presentan (Gómez, 2007)

Por el contrario, desde la perspectiva biológica los trastornos se atribuyen a enfermedades o a desequilibrios químicos (Mebarak et al., 2009). Así, las alteraciones psicopatológicas se producen porque existen anormalidades biológicas subyacentes. El tratamiento deberá corregir esas anormalidades orgánicas. Rodríguez (2011) refiere que no hay salud sin salud mental, la relación entre los componentes físico y mental de la salud es múltiple y variada, los trastornos mentales aumentan el riesgo de padecer otras enfermedades y de sufrir lesiones no intencionales. Pero también es responsabilidad propia del ser humano cuidar y mantener su salud mental, desde su propia voluntad. En definitiva y después de una lectura pormenorizada se pudo constatar que muchas personas con enfermedades crónicas no transmisibles presentan un riesgo muy elevado de sufrir problemas de ansiedad y depresión, lo que puede complicar gravemente los resultados del tratamiento, empeorar la evolución de la enfermedad física y reducir su calidad de vida.

2.1.2.3 Diagnóstico y clasificación de los Trastornos Mentales.

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

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

Así como el concepto de trastornos mentales es dado según diversos autores, su clasificación en categorías es todavía inexacta y varían según las escuelas que trabajan en ello, por lo que la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) creó el Manual Diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales (DSM), decidieron uniformar criterios con la Organización Mundial de la Salud que creó el sistema internacional denominado Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), ahora en su versión número 11, cuyo uso está generalizado de forma universal y se uniforma con el DSM-5 (APA, 2014).

A continuación, se abordarán los trastornos mentales relacionados con la investigación:

2.1.2.3.1 La depresión.

En el DSM-5 la depresión se encuentra entre los trastornos del estado de ánimo. Algunos síntomas son: estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, pérdida de peso, problemas de sueño, sentimientos de tristeza, dificultades para disfrutar de actividades diarias, sentimiento de inutilidad, dificultades con el trabajo, disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, ideación suicida, fatiga fácil y persistente. La depresión puede aparecer en cualquier momento de la vida, aunque la incidencia es mayor en la madurez (APA, 2014).

Sin embargo, cada vez se identifican más casos de depresión en adolescentes y adultos jóvenes (Rey, Bella-Awusah, & Jin, 2017).

Como ya dijimos la depresión puede iniciar a cualquier edad, aunque su mayor prevalencia se produce entre los 15 y 45 años, por lo que tiene un gran impacto en la educación, la productividad, el funcionamiento, las relaciones personales y frecuentemente son recurrentes. La sintomatología del trastorno puede ser distinta con la edad: los jóvenes muestran síntomas fundamentalmente comportamentales, mientras que los adultos mayores tienen con mayor frecuencia síntomas somáticos (APA, 2014).

Asimismo, el trastorno depresivo mayor es dos veces más frecuente en mujeres que en hombres con una prevalencia de vida que promedia el 21% y 17% respectivamente (Accortt, Freeman, & Allen, 2008). Parece ser más frecuente en áreas rurales que en las urbanas (Baena Zuniga, Sandoval Villegas, Urbina Torres, Juárez, & Villaseñor Bayado, 2005, pág. 7). Además, la depresión contribuye de manera significativa a la carga global de enfermedad, afectando a personas en todas las comunidades del mundo. Actualmente se estima que afecta a 350 millones de personas. La Encuesta Mundial de Salud Mental llevada a cabo en 17 países encontró que en promedio 1 de cada 20 personas informó haber tenido un episodio depresivo en el año previo (WFMH, 2012).

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 (OMS, 2013). También puede presentar diversos síntomas físicos sin causas orgánicas aparentes. 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, 2016).

La depresión no debe confundirse con la tristeza, que es una emoción normal, ni con el pesimismo, que es un rasgo del carácter. La depresión es un estado persistente, global, generalmente inmotivado y que representa un cambio importante en los modos de sentir, pensar y actuar habituales en la persona, y que tiende a seguir; un curso autónomo, es decir, independiente de eventos externos. La influencia de la cultura en la depresión se expresa en

el hecho de que personas de pensamiento simplista al sufrir depresión expresan su sufrimiento en términos de síntomas físicos, porque tienen dificultad para describir sus estados subjetivos. Asimismo, ocurre que algunas personas sofisticadas formulan su depresión en términos de "enfermedad física", ya que esta última tiene mayor aceptación social (Fuente Muñiz, 2008).

2.1.2.3.2 La Ansiedad.

El manual de diagnóstico de trastornos mentales DSM-5 contiene un apartado denominado trastornos por ansiedad, que incluye cinco categorías diagnósticas en este estudio se hace referencia a síntomas ansiosos inespecíficos que podrían ser parte de cualquiera de los trastornos de ansiedad, estos son: cefaleas frecuentes, trastornos del sueño, temor fácil, temblor, nervios, tensión o aburrimiento, problemas digestivos, dificultad para pensar, sensaciones estomacales desagradables y fatiga sin explicación. Los datos de prevalencia indican que en Latinoamérica se puede hablar de un 8.9% (Rodríguez, Kohn, & Aguilar-Gaxiola, 2009).

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

De acuerdo con De la Ossa et al. (2009), citado en (Castellanos Cárdenas, Guarnizo Castillo, & Salamanca Camargo, 2011) menciona que la ansiedad es una emoción psicobiológica básica, una respuesta adaptativa normal a la amenaza o a los estresores, que en la mayoría de los casos condiciona el desempeño del individuo; en condiciones normales la ansiedad es un estado que activa el sistema de respuesta de las personas ante situaciones valoradas como peligrosas, lo que facilita su proceso de concentración para afrontar estas eventualidades de manera eficiente; sin embargo, un elevado nivel de ansiedad puede producir sentimientos de indefensión aun cuando el individuo se encuentre ante la ausencia

de estímulos que generen esta reacción, lo que conduce a una disfuncionalidad a nivel psicológico y fisiológico interfiriendo con sus actividades normales.

2.1.2.3.3 Dependencia de alcohol.

En el estudio se hará una identificación de la dependencia principalmente si es física, también se valoran cinco síntomas o comportamientos relacionados con la dependencia, se indaga sobre la opinión de familiares y otros sobre el exceso de bebida, la incapacidad para dejar de beber aun deseándolo, las dificultades en el trabajo o en el estudio a causa de la bebida, involucrarse en riñas por causa de la bebida o estando embriagado y la opinión de personas de estar teniendo exceso de bebida (OMS, 2001).

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, sustancia psicoactiva con propiedades causantes de dependencia. El consumo nocivo de alcohol conlleva una pesada carga social y económica para las sociedades, afectándolas de diferentes maneras: por el volumen, los hábitos de consumo y, en raras ocasiones, la calidad del alcohol. 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 lo que respecta a la mortalidad y la morbilidad, así como a 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 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).

2.1.2.3.4 Abuso de sustancias psicoactivas.

Se consideran trastornos mentales y conductuales por consumo de sustancias psicoactivas, entre otros: opioides, heroína, marihuana, sedantes e hipnóticos, cocaína, otros estimulantes, alucinógenos, tabaco y disolventes volátiles. Los estados patológicos consisten en intoxicación, uso nocivo, dependencia y trastornos psicóticos. Se diagnostica el uso nocivo cuando la salud física o mental ha sufrido daños. En el síndrome de dependencia se combina un intenso deseo de consumir la sustancia con los problemas para dominar su consumo, un

estado fisiológico de abstinencia, la tolerancia a la sustancia, el abandono de otras diversiones e intereses, y la persistencia del consumo pese al daño infligido a uno mismo y a los demás (OMS, 2001).

2.1.2.3.5 Estrés Postraumático.

Según el DSM-5 el trastorno de estrés postraumático aparece cuando la persona ha sufrido o ha sido testigo de una agresión física o una amenaza a la vida de uno mismo o de otras personas y cuando la reacción emocional experimentada implica una respuesta intensa de miedo, horror o indefensión. Es la reacción de la persona y no tanto el evento traumático, no es el tipo de suceso, sino la reacción de la víctima (APA, 2014). Incluye ahora cuatro grupos de síntomas para su diagnóstico: re-experimentación, hiperactivación, evitación y alteraciones negativas persistentes en las cogniciones y el estado de ánimo.

El trastorno de estrés postraumático (TEPT) se definió en 1980 en el DSM-III (APA 1980) para describir los síntomas asociados con una respuesta prolongada a un acontecimiento traumático. Actualmente según el DSM-5 el TEPT 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. Los aspectos centrales del cuadro clínico son la experimentación del acontecimiento traumático, la evitación conductual y cognitiva de aquello asociado al trauma y la respuesta de hiperactivación (APA, 2014).

Dentro del TEPT podríamos diferenciar los síntomas positivos (re-experimentación, evitación) y los síntomas negativos (apatía, embotamiento afectivo). El TEPT casi nunca se da en ausencia de otros trastornos. Del 50 al 90% de las personas con TEPT sufre un trastorno mental. Los trastornos comórbidos más frecuentes son los trastornos de ansiedad, trastornos depresivos, trastornos de somatización y trastornos relacionados con sustancias. Se estima que este cuadro puede afectar al 1% de la población, siendo más frecuente en mujeres que en hombres y puede iniciarse a cualquier edad, incluso durante la infancia. Los síntomas suelen aparecer en los tres primeros meses posteriores al trauma, si bien puede haber un lapso temporal de meses, incluso años, antes de que el cuadro sintomático se ponga de manifiesto (Amodeo Escribano, 2011).

Es decir, los eventos traumáticos y la pérdida de seres queridos son frecuentes en la vida. En un estudio de la OMS 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 traumáticos relacionados con seres queridos (12,5%). Se estima en el estudio que un 3,6% de la población mundial ha sufrido un trastorno de estrés postraumático (TEPT) en el último año (OMS, 2013).

2.1.2.3.6 Epilepsia.

Es un trastorno neurológico, que puede indicar lesiones del sistema nervioso central (SNC) y problemas del comportamiento que requieren un procedimiento diagnóstico específico y tratamiento diferente al de la epilepsia. Los trastornos mentales asociados con la epilepsia constituyen un factor significativo de deterioro de la calidad de vida; en algunas ocasiones tienen más influencia en este aspecto que la propia epilepsia. Los sujetos con epilepsia y trastorno mental padecen un "estigma doble" (Marchetti, Castro, & Kuregant, 2005).

La epilepsia es una enfermedad cerebral crónica que afecta a personas de todo el mundo y se caracteriza por convulsiones recurrentes debido a descargas eléctricas excesivas de grupos de células cerebrales. 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 conciencia y del control de los esfínteres. Su frecuencia también puede variar desde menos de una al año hasta varias al día (OMS, 2017).

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 (OMS, 2017). La prevalencia de epilepsia en Honduras ha sido estimada en una tasa de 5.69 por cada 1000

personas, que es más equivalente a los países industrializados y mucho más baja que la de los países en vías de desarrollo (Molina-Cruz & Medina-Hernández, 2003).

Hay que hacer notar que la OMS incluye la epilepsia en el capítulo de trastornos mentales debido a: que históricamente la epilepsia ha sido considerada como enfermedad mental en muchas sociedades, las personas con esta enfermedad sufren discriminación y cuando no reciben tratamiento presentan graves disfunciones; el tratamiento de la epilepsia se realiza con frecuencia en el área de los profesionales de la salud mental debido a la relativa ausencia de servicios neurológicos especializados, en particular en los países en vías de desarrollo. Además, muchos países tienen leyes que impiden a estos individuos asumir ciertas responsabilidades civiles (Marchetti, Castro, & Kurcgant, 2005).

Recogiendo lo más importante se han propuesto diversos esquemas clasificatorios de la relación de trastornos mentales asociados a la epilepsia; todos han producido controversias. El CIE-10 y DSM-IV, los esquemas de mayor representación internacional, agrupan a los trastornos asociados con la epilepsia bajo el concepto de trastornos mentales "orgánicos" o "relacionados con condiciones médicas". La clasificación de estos trastornos mentales podría basarse sobre una perspectiva etiológica: trastornos mentales asociados con la epilepsia o su tratamiento, trastornos mentales no asociados con la epilepsia o su tratamiento y trastornos mentales relacionados con la enfermedad de base que causa tanto epilepsia como el trastorno mental (Marchetti et al., 2005).

2.1.2.4 Análisis de la situación actual prevalencia y carga de los trastornos mentales.

En primer lugar, se calcula que 25% de las personas (una de cada cuatro) padecen uno o más trastornos mentales o del comportamiento a lo largo de su vida. A nivel mundial, los trastornos mentales y neurológicos representan 14% de la carga mundial de enfermedades. Cerca de 30% de la carga total de enfermedades médicas crónicas no transmisibles se debe a estas enfermedades y casi tres cuartas partes de la carga mundial de trastornos neuropsiquiátricos corresponden a los países con ingresos bajos y medios bajos. Una compilación de los estudios epidemiológicos más importantes acerca de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe en los últimos 20 años, nos permite apreciar la prevalencia y la brecha de tratamiento (OPS, 2009).

Otro punto importante es que los trastornos de ansiedad y depresión, por sí solos, presentan una tendencia a la cronicidad, generando diferentes grados de discapacidad, y si estos síntomas psiquiátricos coexisten con trastornos neurológicos se generaría una peor adherencia terapéutica, así como un decremento en la calidad de vida. Se ha discutido sobre si la presencia o severidad de los síntomas de ansiedad o depresión dependen de la gravedad de la enfermedad médica crónica subyacente, sin obtenerse resultados concluyentes, especialmente en el caso de los trastornos neurológicos, en los cuales los síntomas neuropsiquiátricos frecuentemente incluyen cuadros afectivos o de ansiedad (Piqueras R, Martínez G., Ramos L., García L., & Oblitas G., 2008).

Se incluye una investigación sobre Prevalencia y determinantes de los trastornos mentales perinatales frecuentes TMPF, en mujeres en 17 países de ingresos bajos y medios-bajos, cuyo resultado fue del 15.6% en el periodo prenatal y 19.8% en el periodo postnatal. Dentro de algunos de los factores de riesgo se encontraron; desventajas socioeconómicas; embarazo no deseado; juventud de la madre; ausencia de empatía y apoyo por parte de la pareja; concluyendo que los TMPF presentan una prevalencia mayor en países con ingresos bajos y medios-bajos, en particular, entre las mujeres más pobres con riesgos relacionados con el género o con antecedentes psiquiátricos (Fisher, y otros, 2012).

Para finalizar, al realizarse 37 estudios comunitarios para las regiones de la OMS sobre la brecha terapéutica donde los trastornos mentales, cuya prevalencia es muy alta, viéndose empeorado por el hecho de que muchos individuos no reciben tratamiento alguno. La brecha más importante fue la correspondiente al abuso y la dependencia del alcohol, 78,1%. Aunque varía según las regiones, es posible que los valores presentados no se apeguen a la realidad, debido a la falta de datos comunitarios de los países en desarrollo donde más escasean los servicios. Para afrontar este importante reto de salud pública, la OMS ha adoptado en 2002 un programa mundial de acción que ha sido respaldado por los Estados Miembros (Kohn, Shekhar Saxena, & Saraceno, 2004).

2.1.2.5 Prevalencia de trastornos mentales en Honduras.

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

encuentra un estudio de Chirinos a nivel nacional en el año 2001, seguidamente se presenta un estudio a nivel comunitario en la Región Metropolitana, específicamente en la Colonia Villa Nueva, realizada por los investigadores Paz, Moncada, Sosa, Romero, Murcia y Reyes en el año 1999. Asimismo, se evidencia un estudio llevado a cabo en enero 2009-2010 por Aguilar, Roveló, Padgett y Reyes, sobre Prevalencia de Depresión en Mujeres mayores de 18 años en dos comunidades rurales de la región Central, Honduras. Además, se presenta un estudio llevado a cabo en el 2000 se trata de una evaluación de salud mental en médicos residentes de los post-gradados de Medicina de la UNAH en Tegucigalpa. Por otro lado, se muestra el estudio de prevalencia de 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. Por último, y no menos importante se describe 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, siendo el más reciente. Además, se incluye un estudio de Trastornos de estrés postraumático TEPT Reyes y otros 2011, y el último a personas privadas de libertad Reyes Ticas 1999.

Prevalencia de trastornos mentales en la población mayor de 18 años en 29 comunidades urbanas de Honduras.

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, la llevaron a cabo los doctores América Chirinos-Flores, Alejandra Munguía-Matamoros, Aída Lagos-Velásquez, Jessica Salgado-David, Américo Reyes-Ticas, Denis Padgett-Moncada e Irma Donaire-García. En la cual se entrevistaron un total de 2,817 con el propósito de establecer la prevalencia de trastornos mentales en algunas comunidades y caracterizarlos demográficamente.

Se realizó de la siguiente forma: En Choluteca se entrevistaron 200 personas de dos comunidades, en Francisco Morazán 600 personas de seis comunidades. En Comayagua tres comunidades para 300 personas; Cortés cuatro comunidades para 400 personas; Olancho tres comunidades para 300 personas; La Paz, Gracias a Dios, Ocotepeque, Santa Bárbara, Yoro y El Paraíso una comunidad; Valle tres comunidades y Copán dos comunidades; haciendo un total de 13 Departamentos entrevistados. Esto se llevó a cabo desde el mes de abril al mes

de octubre del 2001. Exceptuando departamentos de Atlántida, Intibucá, Lempira, Colón e Islas de la Bahía.

De los individuos evaluados 1,894 (67.2%) fueron del género femenino y 2,179 (77.4%) menores de 50 años. Las cinco comunidades con mayor prevalencia de trastornos mentales fueron: Santa María de El Paraíso; Limón de la Cerca en Choluteca; San Manuel en Cortés; Morolica en Choluteca y Corquín en Copán. Las cinco comunidades con menor prevalencia de trastornos mentales fueron: Meambar en Comayagua; San Jerónimo en Comayagua; Puerto Cortés en Cortés; Zacapa en Santa Bárbara y Lepaguare en Olancho.

En el estudio que realizó Chirinos la prevalencia de trastornos mentales en las 29 comunidades estudiadas fue un 5% mayor que lo reportado en estudios internacionales. La mayor prevalencia de trastornos mentales se encuentra en comunidades que han tenido factores económicos disminuidos. Los trastornos mentales que se encontraron más frecuentes fueron: El episodio depresivo mayor y los trastornos ansiosos, seguido de dependencia alcohólica; lo cual coincidía con los estudios internacionales comunitarios de ese entonces. En las mujeres los trastornos afectivos resultaron más frecuentes y en los hombres fue la dependencia al alcohol.

Siguiendo con este estudio, en lo que respecta a la Salud Mental en el Departamento de El Paraíso, específicamente en la comunidad de Santa María, en donde la prevalencia de trastornos mentales fue (60%), siendo uno de los departamentos con mayor prevalencia de trastornos mentales, existiendo la población más afectada en mujeres jóvenes (pág. 46). 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).

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 de Autorreporte de Síntomas (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 (Reyes-Ticas, y otros, 1999).

Prevalencia de Depresión en Mujeres mayores de 18 años en dos comunidades rurales de la región Central, Honduras.

El estudio se realizó en el período comprendido de enero de 2009 a enero de 2010. Esta investigación determinó la prevalencia de depresión mayor en mujeres mayores de 18 a 30 años, con una muestra representativa de 443 mujeres en Alubarén, Francisco Morazán, siendo los resultados de prevalencia de 2.7% inferior en comunidades rurales de las urbanas, y que los factores mayormente asociados fueron aquellos relacionados con violencia y relaciones regulares o malas en la familia (Aguilar Pardo, y otros, 2010).

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 donde se estudió 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 aplicó tres instrumentos para recabar información. El primero fue el instrumento de datos sociodemográficos, antecedentes y estresores (SAE). El segundo fue

el Mini Entrevista Neurosiquiátrica Internacional versión en español. El tercero fue el Test de evaluación de ansiedad de Sheehan. Y la información se solicitó a través de la forma anónima no ligada, previa autorización por escrito.

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.

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

En la población con trastornos mentales y del comportamiento diagnosticado en este estudio, se encontró un elevado porcentaje con presencia de estresores tales como: alimentación inadecuada, falta de ejercicio físico, falta de relajación y poco tiempo libre (Reyes-Ticas, Aguilar-López, Roveló-Bustillo, & Padgett, 2001).

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 (Reyes Ticas, Zanoletti, Mendoza, & Aguilera, 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. 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.

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 (Reyes Ticas, Zanoletti, Mendoza, & Aguilera, 2008). El estudio no refleja los resultados que tuvieron, ni el diseño de algún programa para la atención. A pesar de que los cálculos estadísticos realizados en las diferentes variables (trastorno mental y el comportamiento, edad, sexo, antecedentes médicos psicopatológicos familiares y personales, estresores) no tienen una significancia estadística entre ellos, en una relación de efecto-causa, sabemos en la actualidad que la multifactoriedad constituye la piedra fundamental para la explicación de la etiopatogenia de la mayoría de las enfermedades médicas y psiquiátricas.

Prevalencia de trastornos mentales en estudiantes universitarios.

En el año 2013 se realizó otra investigación sobre “Prevalencia de trastornos mentales en estudiantes universitarios” realizado por el Dr. Germán 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.

La metodología de este estudio es descriptiva. Las unidades de estudio fueron estudiantes de la UNAH específicamente de Ciudad Universitaria CU, en Tegucigalpa, mediante un muestreo por conglomerados. Este estudio estableció que la prevalencia de trastornos mentales en estudiantes universitarios era de 29.9%, es decir 592 estudiantes, lo que significa que aproximadamente uno de cada tres estudiantes de la muestra consultada de 1977, declara tener una sintomatología que sugiere que hay una alteración de salud mental.

Ellos encontraron que ese porcentaje presenta un valor superior al que había determinado la (OMS, 2011) 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.

Los trastornos con mayor prevalencia fueron en primer lugar Ansiedad (16%). El segundo la drogadicción (8.4%), casi 1 de cada 10 estudiantes reporta consumo de sustancias psicoactivas, le siguen en importancia los síntomas depresivos (5.95%), el alcoholismo (5.5%) y el estrés postraumático (5.1%), finalmente epilepsia (2.8%) y psicosis (1.8%).

En este estudio se refleja que es muy frecuente que dos o más trastornos mentales coexistan en un mismo individuo, un 11.6% tienen comorbilidad (ansiedad y depresión) al igual que sucede con los trastornos físicos, que también tienden a aparecer asociados con mucha mayor frecuencia de la que puede explicar el azar (Moncada Godoy, 2013).

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. Este 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 300 personas de 15 años de edad o más que vivían en áreas residenciales consideradas de estatus socioeconómico alto, medio o bajo y que habían sufrido los devastadores efectos del huracán en mayor o en menor medida. Se aplicó el cuestionario de síntomas SRQ, agregándosele 14 ítems relacionados con variables de estresores. Para diagnosticar los casos de TEPT 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 TEPT 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 TEPT 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 TEPT 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 TEPT, los factores pronóstico de la gravedad de los trastornos fueron el pertenecer al sexo femenino y el grado de exposición a los eventos traumáticos relacionados con el huracán.

En conclusión, ellos calcularon que del total de 3,3 millones de adultos (de 15 años de edad o más) habitantes de Honduras, más de 492 000 han sufrido TEPT debido al huracán Mitch (Reyes, y otros, 2011).

Prevalencia de Trastornos mentales en personas privadas de libertad.

Otra investigación realizada con personas privadas de libertad de la Penitenciaría Nacional, arrojaron datos que la prevalencia de trastornos mentales encontrada fue de 43.7%, siendo la patología más frecuente la drogadicción Reyes-Ticas et al. (1999)

Después de analizar lo más relevante sobre trastornos mentales, se continuará reflexionando sobre enfermedades crónicas no transmisibles ECNT:

2.1.3 Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT).

En esta sección se incluye brevemente la conceptualización, descripción y análisis de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT).

2.1.3.1. Concepto enfermedades crónicas no transmisibles ECNT.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015) las define como “afecciones de larga duración” "con una progresión generalmente lenta". No hay un consenso acerca del plazo a partir del cual una enfermedad pasa a considerarse crónica; pero por término medio, toda enfermedad que tenga una duración mayor a seis meses puede considerarse como crónica.

Ahora bien, existe diferencia entre las **condiciones agudas** las cuales son severas y repentinas al inicio, lo que podría describir cualquier cosa, desde un hueso fracturado hasta un ataque de asma. La **condición crónica**, por el contrario, es un síndrome de larga evolución, como el asma. A manera de ejemplo entre la diferencia entre condiciones agudas y crónicas: un primer ataque de asma puede conducir a un síndrome crónico si no se trata a tiempo. Y después, cuando ya se ha diagnosticado asma crónica, puede haber ataques agudos de asma (OMS, 2015).

2.1.3.2. Antecedentes de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT).

Las principales ECNT en términos de su contribución a la mortalidad y morbilidad mundiales son las enfermedades cardiovasculares y diabetes (32%), varios tipos de cáncer (13%) y enfermedades respiratorias crónicas (7%), siendo responsables del 63% de las muertes. En 2008, 36 millones de personas murieron de una enfermedad crónica, de las cuales la mitad era de sexo femenino y el 29% era de menos de 60 años de edad (Abeldaño & Fernández, 2016).

En general, la evidencia disponible demuestra de forma contundente que, en comparación con los adultos mayores menos activos, hombres y mujeres, las personas mayores físicamente activas presentan menores tasas de mortalidad por todas las causas, cardiopatía coronaria, hipertensión, accidentes cerebrovasculares, diabetes de tipo 2, cáncer de colon y de mama, y depresión (Peranovich, 2016).

Por otro lado, se observa una clara tendencia diferencial de género, identificándose que las mujeres permanecen más tiempo con enfermedades crónicas, lo que reduce su esperanza

de vida saludable. Varios estudios han concluido que, aunque la esperanza de vida es mayor para las mujeres, la proporción de años libres de enfermedad es menor respecto a los hombres, sugiriendo que las mujeres sobreviven más tiempo que los hombres luego de desarrollar enfermedad (Peranovich, 2016).

Según un estudio realizado en México sobre el impacto de los trastornos mentales comunes y las condiciones crónicas físicas en el individuo y la sociedad, se reportó que internacionalmente se destina 2.8% del presupuesto de salud a la salud mental, aunque estos trastornos representan el 13.1 % de la carga global de enfermedades (Benjet, Casanova, Borges, & Medina-Mora, 2013).

De igual forma estos estudios muestran que tanto los padecimientos físicos como los de salud mental (como hipertensión, enfermedad cardiovascular, depresión, abuso de alcohol, entre otros) están asociados con ausentismo en el trabajo, menor rendimiento y días de funcionamiento en general perdidos. De aquellos que perdieron al menos un día 17.4% fue completamente incapaz de llevar a cabo sus actividades diarias la mayor parte del mes debido a su condición de salud (Benjet et al., 2013).

Así pues, la mayoría de las ECNT comparten cinco importantes características biológicas: 1) son sistémicas, es decir, afectan múltiples sistemas corporales y una amplia variedad de funciones físicas y sociales, 2) son problemas de por vida, esto es, se desarrollan a lo largo de muchos años, aunque la mayoría se hace visible clínicamente en una edad tardía, 3) pueden ser controladas, pero no se curan, 4) muchas, aunque no todas, tienen un carácter insidioso, esto es, afectan gradualmente una amplia gama de actividades vitales y 5) muchas se caracterizan por ser relativamente silenciosas, alternando fases tónicas con episodios severos y complicaciones dramáticas (Gómez B. , 2011) .

En atención a lo expuesto, las ECNT atacan de manera desproporcionada a personas pertenecientes a las clases sociales más bajas. Las ECNT y la pobreza crean un círculo vicioso donde esta última expone a las personas a conductas de riesgo y las vuelve propensas a padecer ECNT, y estas a su vez pueden abocar a las familias a la pobreza (OMS, 2011).

Debe señalarse, que la Asamblea Mundial de la Salud respaldó en mayo de 2008 el plan de aplicación de la Estrategia mundial para la prevención y el control de las ECNT. El objetivo 2 de este Plan de Acción subraya la necesidad de establecer políticas y planes

nacionales para la prevención y el control de las ECNT, integrando su tratamiento en la atención primaria de salud siempre que sea posible (OMS, 2013). Debido a que en el 80% de los países industrializados, estas enfermedades exigen el 80 % de los gastos sanitarios totales (Fernández, Thielmann, & Bormey Quiñones, 2012).

Teniendo en cuenta que el impacto de las enfermedades crónicas en el perfil epidemiológico de los países en desarrollo ha venido en ascenso en las últimas décadas. Esto resulta en el fenómeno de “transposición epidemiológica”, que se refiere a países como Honduras que, aun cuando todavía no han logrado resolver los problemas de salud asociados a la pobreza y escasa educación (diarreas, enfermedades respiratorias agudas, enfermedades transmitidas por vectores, tuberculosis, etc.), ya muestran en sus perfiles epidemiológicos enfermedades asociadas con los estilos de vida característicos de países desarrollados, como son: el cáncer, la obesidad, la diabetes, la hipertensión arterial y las enfermedades cardiovasculares.

En nuestro medio, las ECNT o degenerativas, no han sido objeto de estudios que revelen su verdadero impacto en la población ni se han abordado de forma planificada y prioritaria por el sistema de salud. Sin embargo, ya existe información que permite visualizar que la incidencia de enfermedades crónicas degenerativas tales como las cardiovasculares, la diabetes y los tumores malignos, representa un problema importante de salud pública que figura dentro de las diez primeras causas de mortalidad hospitalaria de notificación obligatoria, siendo las enfermedades cardiovasculares las que ocupan el primer lugar. El tumor maligno reporta una tasa de morbilidad de 73.8% por 100 mil habitantes y de mortalidad de 12.4% por 100 mil habitantes (SESAL, 2003), siendo los más frecuentes los de cuello uterino, mama femenina, estómago, tráquea, bronquio y pulmón; este último es el que causa mayor mortalidad (Hospital General San Felipe, 2003).

Según investigaciones de Estudiantes de Medicina de la UNAH, desarrollados a través del Programa de Asistencia Primaria de Salud (APS), reflejan las condiciones de salud de la población de Honduras, indicando que los pacientes atendidos "tienen una alta incidencia de enfermedades crónicas no transmisibles como la hipertensión arterial, asma bronquial, diabetes, artritis y gastritis" (UNAH, 2013).

En resumen, las enfermedades crónicas degenerativas tienen un alto costo por la atención y la rehabilitación en los servicios de salud, y obligan al sistema de salud a invertir la mayoría de sus escasos recursos humanos y financieros en la reparación del daño de una minoría, a expensas de la promoción de la salud de la mayoría de la población (SESAL, 2005).

2.1.3.3. Relación entre enfermedades crónicas y trastornos mentales.

En el Manual de Bolsillo de Psiquiatría Kaplan y Sadock (2011) incluyen una sección sobre trastornos mentales debidos a una enfermedad médica. “Signos y síntomas de trastornos psiquiátricos que son consecuencia directa de enfermedades médicas, por ej. [...] enfermedades cardiovasculares [...] pueden producir [...] cambios de la personalidad. También pueden causar [...] trastorno de ánimo, trastorno de ansiedad” (pág. 3).

Además, añaden, las enfermedades crónicas no transmisibles puedan causar y estar asociadas con una serie muy amplia de trastornos mentales. El psiquiatra debe conocer en todo momento: “1) la enfermedad o enfermedades crónicas que sufre o pudiera sufrir el paciente, y 2) los medicamentos, tanto prescritos por un médico como comprados sin receta médica, a las drogas que el paciente este o pudiera estar tomando” (pág. 67).

Debido al alza del valor de los cuidados médicos, su contención se ha convertido en una preocupación relevante para los planificadores en salud. Varios estudios epidemiológicos han revelado una mayor prevalencia de trastornos psiquiátricos entre pacientes con cuadros médicos crónicos, con razones que van entre 1.41 y 3.55. Sin embargo, la frecuencia de los trastornos psicológicos entre pacientes con algunas enfermedades médicas crónicas no ha sido extensamente estudiada en el nivel primario de atención (Florenzano, y otros, 2006).

Vale la pena decir, que la disrupción que originan las ECNT favorece que los trastornos mentales se presenten en la vida de las personas, estableciéndose una “relación simbiótica”; en especial la depresión, la cual impide que el tratamiento de las mismas sea eficiente, al mismo tiempo incrementan la morbilidad y mortalidad como es el caso del riesgo de mortalidad en diabéticos con depresión es 2.3 veces mayor (Málaga, 2014).

No obstante, el padecimiento de enfermedades crónicas no transmisibles también puede convertirse en un estresor en dependencia del modo de reacción del individuo ante la enfermedad, la amenaza percibida y el conocimiento que tenga sobre esta; además de los

recursos económicos de que disponga para adquirir los medicamentos y costear la atención médica (Vásquez Machado, 2014).

En todo caso, el rol de cuidador no es asumido por las personas con enfermedades crónicas (Autocuidado) dado que, a falta de síntomas que incapaciten su vida cotidiana, no requieren o no perciben la necesidad de obtener ayuda; las enfermedades como la hipertensión arterial y la diabetes son comúnmente llamadas “silenciosas”, y mientras no causen dolor o incapacidad como la obesidad, las personas no se perciben enfermas (Landeros-Olvera, Benavides, Frederickson, Martínez-Reyes, & Celis-García, 2013).

Eso quiere decir que cuando las personas sufren los estragos de una enfermedad que las incapacita no son las mismas y se vuelven dependientes de quienes las cuidan, esta situación provoca sentimientos de tristeza, dolor, llanto y llegan a la depresión por no poder controlar la enfermedad (Landeros et al. 2013). Además, como lo revela el *World Health Survey* realizado en 60 países, la prevalencia de 12 meses del episodio depresivo aumenta en presencia de una condición médica crónica (de 3,2% a cifras entre 9,3% y 23,0%) (Salvo, 2014).

Por otro lado, la OMS aseguró recientemente en el “Informe sobre la situación mundial de la prevención de la violencia” que muchas de las principales causas de muerte de mujeres, como las enfermedades coronarias, los accidentes cerebrovasculares y el cáncer, están vinculadas con experiencias de violencia. El consumo indebido de alcohol y drogas, el tabaquismo, la adopción de comportamientos sexuales de alto riesgo, los trastornos del sueño o de alimentación (anorexia y obesidad), la depresión y la ansiedad, o la diabetes son las principales dolencias enumeradas en el informe. Desafortunadamente, la ciencia no ha sido tan rápida en reconocer que la violencia doméstica es una importante causa de problemas crónicos de la salud que se arrastran por el estilo de vida.

Según la hipótesis de la Dra. Kendall-Tackett (2015), la raíz del problema es que la víctima de violencia doméstica desarrolla depresión, hostilidad y trastornos del sueño. Estos tres eventos relacionados con la salud mental conducen a cambios bioquímicos y moleculares celulares relacionados al fenómeno de inflamación, los que a su vez causan enfermedades crónicas como las enfermedades del corazón y el síndrome metabólico, precursor de la diabetes.

2.1.3.4. Comorbilidad entre enfermedades crónicas y trastornos mentales.

Otra característica derivada de los estudios de prevalencia es la constatación de altas tasas de comorbilidad, que tiende a situarse en torno al 50%. Según la OMS la comorbilidad es la ocurrencia simultánea de dos o más enfermedades en la misma persona. En medicina y psiquiatría **comorbilidad** se refiere a la presencia de uno o más trastornos o enfermedades valorando sus efectos sobre el individuo (Abeldaño & Fernández, 2016).

Es muy frecuente que dos o más trastornos mentales coexistan en un mismo individuo, al igual que sucede con los trastornos físicos, que también tienden a aparecer asociados con mucha mayor frecuencia de la que puede explicar el azar. Esta situación es especialmente frecuente en edades avanzadas, ya que estos adultos mayores son quienes tienen más probabilidad de presentar complicaciones y es cuando concurren varios trastornos físicos y mentales. Los problemas de salud física no sólo coexisten con trastornos mentales como la depresión, sino que pueden también predecir el inicio y la persistencia de ésta. La relación entre las enfermedades mentales y físicas es muy estrecha. Para la mayoría de las personas resulta difícil y preocupante aprender a sobrellevar y vivir con una dolencia crónica de larga duración como la diabetes o el cáncer, por lo que no es sorprendente que la depresión sea la complicación más común asociada con este tipo condiciones (Navarrete Garduño, 2014).

Además, algunos trastornos mentales, como la depresión son un factor de riesgo para las condiciones como la enfermedad coronaria, al mismo tiempo tienen una serie de consecuencias negativas sobre la comorbilidad y las capacidades funcionales específicamente del anciano y de todas las demás personas que los padecen. Inversamente, se ha relacionado a los cuadros depresivos con patología crónica, debido a la merma de la salud general y el consiguiente menoscabo en el funcionamiento familiar, social y laboral (Salvo, 2014).

Algunos estudios longitudinales y las investigaciones clínicas demuestran que una proporción considerable de personas con trastorno depresivo mayor (TDM) presentan un curso crónico recurrente de la enfermedad. Esta relación inversa entre depresión y calidad de vida es tanto o más que la observada en enfermedades crónicas no transmisibles, tales como la diabetes mellitus. Por otro lado, su frecuente comorbilidad psiquiátrica y la relación con

enfermedades físicas repercuten tanto en el curso, en el pronóstico, como en las áreas anteriormente mencionadas (Salvo, 2014).

También, la investigación demuestra que las personas con enfermedades crónicas no transmisibles corren un mayor riesgo de padecer depresión. En las personas con diabetes el riesgo de presentar depresión es dos veces más alto que en aquellas que no sufren esta condición; para la población con asma u obesidad, el riesgo aumenta tres veces y para aquellas que sufren de dolores crónicos el riesgo crece cinco veces (Medina-Mora, Rojas, Borges, & Vásquez-Pérez, 2008). Del mismo modo, las personas que padecen síntomas de depresión tienen mayores probabilidades de presentar enfermedades cardiovasculares, diabetes, cáncer y enfermedades respiratorias, todas ellas condiciones crónicas responsables de más de 60% de las muertes en el mundo (WFMH, 2010)

Asimismo, es frecuente una alta comorbilidad entre la depresión y otras patologías mentales, como los trastornos de ansiedad y el consumo de sustancias adictivas. La literatura internacional indica que alrededor de la mitad de la población adulta con trastorno depresivo mayor cumple con criterios diagnósticos para uno o más trastornos de ansiedad; esta relación ocurre entre 25 y 50% de los adolescentes con depresión y entre 10 y 15% de los jóvenes con ansiedad (Bittner, y otros, 2004). Los estudios epidemiológicos realizados en México señalan que alrededor de 32% de la población diagnosticada con un trastorno de consumo de sustancias adictivas (alcohol o drogas) presenta también un trastorno afectivo. Si se considera solamente a las personas con abuso o dependencia a sustancias ilícitas, la comorbilidad es mayor a 50% (Medina-Mora et al. 2008).

El reconocimiento y tratamiento de trastornos psicológicos en poblaciones con enfermedades crónicas no transmisibles que consultan en el nivel primario de atención, a pesar de ser de ocurrencia frecuente, no han recibido suficiente atención. En los estudios disponibles, las variables geográficas y culturales usualmente no han sido incluidas. Ellas pueden ser un factor importante en la comprensión de la comorbilidad de enfermedades físicas y mentales. Estos pacientes son usuarios frecuentes de los servicios de salud y presentan niveles más altos de discapacidad: experimentan molestias con mayor frecuencia, tienen mayor riesgo de cuidado médico irregular, demandan evaluaciones médicas más

completas y laboriosas, hospitalizaciones más prolongadas y tratamientos especializados más costosos. Por lo que es necesario un cambio de actitud en los pacientes para mejorar la salud.

Cabe destacar que el coste de estas comorbilidades resulta significativo para el sistema sanitario: dado que los problemas de salud mental (ansiedad y depresión) interactúan y acentúan los síntomas físicos del paciente, el coste sanitario de los pacientes con patología dual puede verse incrementado hasta el 45%. La desatención del sufrimiento psicológico en este grupo se traduce en la complicación de la sintomatología física, el aumento del número de visitas al médico y de los días de hospitalización, así como en una peor calidad de vida, con el consiguiente incremento de una posible discapacidad.

En definitiva, es necesario no separar la realidad de la salud mental de la salud física. La relación que existe entre las enfermedades biológicas y las enfermedades mentales tienen una evidente conexión, como lo señala Benedetto Saraceno (2005) citado por Orozco Gómez (2015, pág. 213) en el Simposio “*Salud mental y física durante toda la vida*” de la Organización Panamericana de la Salud (OPS):

Los desafíos complejos que presenta la comorbilidad de las enfermedades mentales y físicas estarán mucho mejor atendidos en todo el mundo con estrategias de atención integral dirigidas al paciente a la comunidad (...) Los expertos tienen que comunicarse porque es evidente que la comorbilidad entre lo físico y lo mental exige una intervención vertical, no horizontal. La comorbilidad clínica es la regla, no la excepción.

Lo anterior significa una nueva formulación de las políticas asistenciales y el paso del abordaje biomédico al abordaje bio-médico-social, con un mayor pluralidad y horizontalidad de los equipos; al tiempo que lleva al reconocimiento de la importancia de la función de la comunidad, no sólo como usuaria, sino como una parte más del proceso terapéutico.

Seguidamente se identifican los factores de riesgo FR que manifiestan una fuerte relación causal con las enfermedades médicas crónicas:

2.1.3.5. Enfermedades crónicas no transmisibles y factores de riesgo.

Según la OMS las personas vulnerables y socialmente desfavorecidas enferman más y mueren antes que las personas de mayor posición social, sobre todo porque corren mayor riesgo de exposición a productos nocivos como el tabaco o alimentos poco saludables, y tienen un acceso limitado a los servicios de salud. En los entornos con pocos recursos, los

costos de la atención sanitaria para las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la diabetes y las enfermedades pulmonares crónicas pueden agotar rápidamente los recursos de las familias y abocarlas a la pobreza (OMS, 2011).

Como lo menciona Abeldaño y Fernández (2016) en la actualidad, se considera que las ECNT son causadas en gran medida por factores de riesgo asociados al comportamiento, que dependen en gran parte de variables económicas como el trabajo, el acceso a los alimentos, la vivienda y la educación. La rápida urbanización y los estilos de vida del siglo XXI han propiciado algunos factores de riesgo (Tabla 1) como el aumento en el consumo de tabaco, los deficientes hábitos alimenticios, la insuficiencia de actividad física, la obesidad, el uso nocivo de alcohol, la disminución en el número de horas de sueño, la falta de compromiso con los tratamientos médicos y la utilización de servicios sanitarios de una manera inadecuada, el uso incorrecto de medicamentos es un ejemplo claro de ello (Orozco Gómez & Castiblanco Orozco, 2015).

Tabla 2. Relación entre Factores de Riesgo y principales ECNT

Factor de Riesgo	Condición			
	Enfermedad Cardiovascular	Diabetes	Cáncer	EPOC *
Alimentación Inadecuada	X	X	X	X
Sedentarismo	X	X	X	X
Obesidad	X	X	X	X
Tabaco	X	X	X	X
Alcohol	X		X	
Presión arterial alta		X		
Glucemia Elevada	X	X	X	
Colesterol Elevado	X	X	X	

Fuente: (OPS, 2007)

Hay que destacar el consumo importante de recursos que pueden hacer este tipo de pacientes, en cuanto a tiempo profesional dedicado a ellos, exámenes de laboratorio, uso de medicamentos, etc. La contribución de la patología mental a la morbilidad y mortalidad de otras condiciones médicas, resulta ser un área de investigación de creciente interés. Finalmente, es importante considerar a los pacientes con enfermedades crónicas como un grupo de mayor riesgo para presentar algunas patologías psiquiátricas.

Los determinantes psicosociales de las enfermedades crónicas.

Dentro de los factores psicosociales (estrés y eventos vitales, apoyo social, vida familiar) vemos como estos van de la mano con el comportamiento de cada persona en la aparición de las ECNT (Figura 3). Las condiciones materiales de vida los factores sociales asociados al trabajo, el ambiente familiar, las actitudes personales y los estados emocionales hacen que las personas se enfrenten a situaciones de vulnerabilidad psicosocial incidiendo en el estado de salud y en la predisposición de la enfermedad (Grau Abalo, 2016).

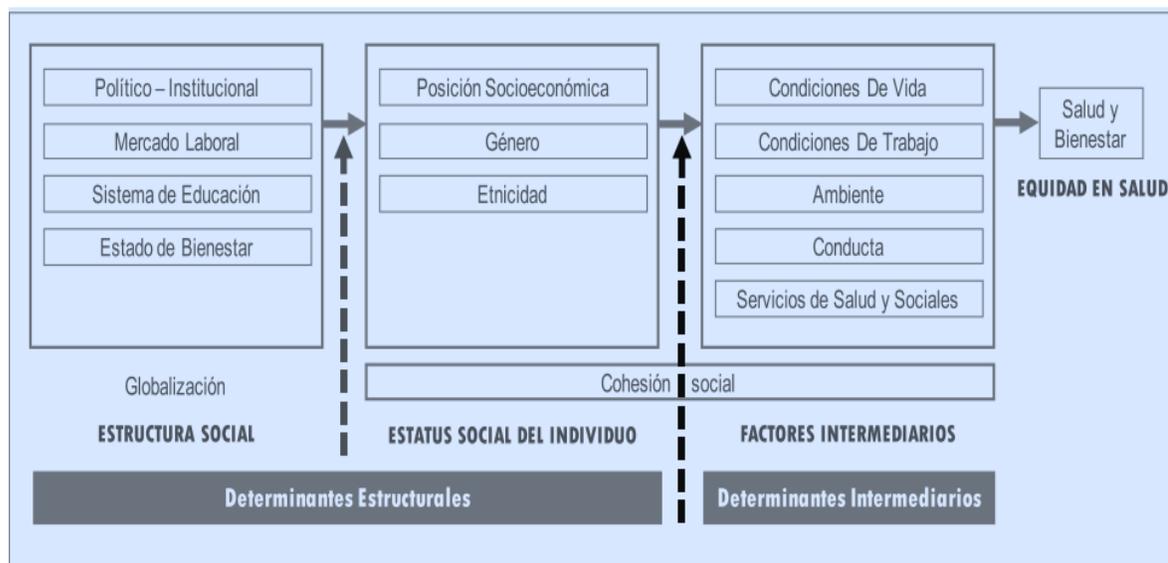


Figura 3. Modelo de Graham y Kelly (2004) sobre los determinantes sociales de la Salud.

Fuente: (Grau Abalo, 2016, pág. 142)

Al analizar cómo la mente, lo subjetivo, influye en las ECNT tenemos que pensar que hay factores que son *perjudiciales*, otros que generalmente son *protectores* y que también existen algunos otros factores *moduladores* en el propio desarrollo de la enfermedad (Grau Abalo, 2016).

La literatura señala que entre los *factores psicosociales perjudiciales* están los estados emocionales mal manejados (ansiedad, depresión e ira), el aislamiento social y la comunicación inadecuada, los afrontamientos defensivos ante los eventos estresantes, las creencias desfavorables acerca del control que podemos ejercer sobre ellos, el pesimismo y la desesperanza.

Entre los *factores protectores*, que hacen a las personas más “resistentes” a las enfermedades se señala el conocimiento que se tenga de la enfermedad, sus causas y manifestaciones tempranas, el cumplimiento terapéutico adecuado (adherencia a medidas de prevención o tratamiento), el apoyo social y familiar deseado y percibido, los afrontamientos eficaces ante la enfermedad, las creencias de control positivas (auto-eficacia), el optimismo y otras variables conocidas como “salutogénicas”, contribuyentes de la llamada “Resiliencia” (capacidad para afrontar la adversidad).

Entre otros *factores que influyen en la enfermedad*, se consideran los tratamientos crueles, las limitaciones de la actividad (incapacidad, minusvalía), los factores de riesgo y vulnerabilidad al estrés, la concepción interna de la enfermedad y su significado que tenga cada persona (“dolencia” o “cuadro interno”), la relación y comunicación médico-paciente, la calidad de vida y el bienestar subjetivo conservados, la familia en su bregar de cuidado (rol, carga, conocimientos, afectaciones por el cuidado) y el nivel de desgaste en profesionales de salud (Grau Abalo, 2016).

Algunas investigaciones demuestran que más del 40% de los pacientes que asisten a hospitales por enfermedades crónicas presentan alteraciones emocionales y problemas de adaptación que requerirían algún tipo de evaluación e intervención psicológica; pero posiblemente solo el 20% de los casos remitidos serán atendidos (Grau Abalo, 2016).

En resumen, las diversas ECNT entre estas enfermedades cardiovasculares, hipertensión arterial, cerebrovascular, enfermedades endocrinas (p. ej., hipotiroidismo), enfermedades pulmonares, y cánceres, pueden provocar cambios de personalidad y presentan componentes de comportamiento y salud mental tales como cambios en la dieta, uso de ejercicios, moderación en el consumo de alcohol y abandono del tabaco (Vicente B. , Kohn, Saldivia, & Rioseco, 2007).

Por lo que se concluye, que es fundamental que la intervención psicológica se brinde con calidad, equidad, oportunidad y pertinencia, lo que reducirá a mediano plazo los costos instrumentales, temporales y profesionales en el manejo de las ECNT (Orozco Gómez & Castiblanco Orozco, 2015).

A continuación, se definen los tipos de Enfermedades Crónicas no transmisibles ECNT que se estudian a lo largo de la investigación, como ser: I. Enfermedades cardiovasculares (Hipertensión arterial HTA, infarto agudo al miocardio IAM, insuficiencia cardíaca IC y accidente cerebrovascular ACV). II. Endocrinológicas (Diabetes y enfermedad de tiroides). III. Enfermedades respiratorias (Bronquitis crónica, asma bronquial, enfermedad pulmonar obstructiva crónica EPOC), algunos tipos de IV. Cáncer (cervicouterino CCU, mama o seno CS, próstata, colo-rectal) (Rojas Solano & Salas Herrera, 2002).

2.1.3.6 Tipos de enfermedades crónicas no transmisibles ECNT.

2.1.3.6.1 Cardiovasculares (ECV).

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) se refieren a todo tipo de trastornos relacionados con el corazón o los vasos Sanguíneos. Entre las enfermedades incluidas dentro de este grupo figuran: hipertensión (HTA), infarto agudo de miocardio (IAM), insuficiencia cardíaca (IC), accidente cerebrovascular (ACV).

Los principales factores de riesgo FR asociados a ECV son hipertensión arterial, altos niveles de colesterol, sobrepeso y obesidad, baja ingesta de frutas y verduras, inactividad física y consumo de tabaco. Conjuntamente, estos factores de riesgo explican alrededor de un 80% de las muertes y carga de cardiopatía isquémica a nivel mundial, y un 60 de las muertes por ACV. Cifras similares son estimadas para países de ingresos bajos y medios. Según la OMS, la hipertensión, la hipercolesterolemia, el consumo de tabaco o su combinación, explican un 75% de los casos de ECV en América Latina Rubinstein et al (2010) estiman para Argentina que los FR modificables explican un 75% de los casos (fatales y no fatales) de IAM, AI y ACV, y un 71% de la carga de estas enfermedades.

Las personas con alto riesgo y quienes padecen enfermedades cardiovasculares ya afianzadas pueden ser tratadas con pautas de medicamentos genéricos de bajo coste que reducen de manera significativa la probabilidad de morir o de padecer eventos vasculares.

Un régimen a base de aspirina y agentes hipotensores puede reducir de manera significativa los eventos vasculares en las personas con alto riesgo cardiovascular y se considera una de las mejores opciones. Al combinarse con medidas preventivas, como dejar de fumar, los beneficios terapéuticos pueden ser enormes. En todos los países, esas mejores opciones deben ampliarse y facilitarse mediante un enfoque de atención primaria (OMS, 2011).

La influencia de las emociones en el sistema cardiovascular es conocida desde épocas remotas. El sistema límbico es el eslabón entre los estímulos psicológicos y las respuestas del organismo, incluyendo cambios cardiocirculatorios: cambios en la tensión arterial, en la frecuencia cardiaca, en la concentración de Lípidos séricos, etc. (Fuente Muñiz, 2008).

2.1.3.6.1.1 Hipertensión arterial (HTA).

La hipertensión arterial (HTA) es una enfermedad crónica, con importantes repercusiones en el orden personal, económico y sanitario. Existe en todas las regiones del mundo; aproximadamente 20% de la población mundial la padece, y sólo entre 3 y 34 % se controla con un tratamiento antihipertensivo (Perez Rosabel, Soler-Sánchez, & Morales Ortiz, 2016). Crónicamente elevada (se considera elevada si la presión sistólica supera 160 y la diastólica 120).

Dentro de este marco, en un estudio realizado en Venezuela reveló que la HTA se da más en el sexo femenino y a medida que aumenta la edad se incrementa la posibilidad de padecerla. Además el bajo nivel escolar se asocia con la hipertensión (Vásquez Machado, 2014). Igualmente, en un estudio en México reflejó que según la pirámide poblacional muestra que el 75 % de los adultos tienen menos de 55 años y a pesar de que la prevalencia en porcentaje (%) de los factores de riesgo cardiovascular es mayor después de los 40 años, ubicada en la población económicamente activa, con sus consecuencias devastadoras, tanto sociales, económicas y de calidad de vida (Rosas-Peralta & Attie, 2007).

Según Abeldaño & Fernández (2016) la hipertensión arterial HTA constituye un importante problema de salud, especialmente en los países desarrollados. Según datos del Reporte de Salud Mundial del 2003, aproximadamente 7,6 millones de muertes prematuras y 92 millones de años de vida ajustados por discapacidad en el 2001, fueron atribuidas a la HTA. Acorde con la información del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, en Venezuela la HTA tiene una prevalencia de 20 a 30% en adultos. Al respecto, diferentes

estudios informan que existe relación entre los diversos factores de estrés psicosocial y la HTA, igualmente se han hallado niveles altos de ansiedad y depresión en los pacientes hipertensos (Vásquez Machado, 2014).

De acuerdo con estas autoras las dificultades de los pacientes hipertensos para modificar su estilo de vida pudieran estar relacionado con las creencias de salud, ya que, si ellos no se perciben susceptibles ante las complicaciones de la HTA, y no visionan las consecuencias no lograrán modificar su comportamiento. En Cuba, la HTA se encuentra asociada a las principales causas de morbilidad y mortalidad aumentando en el 4%, al constituir un importante factor de riesgo de múltiples afecciones. En la provincia de Granma, su prevalencia es superior a la de otras enfermedades crónicas; así, al cierre del 2013 era de 185,6 por cada 1000 habitantes (Pérez et al., 2016).

En nuestro país, según la Fundación de Diabetes, la secretaría de Salud y OPS (2005) la hipertensión arterial afecta aproximadamente al 20% de la población mayor de 20 años, y ocupa el sexto lugar en el grupo de enfermedades de notificación obligatoria y el quinto lugar de egresos en el Hospital Escuela.

2.1.3.6.1.2 Insuficiencia cardíaca (IC).

Se ha demostrado que la hipertensión arterial lleva a insuficiencia cardíaca a través de múltiples factores, entre los más relevantes se encuentra la remodelación ventricular con hipertrofia ventricular izquierda, estos cambios determinan preferentemente una insuficiencia cardíaca por disfunción diastólica. Aproximadamente 1 a 2% de la población adulta en los países desarrollados tiene insuficiencia cardíaca, esta prevalencia aumenta a valores sobre el 10% en personas mayores de 70 años de edad (Vukasovic R, 2012).

La Secretaria de Salud SESAL (2015) señala:

Que la insuficiencia cardiaca es un síndrome complejo que resulta de cualquier anomalía estructural o funcional que compromete el llene o la eyección ventricular. Puede resultar de alteraciones del pericardio, del miocardio, de los vasos coronarios, de las válvulas, de los grandes vasos o de ciertas anomalías metabólicas. Clínicamente se presenta con síntomas y signos típicos que resultan de las anomalías mencionadas. (pág. 8)

A saber, en la mayoría de los casos los pacientes con IC presentan las siguientes características: falta de aire o fatiga tanto en reposo como durante el ejercicio; signos de retención de líquidos, como congestión pulmonar o hinchazón de tobillos, y evidencia objetiva de una alteración cardíaca estructural o funcional en reposo. Cabe considerar que la EPOC es una comorbilidad frecuente en la IC y su prevalencia alcanza un 20-30%. Las anomalías pulmonares restrictivas y obstructivas son comunes. Los pacientes con EPOC tienen un riesgo muy elevado de IC y la EPOC es un poderoso factor de riesgo independiente para la morbilidad y la mortalidad cardiovascular (Dickstein, y otros, 2008).

Por otra parte, la prevalencia de la depresión en los pacientes hospitalizados con falla cardíaca varía del 11% al 77%, según el instrumento de diagnóstico utilizado (escala de Beck o de Zung), la gravedad de los síntomas depresivos, la edad, la salud física y el estado funcional de los pacientes. En los pacientes ambulatorios, se encuentran índices de depresión entre el 13% y el 48%. (Achury Saldaña, Garavito Amaya, Gómez Rodríguez, & Muñoz Bolaños, 2011).

Por último, es conveniente comentar que el diagnóstico de la depresión en los pacientes con falla cardíaca es difícil de identificar, debido a la similitud de los síntomas que se presentan entre estas dos patologías. Dentro de los síntomas y signos del estado anímico (tristeza persistente, desesperanza, humor no reactivo, es decir, que no cambia con buenas o malas noticias) y el estilo cognitivo, que consiste en el tipo de pensamientos que el paciente comunica (ideas negativas, pérdida de ilusión por el futuro, ideas relacionadas con la muerte, no ver la salida a la actual situación, etc.). Sin embargo, existe un signo muy importante que se debe estar atento a reconocer que es la anhedonia, signo que se caracteriza por la pérdida de interés o satisfacción en casi todas las actividades y con una mayor relevancia clínica que la tristeza o el llanto (Achury Saldaña et al., 2011).

2.1.3.6.1.3 Infarto agudo al miocardio (IAM).

Las presentaciones clínicas de la cardiopatía isquémica incluyen la isquemia asintomática, la angina de pecho estable, la angina inestable, el infarto de miocardio, la insuficiencia cardíaca y la muerte súbita. La definición de infarto agudo de miocardio (IAM) incluye diferentes perspectivas relativas a las características clínicas, electrocardiográficas, bioquímicas y patológicas. El IAM es la necrosis de las células del miocardio como

consecuencia de una isquemia prolongada, producida por la reducción súbita de la irrigación sanguínea coronaria, que compromete una o más zonas del miocardio (Coll-Muñoz, Valladares Carvajal, González Rodríguez, Falcón Hernández, & Pereira Valdés, 2011).

Por consiguiente, la IAM es la forma dolorosa en el pecho, como algo que aprieta, pesa, ahoga, arde, quema o sólo como dolor, de 20 minutos o más de duración, puede aparecer en reposo o en ejercicio. Puede iniciarse como un edema agudo pulmonar, insuficiencia cardíaca, choque, síncope, arritmias diversas o accidente vascular encefálico. Entre el 30-60% hay síntomas días o semanas antes. Al menos la mitad de las personas que sufren un IAM fallecen en la primera hora, antes de alcanzar los servicios de emergencia hospitalarios (Coll-Muñoz et al., 2011).

Vale la pena resaltar, que la falla cardíaca puede dar lugar a diferentes sentimientos, como el abandono, las limitaciones económicas, el aislamiento de la red social, cambios en el estilo de vida, incremento en el grado de estrés, normas que condicionan la intimidad y la autonomía, generación de sentimientos de minusvalía, pérdida de libertad, ansiedad ante la muerte y no adaptación al régimen terapéutico, los cuales pueden llevar al paciente a experimentar un cuadro depresivo. Según el Instituto Nacional de Salud Mental, las personas que padecen afecciones cardíacas tienen más probabilidades de sufrir depresión que las personas sanas (Achury Saldaña et al., 2011).

En el mundo, cada 4 segundos ocurre un infarto agudo de miocardio y cada 5 segundos un evento vascular cerebral. En México, en la población adulta (20-69 años) hay más de 17 millones de hipertensos, más de 14 millones de dislipidémicos, más de 6 millones de diabéticos (Rosas-Peralta & Attie, 2007).

2.1.3.6.1.4 Accidente Cerebrovascular ACV.

Por último, el accidente cerebrovascular es la segunda causa de muerte en la mayoría de países latinoamericanos. Asimismo, la discapacidad que se asocia con la enfermedad cerebrovascular en el continente americano es significativa dados los cambios epidemiológicos (Diana Vaca McGhie, 2015).

Además, el Infarto cerebral implica un deterioro del cerebro debido a, o bien un derrame de sangre en el tejido cerebral, o bien a un bloqueo en una arteria, que impide que el oxígeno

y otros nutrientes lleguen a determinadas partes del cerebro. Se conoce científicamente como un accidente cerebro-vascular (Morrison & Bennett, 2008).

2.1.3.6.2 Endocrinólogas.

Dentro de las enfermedades endocrinólogas tenemos la diabetes y la tiroides.

2.1.3.6.2.1 Diabetes (DM).

Leguia-Cerna (2015) afirman:

La Diabetes Mellitus (DM) es una enfermedad crónica del metabolismo y se debe a la falta total o parcial de la hormona llamada insulina, secretada por los Islotes de Langerhans en el páncreas. Su déficit produce la no absorción por parte de las células, de la glucosa, produciendo una menor síntesis de depósitos energéticos en las células y la elevación de la glucosa en la sangre (hiperglucemia). Constituye una de las principales enfermedades crónicas que afecta nuestra población, en un 6-10%, aproximadamente 190 millones de diabéticos en el mundo de los cuales aproximadamente la mitad no han sido diagnosticados, lo que resulta una de las preocupaciones sanitarias a escala mundial. (pág. 65)

En esta misma línea, la investigación dirigida por el BID (2011) señala:

Estimaciones para países de ingresos altos indican que un 78% de las muertes y un 74% de la carga de diabetes son atribuibles a estos factores de riesgo FR evaluados conjuntamente. A su vez, al dañar progresivamente distintos órganos y sistemas (corazón, vasos sanguíneos, ojos, riñones y nervios), la diabetes constituye un FR para otras enfermedades, en particular enfermedades cardiovasculares ECV. (pág. 11)

Según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012 realizada en México, muestra una prevalencia de DM de 9.2 %, los cuales el 57.4 % de la población fueron mujeres, predominando el rango de edad 46-55 (35.7%) y 56-65 años (31%) (Flores-Alvarado et al., 2015). Igualmente, en el Perú la prevalencia de DM es de 1 a 8% de la población general. Asimismo, la prevalencia de DM varía entre 2 y 5% de la población mundial. En Estados Unidos, los casos diagnosticados de diabetes alcanzan al 5,9% de la población total, con predominio de la raza afroamericana, mexicanoamericana e hispana (Leguia-Cerna et al., 2015).

El papel que pueden desempeñar los factores emocionales en la iniciación de la diabetes y su descompensación ha sido reconocido. Ciertamente, el estrés psicológico no es capaz de

producir la enfermedad en un individuo que no está predispuesto genéticamente, pero sí puede desencadenar el padecimiento latente o intensificarlo convirtiendo un estado prediabético en una diabetes manifiesta. Actualmente se dispone de datos acerca de los factores psicológicos que son capaces de alterar el complejo equilibrio del cual depende el manejo de la glucosa por el organismo (Fuente Muñiz, 2008).

Partiendo de otro punto se sabe que la diabetes mellitus II DMT2, la hipertensión arterial HTA y la obesidad son consecuencia de conductas que no favorecen la salud y que dependen a su vez de factores de riesgo no modificables como el sexo y la condición genética, por lo que estas enfermedades, sólo pueden controlarse, no se curan (Landeros-Olvera et al., 2013).

En nuestro país, en un estudio de prevalencia de la diabetes realizado en la ciudad de Tegucigalpa, la enfermedad presentó una prevalencia del 8%, y el 42% de los casos fueron diagnosticados por primera vez al realizar el estudio. Asimismo, dicho estudio reveló que un 58.6% de las personas fueron clasificadas como obesas y el 52.5% tenía niveles elevados de colesterol (SESAL, 2003).

2.1.3.6.2.2 Enfermedad de la tiroides.

La tiroides es una glándula endocrina ubicada en el triángulo cervical anterior, fundamental en la homeostasis corporal, puesto que participa, de manera activa, en la regulación energético-metabólica y en el metabolismo del calcio, a través de la secreción de la hormona tiroidea (T3 y T4) y de la calcitonina (Quijano Blanco & Luque Bernal, 2015).

Las disfunciones tiroideas son una enfermedad crónica que afecta al 10% de la población española siendo 5 veces más frecuente en las mujeres que en los hombres. Los trastornos de la glándula tiroides más habituales son: hipotiroidismo: disminución de la hormona tiroidea que ralentiza el metabolismo, exceso de producción de hormona tiroidea que acelera el metabolismo. Algunos de los síntomas son: fatiga, somnolencia y debilidad, intolerancia al frío, pérdida de memoria, glándula tiroides agrandada, aumento de peso, depresión, menstruaciones anormales, estreñimiento, cabello y uñas finos y quebradizos. Ansiedad e irritabilidad, debilidad, sudoración incrementada, temblor de manos, pérdida de peso, frecuencia cardíaca acelerada, mirada brillante, ojos prominentes. Es frecuente que la enfermedad pase desapercibida o se diagnostique tarde, ya que muchos de estos síntomas son comunes en otros problemas médicos.

El hipotiroidismo subclínico (HS), se define por la elevación de la hormona estimulante del tiroides (TSH), con una secreción normal de hormonas tiroideas T4 y T3 libre (T3L), de acuerdo con el rango de referencia. Etiológicamente puede ser causado por enfermedad autoinmune del tiroides (80 %), cirugía del tiroides, terapia con radioiodo e irradiación externa del cuello, entre otras. Su prevalencia es del 1 al 10 %, y puede llegar a 20 % en mujeres mayores de 60 años, con el posible subregistro de la enfermedad (Quirantes Moreno, Mesa Rosales, & Quirantes Hernández, 2015).

2.1.3.6.3 Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.

Según la OMS “se caracteriza por un bloqueo persistente del flujo de aire. Se trata de una enfermedad subdiagnosticada y potencialmente mortal que altera la respiración normal y no es totalmente reversible. Los términos bronquitis crónica y enfisema, quedando englobados en el diagnóstico de EPOC”. La EPOC presenta un importante aumento en su prevalencia y mortalidad a nivel mundial, se producen en países de bajos y medianos ingresos. Actualmente, es la cuarta causa de mortalidad en el mundo (OMS, 2013).

Según Nazar (2015), La iniciativa GOLD5 (iniciativa global para la enfermedad pulmonar obstructiva crónica) ha definido EPOC como:

Una enfermedad común, prevenible y tratable, caracterizada por una persistente limitación al flujo aéreo que es normalmente progresiva y que se asocia con una respuesta inflamatoria, crónicamente exacerbada, de la vía aérea y los pulmones, frente a partículas y gases nocivos, contribuyendo las exacerbaciones y comorbilidades a la severidad global de los pacientes. (pág. 449)

Es más que la "tos del fumador", la principal causa de la EPOC es el humo del tabaco (fumadores activos y pasivos). En la actualidad, afecta casi por igual a ambos sexos, en parte debido al aumento del consumo de tabaco entre las mujeres de los países de ingresos elevados, la EPOC no es curable, pero el tratamiento puede retrasar su progresión (OMS, 2013). Constituye un importante problema de salud pública por su alta prevalencia, elevada morbimortalidad y los cuantiosos costes socioeconómicos. Además en un estudio en España reflejó que la prevalencia de EPOC es del 10,2% entre personas con edades comprendidas entre los 40 y 80 años y existe una elevada tasa de infradiagnóstico que ronda el 73% en este (Martínez Pérez, Vásquez Martín, & Rodríguez Zapata, 2016).

Según la Encuesta nacional de salud de 2009-2010, un 24,5% de los chilenos presenta síntomas respiratorios crónicos, atribuibles a la contaminación ambiental y, principalmente, a que un 53,4% de los chilenos es o ha sido fumador alguna vez en su vida y un 40,6% fuma activamente en la actualidad. De los pacientes con falla respiratoria, un 26,5% falleció dentro de los primeros 30 días postoperatorios; 35,4% presentó una neumonía; 23,2% una sepsis y un 13,3% presentó un paro cardiorrespiratorio. En Chile, el estudio PLATINO (Proyecto Latinoamericano de Investigación en Obstrucción Pulmonar) demostró una prevalencia ajustada de EPOC de un 14,5%. Las enfermedades respiratorias son la tercera causa de muerte en Chile y se ha visto un aumento importante de las patologías respiratorias crónicas en el mundo como EPOC, tabaquismo y asma (Nazar J. et al., 2015).

Los estados emocionales intensos modifican la regulación automática de la respiración pulmonar. Las emociones afectan la musculatura estriada del aparato respiratorio y normalmente ocasionan un aumento involuntario de la ventilación alveolar. Sin embargo, si la persona sufre lesiones que reducen la elasticidad del tejido pulmonar, la excitación emocional disminuye el intercambio gaseoso (Fuente Muñiz, 2008).

En nuestro país, el consumo de tabaco y la exposición prolongada al humo causa muchas enfermedades, dentro de las cuales se encuentran la EPOC (70%), que ocupan el sexto lugar en mortalidad hospitalaria a nivel nacional (SESAL, 2003) y constituyen el cuarto lugar en la consulta ambulatoria del Instituto Nacional del Tórax. La disnea, la fatiga y el edema maleolar son los síntomas más comúnmente relatados por los pacientes. La disnea a veces puede ser difícil de interpretar, particularmente en el anciano, en los pacientes obesos y en la mujer (MS, 2015).

2.1.3.6.3.1 Asma Bronquial.

Según Nazar (2015), La iniciativa GInA (Iniciativa Global por Asma) define el asma, así:

Una enfermedad heterogénea, normalmente caracterizada por una inflamación crónica de la vía aérea, con historia de síntomas respiratorios como sibilancias, disnea, opresión torácica y tos que varían a lo largo del tiempo y en intensidad, junto con una limitación espiratoria del flujo aéreo, la cual es variable. (pág. 451)

Aunque el asma bronquial afecta a una proporción de sujetos menor, su prevalencia también fue en aumento desde los años 60. Según los Centros para el Control y la Prevención

de Enfermedades de EE.UU., la prevalencia de asma entre los niños norteamericanos aumentó del 3,6% en 1980 al 5,8% en 2003 y, en España, un 0,26% por año desde 1991 a 2001. En los últimos años, la prevalencia del asma parece haberse estabilizado o disminuido en los países occidentales, aunque sigue en aumento en el resto del mundo (Barranco, y otros, 2012).

En nuestro país, el asma bronquial se sitúa como la primera causa de consulta en el Instituto Nacional del Tórax (SESAL, 2003) Entre las enfermedades crónicas en el municipio de Cedros, F.M. Se reportan asma bronquial, alteraciones de presión arterial, diabetes y relacionadas con degeneración ósea (Rodríguez Herrera, 2006).

2.1.3.6.3.2 Bronquitis crónica.

La bronquitis aguda comprende un conjunto de signos y síntomas, entre los cuales predominan los síntomas constitucionales, como fiebre, osteomiasias y, particularmente, tos seca o productiva hasta por 3 semanas. Una característica de la tos es que sea autolimitada, pues cuando este síntoma persiste más allá del lapso indicado deben considerarse otros diagnósticos (Díaz Duque, 2008).

Bronquitis crónica inflamación de los bronquios, las principales vías de aire en los pulmones, que persiste durante un largo periodo de tiempo o se reproduce repetidas veces. Se caracteriza por una excesiva mucosidad bronquial y una tos que produce esputos durante tres meses o más, al menos, en dos años consecutivos (Morrison & Bennett, 2008).

En un estudio realizado en una población de trabajadores de los servicios de limpieza de los establecimientos de salud de la región Puno, Perú reportó un alto porcentaje de entrevistados (64%) por exposición a productos químicos. Asma y bronquitis fueron reportados con 18 y 11%, respectivamente (Llanqui Gutierrez, 2015).

El inicio de las enfermedades respiratorias atribuibles a agentes ocupacionales varía considerablemente dependiendo de las industrias predominantes en cada país, de las condiciones de trabajo, medidas preventivas, entre otros aspectos. Irritantes respiratorios están frecuentemente presentes en altas concentraciones en los lugares de trabajo. Actualmente se conoce de más de 250 sustancias (lejía, amoníaco, desengrasantes, y otros productos) que pueden causar Asma ocupacional y otras enfermedades respiratorias (Llanqui Gutierrez, 2015).

2.1.3.6.4 Cáncer.

El cáncer es un término genérico que designa un amplio grupo de enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del organismo; también se habla de «tumores malignos» o «neoplasias malignas». Una característica del cáncer es la multiplicación rápida de células anormales que se extienden más allá de sus límites habituales y pueden invadir partes adyacentes del cuerpo o propagarse a otros órganos, proceso conocido como metástasis. Las metástasis son la principal causa de muerte por cáncer.

El cáncer es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en todo el mundo; en 2012 hubo unos 14 millones de nuevos casos y 8,2 millones de muertes relacionadas con el cáncer, los cánceres diagnosticados con más frecuencia en el hombre fueron los de pulmón, próstata, colon y recto, estómago e hígado, en la mujer fueron los de mama, colon y recto, pulmón, cuello uterino y estómago. Aproximadamente un 30% de las muertes por cáncer son debidas a cinco factores de riesgo conductuales y dietéticos: índice de masa corporal elevado, ingesta reducida de frutas y verduras, falta de actividad física, consumo de tabaco y consumo de alcohol. El consumo de tabaco es el factor de riesgo más importante, y es la causa más del 20% de las muertes mundiales por cáncer en general, y alrededor del 70% de las muertes mundiales por cáncer de pulmón (OMS, 2017).

Dado que el dolor en los enfermos de cáncer según la OMS constituye un problema de salud pública a nivel mundial, afectando frecuentemente la calidad de vida de estos pacientes, ya que la severidad del dolor influye en actividades diarias como el movimiento, apetito, sueño, bienestar emocional y relaciones sociales. Su prevalencia e intensidad varía según el sitio de origen del tumor, el estadio de la enfermedad, la prescripción incorrecta de analgésicos y algunas variables sociodemográficas, entre los factores causales pueden ser los aspectos socioeconómicos y culturales como la baja disponibilidad de recursos para acceder a analgésicos y a atención paliativa (Rojas Solano & Salas Herrera, 2002).

Según los datos del Centro de Cáncer Enma Romero de Callejas, un estudio de 2008, elaborado por Globocan, reportó en el país la existencia de 8,900 casos de diferentes tipos de cáncer. De estos 4,300 eran hombre y 4,600 mujeres. Se presume que la tendencia actualmente se mantiene (El Herald, 2014). En el Valle de Siria F.M., a causa de la explotación minera que existe en esta zona, se reporta una alta contaminación generando

enfermedades, y una elevada incidencia de cáncer y entre más años tiene la minería, mayor es la frecuencia de esta mortal enfermedad (Equipo de investigación, 2013).

2.1.3.6.4.1 Cáncer Cervicouterino/matriz (CCU).

El cáncer Cervicouterino (CCU) son virus del papiloma humano de alto riesgo. En los últimos 30 años la tasa de mortalidad por cáncer cervicouterino en Estados Unidos se redujo más del 50% por la detección con la prueba de Papanicolaou o citología, que se desarrolla en la mayoría de mujeres que nunca se lo han realizado. Los países desarrollados implementan programas de tamizaje organizados con el fin de reducir la incidencia y la tasa de mortalidad a través de la citología. En México en el 2008 la incidencia fue de 19.2 y la mortalidad de 9.7 por 100,000 mujeres. Existe una elevada mortalidad en mujeres mayores de 25 años por la disparidad social (Vargas-Hernández, Vargas-Aguilar, & Tovar-Rodríguez, 2015).

El CCU constituye un problema de salud pública y salud reproductiva en la mujer, ocupa el tercer lugar entre los cánceres más comunes en el mundo y es la principal causa de muerte por cáncer entre las mujeres en países en desarrollo. Diversos estudios han analizado los factores de riesgo del CU, incluyendo: Mujer en el grupo de 25 a 64 años, inicio temprano de vida sexual (antes de los 18 años), múltiples parejas sexuales (MPS), antecedentes ginecoobstétricos y de infecciones de transmisión sexual (ITS), bajo nivel cultural de salud sexual y reproductiva en las mujeres y otras conductas asociadas a la salud (tabaquismo, mal estado nutricional como la deficiencia de folatos y vitaminas A, C, y E,), el virus del papiloma humano (VPH) sobre todo los tipos de riesgo oncogénico como el 16,18,31,45 y 56 mismos que pueden detectarse en el 85 al 90% de las lesiones precancerosas y neoplásicas (Salas-Urrutia, Villalobos, & Ramírez-Vega, 2006).

Globalmente, se calcula que cada año se diagnostican aproximadamente 500 000 nuevos casos de CCU. Se estima que el CCU causa alrededor de 500 000 muertes cada año. Estadísticas en Chile, Estados Unidos comprueban lo anterior (Ferrá Torres, Estrada Abreu, & Bermejo Bencomo, 2009).

Los estudios clínicos han enfocado dos variables psicológicas: las características de la personalidad y los antecedentes emocionales de los individuos que sufren cáncer. Eventos cognitivos y sus correlatos emocionales pueden modificar, fortalecer o inhibir las defensas inmunológicas del cuerpo (Fuente Muñiz, 2008).

Según Nelli Sarai Padilla, médico del Registro del Centro de Cáncer Enma Romero de Callejas, el cáncer de cérvix ocupa el primer lugar en la mujer hondureña con un 21% (El Herald, 2014).

2.1.3.6.4.2 Cáncer de mama.

La clasificación internacional de enfermedades CIE-10, revisada por la Organización Mundial de Salud (OMS) (1992); posiciona el cáncer de mama (C50) en el segundo grupo CIE-11 “Neoplasmas”, que se caracteriza por el crecimiento anormal y desordenado de las células del tejido mamario (Vivas Sánchez, y otros, 2012). En el mundo, el cáncer de mama es la neoplasia maligna más frecuente entre las mujeres y entre los síntomas que lo acompañan se destaca la fatiga cuya prevalencia es de 49.7% (Araujo Lamino, de Mattos Pimenta, Braga, & Delalibera Corrêa de Faria Mota, 2015).

Los factores de riesgo causales del cáncer de mama, que con más frecuencia se han identificado son los siguientes: factores genéticos; cambios en los patrones reproductivos; consumo de anovulatorios por largos períodos de tiempo; antecedentes de enfermedad benigna de la mama, especialmente de tipo proliferativo; factores nutricionales relacionados con el tipo de dieta; exposición frecuente a rayos X durante la adolescencia y la juventud; y, otros factores diversos, entre ellos el tabaquismo (Gerónimo, y otros, 2011).

A saber, Cuba es uno de los países de América Latina y el tercer mundo con mayor tasa de incidencia de cáncer. Entre los factores de riesgo medioambientales encontrados en esta investigación, se observó un franco predominio de las infecciones de transmisión sexual (ITS) asociadas, (44,0%), se destacaron con menores porcentajes, el hábito de fumar y la cervicitis (18,0%) respectivamente, y el cambio frecuente de parejas sexuales con 15,0% (Ferra Torres et al., 2009).

Los resultados derivados de la escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) aplicada en México, en mujeres con cáncer de mama, mostraron que el 27% y 28% de las participantes presentaron sintomatología ansiosa y depresión clínica respectivamente. A pesar de los beneficios médicos que ofrece la terapia de radiación, enfrentar nuevamente un tratamiento oncológico y experimentar los efectos secundarios que ocasiona, es un proceso que puede resultar emocionalmente difícil para quien lo recibe. (Ornelas-Mejorada, Tufiño Tufiño, & Sánchez-Sosa, 2011).

En un estudio realizado en la ciudad de Sao Paulo, Brasil, las mujeres con dolor presentaron una posibilidad de un 12 % más, en comparación con aquellas pacientes sin dolor. Al mismo tiempo las mujeres con depresión presentaron una posibilidad de un 6 % más en comparación con las pacientes sin esta morbilidad (Araujo Lamino et al., 2015).

Por otra parte en un estudio observacional de grupo en Londres, Europa, al examinar la ocurrencia de depresión y ansiedad en 84 mujeres en fase inicial de cáncer de mama encontró una prevalencia, en el primer año de la enfermedad, dos veces mayor que la de la población femenina en general, constató que 17,86% presentaba depresión mayor y 11,9% ansiedad generalizada. En lo que se refiere a las variables socioeconómicas, la edad de las mujeres participantes de la investigación varió de 31 a 60 años, siendo la edad media de 45,5. Respecto al grado de instrucción, 44% de las mujeres poseían enseñanza fundamental incompleta. Se demostró que de todas las mujeres entrevistadas, 59,5% están casadas (Canicali Primo, Nunes Goncalves, Pires Olympio, Costa Leite, & Costa Amorim, 2012).

Puesto que el cáncer de mama es una enfermedad que presenta diferentes situaciones de amenaza, generando desánimo psicológico, lo que puede generar ansiedad y un estado depresivo en la mujer. La ansiedad es un síntoma de incidencia bastante común en las pacientes tras el diagnóstico, durante el tratamiento y principalmente en aquellas que precisan someterse a cirugía. Se observan cambios en su estilo de vida causado por incomodidad física y alteración del concepto de su auto-imagen, llevando a baja estima y disminución de la libido sexual. También se percibe miedo en cuanto al éxito del tratamiento, así como la posibilidad de su recurrencia y el temor a la muerte (Canicali Primo et al., 2012).

Según Nelli Sarai Padilla, médico del Registro del Centro de Cáncer Enma Romero de Callejas, el cáncer de mama ocupa el segundo lugar en la mujer hondureña (El Heraldo, 2014).

2.1.3.6.4.3 Cáncer de próstata.

Es el cáncer que empieza en la glándula prostática. La próstata es una pequeña estructura con forma de nuez que forma parte del aparato reproductor masculino. Este órgano rodea la uretra, el conducto que transporta la orina fuera del cuerpo.

El cáncer de próstata se origina cuando las células de la próstata comienzan a crecer sin control. Aproximadamente uno de cada siete hombres será diagnosticado con cáncer de

próstata en el transcurso de su vida. En la próstata se encuentran varios tipos de células, pero casi todos los casos de cáncer de próstata se desarrollan a partir de las células glandulares. Las células glandulares producen el líquido de la próstata que se agrega al semen. El término médico para un cáncer que comienza en las células glandulares es adenocarcinoma. El adenocarcinoma prostático es la neoplasia maligna más frecuente en hombres. Aproximadamente, 70% de los cánceres de próstata se diagnostican en varones mayores de 65 años de edad, y en pocas ocasiones se presenta antes de los 40 años. De estos, alrededor de 90% son descubiertos en etapa local y/o regional. La supervivencia a cinco años es cerca de 100% y la sobrevivencia general calculada a 10 y 15 años es de 92 y 61%, respectivamente (American Cancer Society, 2016).

A diferencia de otros países, en México, la mortalidad por cáncer de próstata se ha incrementado en las últimas dos décadas y actualmente constituye la principal causa de muerte por cáncer en el hombre adulto (Álvarez-Blanco, Escudero-de los Ríos, & Hernández-Toríz, 2008).

Según Nelli Sarai Padilla, médico del Registro del Centro de Cáncer Enma Romero de Callejas, comenta que el cáncer de próstata se considera un tabú en las familias hondureñas. Según Padilla “El cáncer en la próstata es el más común, tiene una incidencia del 23 por ciento, actualmente hay más de 900 casos de este cáncer de los cuales un 14 por ciento de las víctimas muere, es una cifra bastante alta solo en el país” (El Herald, 2014).

2.1.3.6.4.4 Cáncer colorrectal.

El cáncer colorrectal se origina en el colon o el recto. A estos cánceres también se les puede llamar cáncer de colon o cáncer de recto (rectal) dependiendo del lugar donde se originen. El cáncer de colon y el cáncer de recto a menudo se agrupan porque tienen muchas características comunes. La mayoría de los cánceres colorrectales comienza como un crecimiento en el revestimiento interno del colon o del recto llamado pólipo, algunos pueden convertirse en cáncer. La probabilidad de transformarse en un cáncer depende del tipo de pólipo. Los dos tipos principales de pólipos son: Pólipos adenomatosos (adenomas): estos pólipos algunas veces se transforman en cáncer (American Cancer Society, 2016).

En España es el segundo tumor en orden de frecuencia cuando se consideran ambos géneros en conjunto, y sigue un patrón de tendencia temporal ascendente, con un incremento

medio del 2,6% anual. Su impacto en la mortalidad es elevado, así en el año 2006 se registraron 13.075 defunciones por esta causa. En la Comunidad Valenciana figura como el primer cáncer en incidencia para ambos sexos conjuntamente, con unas tasas estandarizadas para la población europea en el año 2004 de 38,5 por 100.000 habitantes (Málaga López, y otros, 2010).

El cáncer colorrectal es el tumor más frecuente de los países desarrollados, y el número anual de casos nuevos es aproximadamente igual en hombres que en mujeres. La incidencia es 90% en personas de 50 años. Diversos factores ambientales pueden interactuar en todas las etapas de la carcinogénesis: el equilibrio entre la predisposición y estos factores, incluyendo los componentes nutricionales y los hábitos de vida, determina la susceptibilidad individual para el desarrollo de cáncer colorrectal (Correa Lima & Gómes- da Silva, 2005).

Después de haber conceptualizado nuestras variables de estudio, a continuación, expondremos algunos de los modelos teóricos explicativos del proceso Salud- Enfermedad. Es necesario aclarar que no se trata de describir cada modelo, sino que para fines de estudio se trató de delimitar brevemente cuáles son sus variables de análisis, metodología de estudio, ventajas y desventajas, época y representantes de cada modelo desde las disciplinas de la psicología, la sociología, la economía, la política, y la geografía.

2.2 Teorías que sustenta el estudio

2.2.1 Teorías de Trastornos Mentales.

Existen Teorías que dan respuesta a los trastornos mentales, entre ellas:

2.2.1.1 Teoría biologista.

Que define que la enfermedad mental aparece como un trastorno orgánico o enfermedad. Las ciencias en las que se apoya es la neurofisiología, neuroquímica, neurocirugía, psicoendocrinología y genética. El modelo biológico de los trastornos psicológicos señala que el comportamiento anormal tiene un origen bioquímico o fisiológico. La biología no puede explicar por sí sola la mayoría de ellos, aunque se dispone de evidencia sólida respecto a que los factores genéticos y bioquímicos participan en problemas mentales tan diversos como la esquizofrenia, la depresión y la ansiedad (psicología, 2016).

2.2.1.2 Las teorías cognitivo conductuales.

El modelo cognoscitivo conductual de los trastornos psicológicos establece que los trastornos mentales son el resultado del aprendizaje de formas inadaptativas de comportamiento y propone que lo aprendido puede desaprenderse. Por tanto, los terapeutas tratan de modificar el comportamiento disfuncional y los procesos cognoscitivos erróneos de sus pacientes. Describen la indefensión aprendida como un modelo útil para entender la génesis de la depresión. La ansiedad fóbica sería una respuesta condicionada adquirida a través de la asociación del objeto fóbico con una experiencia nociva (Pérez, 2005).

2.2.1.3 El modelo de diátesis-estrés y la teoría de sistemas.

El avance más reciente y prometedor en psicología anormal es la integración de las principales teorías. Por ejemplo, el modelo de diátesis-estrés de los trastornos psicológicos afirma que éstos aparecen cuando las circunstancias crean una diátesis (predisposición biológica al padecimiento). De acuerdo con el enfoque de sistemas de los trastornos psicológicos los factores biológicos, psicológicos y sociales de riesgo se combinan para producirlos. Los problemas emocionales son “enfermedades del estilo de vida” que provienen de una combinación de riesgos biológicos, estrés, presiones y expectativas sociales (Arieu, 2016).

Los aspectos psicológicos pueden modificar la influencia de los factores biológicos y de los sociales. Determinados constructos psicológicos como los mecanismos de defensa, los patrones de reacción o las estrategias de afrontamiento, unidos a factores de la personalidad, son fundamentales en esta relación.

2.2.2 Teorías de Enfermedades Médicas Crónicas

En el terreno de la psicología aplicada al campo de la salud, se ha comenzado a hacer una deferencia entre estar y ser enfermo. Se consideraba tradicionalmente que un agente externo producía un estado de enfermedad, pero ahora se sabe que intervienen otros aspectos además de los puramente biológicos, e incluso se habla de que se puede “aprender” a estar enfermo. En este trabajo se revisaron los diversos factores psicológicos que se han relacionado con la enfermedad física.

Se ha trabajado en la búsqueda de una integración conceptual, al considerar los modelos de aprendizaje, los factores sociales y factores cognitivos (creencias) como determinantes fundamentales del estilo de vida saludable y las claves posibles para el análisis funcional de la conducta preventiva o promotora de salud (Martín Alfonso, 2003).

2.2.2.1 La Psiconeuroinmunología.

Ha demostrado en el transcurso de su evolución, la posibilidad de que el sistema inmune esté mediado por factores psicológicos. Ofrece estudiar y explicar la creencia común de que la personalidad y las emociones ejercen alguna influencia sobre la salud, posee además el potencial para desarrollar intervenciones psicológicas que puedan mejorar la inmunidad y por consiguiente modificar la predisposición al inicio y el progreso de las enfermedades tanto infecciosas como de tipo crónico degenerativas (Martín Alfonso, 2003).

Entre los factores psicológicos de riesgo para la aparición de enfermedades, el más estudiado por su importancia, ha sido la acción del estrés. Para acercarse a su explicación, se han elaborado varios modelos de estrés que pueden resumirse en 3 enfoques:

- El enfoque del estrés como respuesta a estímulos agresores del medio ambiente (papel de eventos vitales).
- La concepción del estrés como respuesta psicobiológica del organismo, que ha permitido establecer vínculos entre los acontecimientos vitales y determinadas respuestas psiconeuroendocrinas e inmunológicas.
- Los modelos transaccionales del estrés, que conciben el estrés como un tipo particular de interacción entre el individuo y su entorno y otorgan un papel protagónico a los afrontamientos y a las emociones, como estados psíquicos en los que se fija el estrés (Martín Alfonso, 2003).

Variables emocionales. Se han estudiado la ansiedad, depresión, hostilidad, ira, agresividad y se evidencia que estas constituyen factores predisponentes al distress, facilitan el rol de enfermo, los cambios en el sistema inmune, estimulan conductas no saludables como tabaquismo, alcoholismo y así se convierten en causa indirecta de cáncer y otras enfermedades (Martín Alfonso, 2003).

El modelo de Bandura así mismo, se ha aplicado en el manejo de enfermedades crónicas; Schokker (2010) plantea la autoeficacia con la motivación como elementos fundamentales para mantener estilos de vida saludable en la diabetes, encuentra que aquellos pacientes que presentan mayores niveles de autoeficacia están más dispuestos a mantener estilos de vida saludable, en comparación con aquellos con niveles bajos. Así mismo, Van y Ferguson (2010) han demostrado el éxito en el abandono del hábito de consumo diario de tabaco debido a niveles altos de autoeficacia, aunque el nivel de predicción después de la deshabitación no es tan contundente, ya que un nivel alto de autoeficacia no significa necesariamente menor riesgo de recaída, no obstante se hace indispensable al momento de formular dinámicas para prevenir el comportamiento.

Las investigaciones, han sumado factores relacionados a la autorregulación desde la autoeficacia, como la vulnerabilidad al estrés, la ansiedad y nuevamente en el proceso de toma de decisiones Bandura & Locke, (2003) que permiten enriquecer y expandir los alcances de la teoría. Su potencial de aplicación debe considerarse en relación a la cantidad de cambios que se presentan en la modernidad y las dificultades sociales como la violencia, el alcoholismo, el tabaquismo o la drogadicción. El concepto de autoeficacia ha sido retomado como parte de comportamientos saludables, pero pocos programas de intervención se han desarrollado en torno a la teoría postulada por Bandura (Becoña Iglesias, 2002).

Variables cognitivas.

Martin Alfonso (2003) afirma que determinadas cogniciones disfuncionales, pensamientos automáticos, ideas irracionales desempeñan un papel importante en el inicio y mantenimiento de trastornos emocionales, que a su vez tienen la repercusión antes descrita. Otras cuestiones relacionadas con el comportamiento, tales como hábitos alimentarios inadecuados, cuidado e higiene dental o la preocupación por la apariencia física, tienen un sentido psicológico determinado para el individuo y se reconoce su condición de factores de riesgo para la enfermedad.

Se descubrió que las personas que experimentan ansiedad crónica, prolongados períodos de tristeza y pesimismo, tensión continua tienen el doble de riesgo de contraer una enfermedad, incluidas el asma y problemas cardíacos. La ansiedad es tal vez la emoción con mayor peso como prueba científica, al relacionarla con el inicio de la enfermedad y el

desarrollo de la recuperación. Cuando la ansiedad ayuda a la preparación para enfrentarnos a alguna situación importante, esta es positiva; pero en la vida moderna es frecuente que la ansiedad sea desproporcionada y se relacione con niveles elevados de estrés.

Por otra parte, se reconoce el papel que juega la depresión, sobre todo en el empeoramiento de una enfermedad, una vez que esta ha comenzado. Parece tener un riesgo especialmente grave, para los pacientes supervivientes de ataques cardíacos, complica la recuperación de intervenciones quirúrgicas y aumenta el riesgo de muerte en personas con trasplantes.

Según la depresión es una alteración cerebral que provoca cambios afectivos, o sea, básicamente cambios emocionales, lo que se vincula con el hecho de que provoca cambios fisiológicos periféricos que comienzan a provocar un síntoma físico. El sujeto deprimido no encuentra en el ambiente algún estímulo que justifique tal síntoma, y se produce en él una respuesta de ansiedad que puede acrecentar el síntoma. Se supone que bajo este mecanismo se han desarrollado algunas enfermedades “inexplicables” para el médico, como dolores en diversas partes del cuerpo, hipertensión en su inicio, entre otros que pueden no ser más que la expresión del trastorno depresivo (Rodríguez Campuzano & Frias Martínez, 2005).

Además Martín Alonso (2003) explica que existe un momento muy particular, cuando la enfermedad no presenta síntomas visibles y se aplican programas para detectarla. Ej. Cáncer de mama o útero en estadios muy tempranos. En estos programas es importante intervenir con respecto a los costos psicológicos de la participación de la población, por el estrés que provoca la espera de los resultados y el malestar físico y emocional ante los procedimientos.

También el riesgo de los falsos positivos con su secuela de miedos y ansiedades durante años y la desconfianza en los servicios de salud. En este sentido se trabaja en la labor publicitaria de los programas, al buscar vías adecuadas para promover las conductas preventivas. La aceptación del hecho de estar enfermo, las consecuencias del rol y los deberes de este, son aspectos psicológicos muy importantes para la adaptación y ajuste a la enfermedad, así como para la adherencia al tratamiento.

Con respecto a la interacción con el profesional sanitario se destacan variables como la satisfacción del paciente y las características de la comunicación que establece con su médico. La satisfacción del paciente consiste en un conjunto de evaluaciones de las dimensiones del cuidado del profesional sanitario y es una respuesta afectiva a esta, donde

se distingue la satisfacción específica y la global, la primera determinada por la percepción de las características específicas del profesional de salud y la segunda es una apreciación más general del proceso de interacción.

Como señala Fernández-Álvarez (2011), la psicoterapia se ha afianzado como una intervención de gran utilidad para ayudar a las personas con enfermedades físicas crónicas, impulsando una línea de aplicaciones que está en sus inicios respecto de su potencial de desarrollo. Hoy en día psicósomático ya no es un concepto restringido a determinadas afecciones. En su lugar, se ha impuesto la idea de que todas las enfermedades contienen un componente psíquico, que opera como factor desencadenante o de mantenimiento (Gómez B. , 2011).

Los valiosos aportes de la psicología clínica para la comprensión y tratamiento de las enfermedades físicas. Existen fuertes indicios que la extensión y calidad de la ayuda aumentarán en los próximos años. Desde la perspectiva psicosocial, la comprobación de que contribuye al alivio del padecimiento en los pacientes y su entorno y a la reducción de costos, por ejemplo, en los servicios de asistencia tanto médico como psicológico y la disminución de ausentismo laboral. Desde el ámbito científico, se prevé un aumento significativo del conocimiento ligado a los enlaces de la psicología con las neurociencias, con los avances de la genética y los desarrollos provenientes de la psicología misma. Desde el punto de vista de la práctica, se extenderá el trabajo interdisciplinario y la aplicación de nuevas alternativas instrumentales, entre las cuales se destacan las modernas tecnologías de la información y la comunicación. Una perspectiva integradora de los aportes científicos y el trabajo en equipo serán cada vez más necesarios para aumentar los recursos, y para el resguardo de los profesionales, que trabajan en un campo tan difícil y desafiante como es el cuidado de la salud (Gómez B. , 2011).

2.2.2.2 Teorías sobre el dolor.

Las primeras teorías sobre los patrones y la especificidad del dolor, que no tenían en cuenta estos factores psicológicos, no tuvieron éxito para explicar las diversas formas en que se puede experimentar el dolor. Un modelo más complejo, desarrollado por Melzack y Wall, conocido como la teoría de la compuerta, ha sustituido estos modelos del dolor. Sugiere que el dolor es el resultado de una serie de procesos complementarios o competitivos. Cualquier

modelo del dolor tiene que tener en cuenta cómo afectan los factores psicológicos a la percepción del dolor. La teoría de la compuerta sugiere que:

El grado en que experimentamos dolor es el resultado de la interacción de factores cognitivo-evaluativos y motivacional-afectivos con los procesos fisiológicos, de modo que cuando hay una estimulación dolorosa: 1. Los receptores del dolor en la piel y en los órganos transmiten información sobre el daño físico a una serie de fibras gruesas y finas que penetran en la médula espinal. La activación de las fibras gruesas cierra la compuerta, mientras que la de las fibras finas abre la compuerta y permite la transmisión sináptica. 2. Al mismo tiempo que experimentamos un daño físico, también percibimos las cogniciones y emociones relacionadas: miedo, alarma, etc. Esta información puede afectar a la experiencia de dolor, ya que facilita la apertura de la compuerta y el envío al cerebro de las señales de dolor. El grado de dolor que experimentamos es el resultado de distintos niveles de activación en estos dos sistemas (Morrison & Bennett, 2008, pág. 539).

También, Melzack ha desarrollado un modelo neurológico más complejo del dolor, conocido como la neuromatriz, que explica fenómenos que anteriormente resultaba difícil explicar con la teoría de la compuerta (incluyendo el dolor del miembro fantasma) (Morrison & Bennett, 2008, págs. 543-544).

Se ha demostrado que tanto las intervenciones conductuales como las cognitivo-conductuales son eficaces en el tratamiento del dolor, tanto crónico como agudo. Las técnicas de biofeedback pueden ayudar a reducir el dolor, pero su eficacia general no es mayor que la de los procedimientos más generales de relajación. Se pueden aplicar mejor cuando hay grupos particulares de músculos que contribuyen al dolor y que no se consiguen relajar tras aplicar las instrucciones de relajación más generales. Se pueden combinar las intervenciones psicológicas (al menos, en algunos casos) con una medicación antidepresiva para lograr el máximo beneficio (Morrison & Bennett, 2008).

2.2.2.3 Terapia cognitiva para trastornos psicológicos asociados a enfermedades crónicas.

Los cambios que experimentan las personas diagnosticadas con Enfermedades Crónicas no Trasmisibles (ECNT) a nivel individual, familiar o social evidencian la importancia de la

intervención psicológica desde el modelo cognoscitivo conductual, según literatura existente que demuestra la efectividad de este modelo para facilitar ajustes en el estilo de vida, generar mayor adherencia al tratamiento, minimizar los riesgos de recaída y mantener el nivel de calidad de vida del paciente y de quienes lo rodean (Orozco Gómez & Castiblanco Orozco, 2015).

Desde el modelo cognoscitivo conductual, se supera la brecha entre la intención y el comportamiento, y se sugiere una distinción entre los procesos motivacionales pre-intencionales y los procesos volitivos post-intencionales (los cuales conducen al comportamiento saludable como tal). Esto lleva a la adopción y mantenimiento de hábitos saludables, a través de la modificación del sistema de creencias y de los comportamientos que comprometen a la salud (Orozco Gómez & Castiblanco Orozco, 2015).

En vista de lo anterior, si las personas tienen conocimiento sobre estos padecimientos tomarán la decisión de tener una mejor alternativa para cuidarse siguiendo el tratamiento adecuado. La psicología y la sociología han tratado de explicar las conductas y sus cambios a través de diversos modelos, estudiando a las personas con ECNT desde un punto de vista que apoya el tratamiento y el cuidado, porque incluyen el contexto de salud y sus determinantes sociales (Landeros-Olvera et al. 2013).

También se ha hecho énfasis en el papel de los factores cognitivos, por ejemplo, la Teoría de la acción razonada supone que las personas hacen un uso racional de la información que poseen y que llevar a cabo un comportamiento depende de las creencias comportamentales y normativas que posee el individuo que le permiten hacer una evaluación positiva o negativa de la conveniencia de la conducta (Martín Alfonso, 2003).

2.2.3.3.1 Bases cognitivas del abordaje psicoterapéutico.

Un abordaje cognitivo parte de considerar a los seres humanos como sujetos procesadores de información. Esto significa que las personas codifican, almacenan y recuperan información tanto intelectual, como emocional y valorativamente, con el fin de dar sentido y coherencia al mundo en que viven. La posibilidad de dar sentido a la experiencia equivale a desarrollar una identidad, y ello significa disponer de una serie de recursos que permitan autoorganizar la experiencia, contar con los elementos que faciliten enfrentar las nuevas situaciones, y planear un futuro de acuerdo con el guion de vida personal. La información

que está en juego en los casos de ECNT es amenazante y compleja, poniendo en crisis los principios básicos acerca del sí mismo, particularmente, los que sostienen un sentimiento de autovaloración, predictibilidad y control del mundo. La información que ingresa al sistema mental suele ser completamente disonante con el programa preexistente, creando una discontinuidad en la historia personal. La vida deja de ser lo que se esperaba y, en esta brecha, se activan emociones negativas. Considerando que cada persona opera como un experto que investiga la realidad con el ánimo de encontrar la mejor manera de situarse en ella y llevar a cabo el cumplimiento de algún 3 proyecto personal (Fernández-Alvarez, 2003, pág. 237).

El malestar asociado a la enfermedad crónica será mayor si la enfermedad representa una amenaza para el funcionamiento físico o mental, y para los planes de vida centrales de la persona. La forma en que los pacientes afrontan estas emociones puede afectar no sólo la adaptación a la enfermedad, sino contribuir a la instalación de un trastorno emocional. La prevalencia de ansiedad, depresión y otros trastornos psicológicos es entre dos y cuatro veces superior en este grupo que en la población general (Sperry, 2009).

Algunas de las técnicas del modelo cognitivo que se aplican en estas condiciones clínicas son: a) el diálogo socrático, para alentar al paciente a generar nuevas ideas a través de preguntas tales como: “¿Qué sucedería si...? ¿Me podría contar más cómo fue...? b) el automonitoreo de pensamientos y sentimientos, para identificar distorsión de ideas, tales como evaluar las situaciones en términos de blanco o negro. Por ej.: “Mi familia nunca van a entender mis necesidades” y c) la reorientación de la atención. Cuando ciertos pensamientos dolorosos se instalan en forma de rumiación, se promueve que el paciente pueda dirigir su atención hacia nuevos focos que lo distraigan, para luego retomar esas ideas desde una perspectiva diferente y generar nuevas formas de interpretación y d) la reatribución, por la en lugar de autoinculparse por problemas que escapan a su control, los pacientes identifican los diversos factores que contribuyen al problema. Por ej. Cuando el paciente dice: “Esta enfermedad se produjo por culpa mía, no debería haber permitido que el estrés afectara tanto mi vida”.

En los últimos años ha surgido un gran interés por el estudio y la aplicación de terapias basadas en la atención plena o Mindfulness en pacientes con enfermedades físicas crónicas. El procedimiento se basa en la necesidad de prestar atención a las interacciones de mente,

cuerpo y conducta en los esfuerzos para comprender y tratar la enfermedad. Reúne un conjunto de técnicas dirigidas a la toma de conciencia sin juzgar la experiencia, tanto interna como externa y centrada en el presente. En este proceso, los pensamientos, sentimientos y sensaciones físicas que aparecen en el campo atencional se aceptan tal cual son. Mindfulness aumenta el reconocimiento de los sucesos mentales presentes, una actitud de aceptación de la propia experiencia e introduce un espacio entre la percepción y la respuesta que favorece la reflexión (Lau, 2005).

Existen muy diversas formas de meditación, sin embargo, hay un cierto consenso en la distinción de estos dos componentes centrales en Mindfulness: mantener la atención centrada en la experiencia inmediata del presente y una actitud de apertura, sin juicio crítico (Kabat-Zinn, 2004). En el campo de las enfermedades físicas es especialmente útil para la reducción del estrés al combatir la lucha con los propios sentimientos. El objetivo no es lograr un estado de relajación aunque puede ser un efecto de la misma, sino promover la comprensión de sí mismo (Kabat-Zinn, 2004) y una actitud de auto-aceptación. Se ha investigado en una variedad de afecciones tales como cáncer, enfermedades cardiovasculares, diabetes fibromialgia, psoriasis, y también en el dolor crónico (Payne, 2011).

Al mismo tiempo que busca aliviar su malestar y lograr una mejor adaptación a la enfermedad, el paciente tendrá el desafío de desarrollar tareas de índole existencial (Gómez B. , 2011), destinadas a la creación de significados que preserven lo máximo posible un sentido de competencia personal, le permitan hacer el duelo por la pérdida de la identidad previa a la enfermedad, y mantener un sentido de continuidad entre el pasado y el futuro. En esta búsqueda, el terapeuta favorecerá la exploración de nuevas perspectivas y posibilidades, lo que lleva muchas veces a rencauzar o poner en marcha proyectos de vida. Esta alternativa supone que la persona confíe en que puede disponer de los recursos personales y sociales para desplegarlos, es decir, de la fuerza para emprender el cambio que se desprende de una nueva visión de las cosas (Fernández-Alvarez, 1992).

En general y a modo de conclusión, la tarea planteada es uno de los mayores desafíos de la enfermedad y se apoya en la inagotable capacidad de la imaginación humana, que permite reorganizar los comportamientos, descubrir valores, y sentirse capaz de liberarse del determinismo de la situación.

Capítulo 3. Marco contextual

Este capítulo expone la naturaleza contextual de la investigación, se inicia explicando la ubicación geográfica de Honduras, seguidamente se describe el departamento de Francisco Morazán y posteriormente los municipios de El Porvenir y Cedros, donde se realizaron las encuestas, describiendo ubicación, límites, datos históricos, población, economía, educación empleo y género.

3.1 Ubicación Geográfica de Honduras

La importancia de la salud mental está reconocida desde la definición de la OMS que dice: Salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. 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 sobre salud y bienestar social.

Honduras se ubica en Centro América, su extensión territorial es de 112, 492 km², dividida políticamente en 18 departamentos y 298 municipios, Limita al norte con el Mar Caribe, posee numerosas islas, cayos e islotes de las cuales las más importantes son las Islas de la Bahía y las Islas del Cisne; al este con el Mar Caribe y Nicaragua, al oeste con Guatemala y al sur con el Golfo de Fonseca, El Salvador y Nicaragua.

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

Tradicionalmente la economía hondureña ha dependido del sector agropecuario, además del comercio, manufacturas, finanzas y servicios públicos entre otras actividades (Abeldaño & Fernández, 2016).

En Honduras se han levantado seis censos de población desde 1950 a 2013, las tasas de crecimiento intercensal se inicia con una tasa de 3.28%, la cual ha tenido una tendencia descendente, alcanzando en el año 2013, 1.99%, eso se debe principalmente a que

las familias cada vez son más pequeñas, pasando de un promedio de 4.1 hijos en el 2001 a 2.7 en el 2013 (INE, 2013).

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

Línea de Pobreza

Honduras se encuentra dentro de los países más pobres de la región. Entre las principales privaciones de la población hondureña que vive en condiciones de pobreza se encuentran la carencia de servicios básicos. La situación de pobreza y extrema pobreza en que vive cerca del 70% de la población hondureña, ubicada en su mayoría en la zona rural del país (INE, 2013).

Analfabetismo

También hay que destacar que en Honduras el alfabetismo se mide usualmente preguntando a la persona si sabe leer y escribir, aunque la noción de alfabetismo debe reconsiderarse de acuerdo con los cambios que se están dando en la producción, transmisión y uso del conocimiento y ahora ya se habla de analfabetismo científico, tecnológico e informático. En Honduras para junio del 2014, el 12.8% de las personas de 15 años y más, no saben leer ni escribir. Los datos indican que la tasa de analfabetismo continúa siendo mayor en la población del área rural con un 20.5% frente a un 6.6% en la urbana (PNUD, 2001).

Tasa de Analfabetismo por Dominio

Además, el analfabetismo es superior en las personas de mayor edad. Hasta los 29 años la tasa es menor al 5.4%, a partir de los 19 años aumenta hasta alcanzar su máximo en la población de 60 años y más, donde un 34.9% no sabe leer ni escribir.

El sistema educacional de Honduras es el más atrasado de Centroamérica, pues apenas 32 de cada 100 estudiantes logran terminar la primaria sin repetir grados, indican estadísticas de Naciones Unidas. Datos del Programa para el Desarrollo de la Organización de Naciones

Unidas (PNUD) revelan hoy, además, que el 51% de los matriculados termina la primaria con un promedio de 9,4 años y que los niveles de deserción escolar cada vez son más elevados. El más agudo problema es que el sistema educacional básico sólo cubre al 86,5% de quienes están en edad escolar, mientras el 13,5% restante no puede acceder a la enseñanza (Flores, 2012).

El analfabetismo se encuentra entre los cinco ejes estratégicos del Plan de Nación y también fueron referencia para desarrollar los 13 indicadores que conforman el informe denominado: “El ordenamiento territorial en Honduras: una mirada inicial desde la perspectiva de 13 indicadores” por parte del Observatorio Universitario de Ordenamiento Territorial OUOT de la Facultad de Ciencias Espaciales FACES (UNAH).

Desempleo

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

La capacidad del mercado laboral para absorber la fuerza de trabajo también puede medirse con los Meses Buscando Trabajo (MBT) que tienen las personas desocupadas. Así, en el área urbana en promedio una persona desocupada lleva 3.2 meses buscando trabajo, en cambio en el área rural son 2.4; al igual que con la TDA, en el Distrito Central es donde un desocupado puede llevarse más tiempo sin encontrar trabajo 3.9 meses. Si la TDA se analiza desde un enfoque de género, se notará claramente que el mercado tiene un sesgo hacia la ocupación masculina. Este indicador, para los hombres es 2.7 y para las mujeres 3.3 meses.

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

Indicadores para análisis de Género

Las estadísticas de género han sido reconocidas como una herramienta útil en la promoción de la igualdad de género, nos permiten describir los papeles que hombres y mujeres tienen en la sociedad y las diferentes realidades socio económico y cultural que enfrentan. Con ellas, es posible rastrear las distintas formas de desigualdad entre hombres y mujeres, entender sus raíces, conocer sus efectos y / o plantear soluciones. Los indicadores nos permiten medir las diferencias entre mujeres y hombres, así como también el acceso a recursos, beneficios y contribución al desarrollo del país

Las mujeres, los jóvenes y grupos indígenas de las zonas rurales se encuentran entre los segmentos de la población más pobres y vulnerables de Honduras. Aproximadamente el 9% de los pequeños agricultores del país son mujeres que encabezan hogares (FIDA, 2011).

Área Rural

Debido a que la investigación se realizó en los municipios del área rural, fue necesario delimitar que era área urbana, y según el INE (2013) define para los centros poblados del censo 2013, el cual se basó como mínimo en uno de los criterios siguientes:

1. Población de 2,000 y más habitantes.
2. Centro poblado que era urbano en el censo de 2001.
3. Que posea al menos una de las características siguientes:
 - a. Amanzanado.
 - b. Centro de enseñanza.
 - c. Centro de salud.
 - d. Por lo menos un 10% de disponibilidad de alcantarillado.

Todo centro poblado que no cumpla con la definición anterior se considera rural.

Además, algunas de las características de la población rural es que los niños apenas pueden asistir a la escuela rural, la mayoría trabaja como peón en las faenas del campo, o en las labores agrícolas familiares. Muy pocos de ellos pueden asistir al colegio; muchísimos no alcanzan los siete años de edad pues mueren de enfermedades infectocontagiosas muy comunes en el área rural. Casi nunca aprenden un oficio, sólo cuentan con su fuerza física como oferta de trabajo. En el campo no hay fuentes de trabajo que absorban todo el flujo de

población que a pesar de las enfermedades y los obstáculos de la subsistencia no cesa de crecer aumentando asimismo el desempleo y el subempleo y el trabajo infantil miserablemente remunerado. La salud rural es más débil por la carencia de centros de salud apropiados. La higiene del habitante del área rural es deficiente (Medina Bardales, 2016).

3.1.1 Francisco Morazán.

En el presente estudio se enmarca o delimita el ámbito dentro del cual se desarrolló la investigación como ser el departamento de Francisco Morazán y debido a la densidad poblacional de este departamento dicha investigación se realizó sólo en el área rural específicamente en los municipios de Cedros y El Porvenir.

Datos Históricos. El departamento de Francisco Morazán es uno de los más antiguos de Honduras, por ser uno de los primeros 7 departamentos en que se dividió el territorio Nacional en la primera División Política de Honduras. El 28 de Junio de 1825, el Primer Jefe de Estado de Honduras, Dionisio de Herrera creó el departamento de Francisco Morazán, con el nombre de Tegucigalpa. En 1869, el departamento de Tegucigalpa se redujo al anexar el municipio de Texiguat al departamento de El Paraíso. En 1943, en conmemoración del Centenario de la muerte del General Francisco Morazán, el Presidente Tiburcio Carías Andino lo nombró oficialmente “departamento de Francisco Morazán”.

Ubicación. Está ubicado en el altiplano central, limitado al Norte con el departamento de Olancho, Yoro y Comayagua, al Sur con el departamento de Valle y Choluteca, al Este con el departamento de Olancho y El Paraíso, y al Oeste con el departamento de Comayagua y La Paz. Su cabecera departamental es la ciudad de Tegucigalpa, la que junto a Comayagüela forman el Municipio del Distrito Central (M.D.C) y la Capital de Honduras.

Superficie. 8,580 km² (INE Honduras, 2013).

Población. 1,577,178 habitantes. Población masculina 751,355 y femenina 825,823. Población urbana 1,222.095, población rural 355,083 (INE Honduras, 2013).

Densidad poblacional de 183.82 h/Km² (INE Honduras, 2013).

Municipios. Posee 28 municipios: Distrito Central, Alubarén, Cedros, Curaren, El Porvenir, Guaimaca, La Libertad, La Venta, Lepaterique, Maraita, Marale, Nueva Armenia, Ojojona, Orica, Reitoca, Sabanagrande, San Antonio de Oriente, San Buenaventura, San

Ignacio, San Juan de Flores, Cantarranas, San Miguelito, Santa Ana, Santa Lucía, Talanga, Tatumbula, Valle de Ángeles, Vallecillo. Además, cuenta con 274 aldeas y 2962 caseríos.

Economía. Francisco Morazán, es uno de los departamentos de mayor desarrollo económico relativo del país, la ciudad de Tegucigalpa, M.D.C. es sede del Gobierno de La República y de los 3 poderes del Estado: Ejecutivo, Legislativo y Judicial.

Su actividad económica: Sus habitantes se dedican a actividades relacionadas con la agricultura, la ganadería, el comercio, la industria, la actividad profesional y el turismo. Sus principales cultivos son: caña de azúcar, maíz, tomate, repollo, lechuga, maicillo, café, sorgo (xplorhonduras, 2013).

Por estar relacionado con el tema de investigación se muestra a continuación información que complementa las características económicas, sociales, ambientales, y contaminantes de los municipios de estudio que establecen la generación de probables enfermedades físicas y mentales:

3.1.1.1 Valle de Siria.

Según el Equipo de Investigación (2013) refleja que el Valle de Siria está ubicado al norte del departamento de Francisco Morazán a unos 70 kilómetros de la capital de la república de Honduras, Tegucigalpa. Esta región está integrada por tres municipios: San Ignacio, Cedros y El Porvenir (de los cuales sólo estos dos últimos municipios son parte de nuestra investigación). Cuenta con una población de 40 mil habitantes, que se dedican a la agricultura y ganadería, especialmente la producción de granos básicos. Con sus calles polvorientas, la ausencia de comercio, de la banca y su escaso desarrollo, el Valle de Siria, especialmente su cabecera, San Ignacio, parece un pueblo fantasma.

La población masculina joven, en su mayoría, emigra hacia Estados Unidos en busca del “sueño americano”; las mujeres por su parte viajan a diferentes países, muchas hacia España buscando un trabajo digno que mejore sus condiciones de vida y de su familia.

A partir del año 2000 la Empresa Sociedad Minerales Entre Mares Honduras, S.A inició la operación minera en el Valle de Siria en el proyecto “San Martín”, inicia cortando árboles y el resto de la vegetación, después se desecha la capa de tierra fértil de la zona de donde se extrae el oro. Luego se cavan gigantescos cráteres con cargas explosivas y maquinaria. Si

bien, el cierre de la operación minera ocurre en el 2008, aún hay secuelas la localidad ahora sufre mayores problemas que antes de la llegada de la minera Entremares, porque en ese tiempo sólo lidiaban con la pobreza pues tenían tierras productivas. Hoy enfrentan la contaminación, las enfermedades, la incapacidad y una extrema pobreza.

Hasta la tierra se niega a producir el sustento ancestral, el maíz y los frijoles, por el daño producido con la explotación a cielo abierto. Aquí el agua es escasa y contaminada, la mayoría de las fuentes superficiales se secaron o son pequeños hilos del líquido que sólo se generan en tiempos de lluvia, mismas que también son irregulares debido al cambio climático producido por la deforestación. Los pobladores atribuyen todos estos padecimientos al uso y consumo del agua contaminada, a las lluvias ácidas que dañan las fuentes de abastecimiento y las pocas aguas subterráneas y superficiales que tienen estas comunidades.

Los pobladores de la aldea El Escanito sufren por las enfermedades en la piel, a algunas de ellas les han diagnosticado cáncer y ya han muerto. Lo que más le molesta es la picazón que produce esta afección en su piel. Los aquejados por estos males aseguran que la picazón es mayor después de bañarse, por eso están seguros que el agua tiene altos niveles de contaminación.

Es importante señalar que al utilizarse explosivos dañan los oídos, elevan la presión arterial. El otro problema es que al liberar polvo y éste se va a la piel, a los ojos, a la nariz y corneas, pueden llevarlo a la ceguera, además de generar diversas molestias en la piel, que van desde la despigmentación de la epidermis y a la gente se le mancha la cara.

Un informe de IDAMHO (2013) afirma que “además de generar daños a la salud física, también provocan daños psicológicos y emocionales produciendo trastornos por estrés postraumático” (pág. 25).

Repercusiones en la salud humana.

Igualmente, según una investigación realizada por Torres Funes (2016) comenta que en 2006 la Organización Italiana Source tomó muestras de las aguas en influencia directa e indirecta de la mina, y al mismo tiempo se analizó la presencia de metales pesados en la sangre de los pobladores que vivían en la cercanía de la mina. Los resultados indicaron que el 100% de los pobladores analizados presentaron valores de plomo y arsénico en la sangre

superiores a los valores considerados peligrosos por la OMS, quien confirma que los daños del arsénico son a corto, mediano y largo plazo, al ser irritante para los ojos, la piel y el aparato respiratorio. También puede ocasionar efectos sobre el aparato gastrointestinal, sobre el sistema cardiovascular, sobre el sistema nervioso central y sobre los riñones, causando gastroenteritis, pérdida de fluidos y electrolitos, desordenes cardiacos, choque, convulsiones y disfunción renal.

Además, el contacto repetido o prolongados del arsénico es cancerígena para el hombre. Pruebas indican la posibilidad de que pueda causar problemas en la reproducción y el desarrollo humano, y la exposición a concentraciones superiores puede llevar a la muerte. Igualmente hay mujeres a quienes los médicos les han encontrado daños en la matriz.

Por su parte, el plomo puede causar numerosas enfermedades, como ser: rotura de la biosíntesis de hemoglobina y anemia, aumento en la presión sanguínea, daños a los riñones, abortos, al sistema nervioso central, disminución de la fertilidad en los hombres disminución en la producción de esperma, dificultades de aprendizaje y conductuales en los niños como agresividad, comportamiento impulsivo e hiperactividad, entre otras afecciones.

A continuación, describiremos los datos más relevantes de los dos municipios donde se realizaron las encuestas de la investigación:

3.1.1.2 Municipio de Cedros Francisco Morazán.

Ubicación. Cedros se encuentra ubicado al noroeste del Departamento de Francisco Morazán (FM), a escasos 84 kilómetros de la ciudad capital de la República.

Limites. El municipio colinda al norte con los municipios de El Porvenir y San Ignacio, al sur con los municipios de Talanga y Distrito Central, al este con el municipio de Guaimaca y al oeste con los municipios de Comayagua, Villa de San Antonio y Vallecillo. Está situada la ciudad en una superficie muy quebrada, en el centro del departamento **y al norte del Valle de Siria.**

Aldeas. El término municipal tiene las siguientes doce aldeas: Cedros (ciudad cabecera del municipio), Agalteca, Cedros Abajo, El Guante, El Suyatal, El Tablón, La Guadalupe,

Las Animas, Mata de Plátano, Pueblo Nuevo, Siria, El Tamarindo, La presa, Jiniapa. Tiene 184 Caseríos.

En la Aldea Agalteca que pertenece al municipio de Cedros, F.M., se encuentra aproximadamente a 75 Km. al oriente de Tegucigalpa. Es uno de los poblados más antiguos de Honduras. Se dice que en la época colonial española se construyeron hornos donde se quemaba el oro y la plata que exportaban. En la actualidad cuenta con una exploración 3de un grupo italiano (Andino, 2011).

Superficie 750.28 km². (INE Honduras, 2013)

Población. 25,539 (masculina 12,702, femenina 12,837) hab/km². (2016). Población Rural 18,832 y urbana 6,707. (INE Honduras, 2013)

Densidad 34,03 hab/km². (INE Honduras, 2013)

Datos Históricos. Fecha de creación 15 de abril 1567. Es un pueblo muy antiguo pues se dice que la iglesia la hicieron en 1574; en el primer recuento de población de 1791 ya figuraba como mineral de Cedros, formando parte del curato de Cantarranas y en la División Política Territorial de 1889 era cabecera de Distrito, formado por los municipios: Cedros, Orica, Santa Rosa de Guaimaca, y Marale. Minas que fueron explotadas por los españoles llevándose consigo todo el oro, plata, plomo y zinc. Se caracteriza por sus calles empedradas. En Cedros se realizó la primera Asamblea Nacional Constituyente en 1524.

Economía. Está basado en la agricultura auto sostenible, que está enfocada en el cultivo de frijol y maíz, y hasta hace poco se ha venido diversificando el cultivo de plátano y cítricos. En cuanto a la ganadería comercializan la leche con diferentes empresas nacionales. De la leche depende un sector de la economía informal, que es la elaboración de quesos artesanales. Además, la industria de la madera. También venta de objetos de arcilla, algunos talleres de carpintería y estructuras metálicas, así como pequeñas industrias de panadería y abarroterías.

La agricultura, ganadería, silvicultura y pesca representa el 69% de ingreso. El comercio al por mayor y menor y reparación de vehículos representa el 5.8% de ingresos y la industria manufacturera el 5.4% de ingresos (INE Honduras, 2013).

Sin embargo los pobladores tienen un nivel económico bajo, ya que existen muy pocas fuentes de trabajo y por lo tanto hay un alto índice de emigración para buscar fuentes de trabajo (Mejía Rosales, 1976).

Educación. Tasa de analfabetismo 17%, Cobertura educación primaria 92%. Promedio de estudios de primaria 5.7% (INE Honduras, 2013).

Salud. Entre las enfermedades crónicas se encuentran asma bronquial, alteraciones de presión arterial, diabetes y relacionadas con degeneración ósea (Rodríguez Herrera, 2006).

Población por sexo. Tanto en la población rural como urbana hay un predominio de la población femenina. La mayor parte de la población (40.5%) está constituida por menores de 15 años y mujeres en edad fértil (23.1%) (Rodríguez Herrera, 2006).

Pobreza. Índice de pobreza según NBI-2013 es 64% (INE Honduras, 2013).

3.1.1.3 Municipio El Porvenir Francisco Morazán.

Ubicación. El Porvenir se encuentra ubicado al noroeste del Departamento de Francisco Morazán a escasos 113 kilómetros de la ciudad capital de la república.

Limites. El municipio colinda al norte con los municipios de Marale y San José del Potrero, al sur con los municipios de Cedros y Vallecillo, al este con el municipio de San Ignacio y al oeste con los municipios de Esquías, Minas de Oro y San José del Potrero. Está situado en el **Valle de Siria** y su cabecera cerca del Cerro El Mogote.

Aldeas: El término municipal tiene las siguientes ocho aldeas: El Porvenir (cabecera del municipio), El Agua Caliente, El Escanito, El Guantillo, El Pedernal, El Terrero, Guayabillas, Pueblo Nuevo. Cuenta con 111 caseríos (INE Honduras, 2013).

Superficie. 400.39 km.² (INE Honduras, 2013)

Población. 22,611 habitantes: masculina 10,232 y femenina 12,379. Rural 7,773 y urbana 14,838 (INE Honduras, 2013).

Densidad 56.42 (2016) hab/km² (INE Honduras, 2013).

Datos Históricos. Fecha de creación 7 de febrero de 1964. En la División Política Territorial de 1896 era una Aldea de Cedros, hasta que el 7 de febrero de 1964 le dieron categoría de Municipio.

Educación. Tasa de analfabetismo 22%. Cobertura de educación primaria 90%. Promedio de estudios de primaria 5.8% (INE Honduras, 2013).

Pobreza. Índice de pobreza según NBI 2013 es de 60% (INE Honduras, 2013).

Economía. Principales actividades económicas: Agricultura, ganadería, silvicultura y pesca 48%. Comercio al por mayor y menor, reparación de vehículos 13%. Y la Industrias manufactureras 12% (INE Honduras, 2013).

Capítulo 4. Metodología

4.1 Tipo de Investigación

Según definición es un estudio de **Prevalencia** (estudio transversal). La **prevalencia** de una enfermedad es el número total personas que presentan síntomas o padecen una enfermedad o complicación de la salud en un momento y espacio específico de tiempo, dividido por la población con posibilidad de llegar a padecer dicha enfermedad. La prevalencia es un concepto estadístico usado en epidemiología, así como también para muchas otras ramas de la medicina, sobre todo para planificar la política sanitaria de un país. Las medidas de prevalencia son de mayor utilidad en enfermedades de evolución lenta o enfermedades crónicas. También son utilizadas para medir la frecuencia de determinadas características de la población que se quiere estudiar (Ibañez Marti, 2012).

La relación entre una variable y la enfermedad puede examinarse:

- 1) En términos de la prevalencia de la enfermedad en diferentes subgrupos de población, definidos de acuerdo con la presencia o ausencia (o nivel) de las variables.
- 2) En términos de la presencia o ausencia (o nivel) de las variables en los individuos enfermos, en comparación con los sanos.

Según su profundidad este estudio es **descriptivo** sirve para analizar cómo es y cómo se manifiesta un fenómeno. Únicamente pretenden medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a las que se refieren, esto es, su objetivo no es indicar como se relacionan las variables medidas (Hernández Sampieri, 2014).

Según el tipo de datos es **cuantitativo** ya que “Usa la recolección de datos para probar hipótesis, con base en la medición numérica y el análisis estadístico para establecer patrones de comportamiento y probar teorías” (Hernández Sampieri, 2014). De acuerdo a los autores, el enfoque cuantitativo tiene las siguientes características:

- Utiliza la lógica o razonamiento deductivo, que con una teoría y de estas se desprenden hipótesis que se buscan someter a prueba.
- Se recolectan datos y se miden variables a través de procedimientos estandarizados.
- Debe ser lo más objetivamente posible.

- Se pretende generalizar los resultados encontrados.
- La meta es la construcción y demostración de teorías.

Según la temporalidad es de corte **transversal** porque se caracterizaron los trastornos mentales, las dimensiones de enfermedades crónicas no transmisibles y la relación que existe entre las variables. La encuesta transversal es un estudio observacional que se realiza para establecer la presencia o ausencia de enfermedad, investigándose a su vez, la exposición o no, en un mismo momento en el tiempo. Se les conoce como estudios de prevalencia (Donis, 2013). Se desarrolló en el 2016 en los municipios rurales de Cedros y El Porvenir del departamento de Francisco Morazán.

De acuerdo con Hernández & Velasco-Mondragón (2000) “La encuesta transversal es un diseño de investigación epidemiológica de uso frecuente. El diseño de una encuesta transversal debe considerar aspectos relacionados con la población que se estudiará, los sujetos de quienes se obtendrá información y la información que se busca captar”. Las encuestas transversales son utilizadas para estudiar enfermedades de larga duración o cuyas manifestaciones se desarrollan lentamente, como: las enfermedades crónicas.

Es una **investigación no experimental** es la que se realiza sin manipular deliberadamente variables. Sólo se observan fenómenos tal como se dan en su contexto natural, para después analizarlos (Hernández Sampieri, 2014).

Según el tipo de fuente es de **campo** porque se estudió el fenómeno en la población de los municipios de Cedros y El Porvenir.

Se obtuvieron datos de fuentes primarias y secundarias entre ellas:

- Primarias: consulta y/o entrevistas con profesionales del Postgrado de Salud Pública brindando orientaciones para la elaboración de la encuesta de Salud para medir las ECNT; al mismo tiempo algunos fueron jueces expertos para la validez de contenido de los instrumentos SRQ y encuesta de Salud. Además, se entrevistaron a las personas que formaron parte del pilotaje, así como los entrevistados en los municipios encuestados.
- Secundarias: Datos **estadísticos del INE** para obtener la población objetivo.

Según su finalidad es **básica** ya que se define como aquella actividad orientada a la búsqueda de nuevos conocimientos y nuevos campos de investigación sin un fin práctico específico e inmediato (Hernández Sampieri, 2014).

4.2 Población y muestra

La población para esta investigación fue de hombres y mujeres adultos de 18 años en adelante para las escalas SQR para trastornos mentales y la Encuesta de la OMS sobre Salud y Capacidad de Respuesta del Sistema de Salud adaptada para fines de la investigación, municipios de Cedros y El Porvenir del Departamento de Francisco Morazán, área rural. Se obtuvo información sobre la población definida para fines del estudio. Se recolectaron datos de los sujetos sin estratificarlos *a priori* de acuerdo con la presencia o ausencia de la variable de resultado que se deseaba estudiar.

El marco muestral empleado es del Instituto Nacional de Estadística 2013 y el XVII Censo Nacional de Población y VI Vivienda 2013.

Las unidades de estudio fueron adultos residentes de los municipios de Cedros y El Porvenir. La selección específica de las unidades muestrales se llevó a cabo mediante un muestreo no probabilístico, pues la elección de sujetos de estudio depende del criterio del investigador (Hernández Sampieri, 2014).

El marco de población lo constituyen 73,371 viviendas registradas en el XVII Censo Nacional de Población y VI Vivienda 2013, con su respectiva segmentación y cartografía.

Muestra

Se escogió una muestra basado en la siguiente metodología: La muestra estimada para los municipios de Cedros y El Porvenir del departamento de Francisco Morazán, fue de 300 personas, con un nivel de confianza del 95%, un error muestral del 5% y la probabilidad que ocurra el fenómeno es de 25% según la OMS (2001) y que no ocurra de 75%.

Se distribuyeron las 300 casas de manera proporcional al número de viviendas del barrio más poblado por cuadrante.

La fórmula (muestras infinitas) queda planteada de la siguiente manera:

Poblaciones infinitas $\geq 100,000$

$N =$ número de elementos que debe poseer la muestra

$V =$ riesgo o nivel de significación.

$Z =$ puntuación correspondiente al riesgo que se haga elegido

Por ejemplo, para un riesgo del 5% = 0.05 ($Z = 1.96$)

$p =$ % estimado

$q = 100 - p$

$e =$ error permitido.

$N = \frac{Z^2 * p * q}{e^2}$

e^2

$n = (2)^2 * 75 * 25$

$N = \frac{(2)^2 * 75 * 25}{(5)^2} = 300$

$(5)^2$

Muestreo

Tipo de muestreo: Seleccionado para llevar a cabo el estudio poli étápico, es decir que la escogencia de las unidades de análisis se efectuó en 4 etapas sucesivas.

Etapa I

Consistió en la selección de municipios de Cedros y El Porvenir del departamento de Francisco Morazán, haciendo uso de un **muestreo no probabilístico**. Es decir que no se rige por la aleatoriedad, ya que se seleccionó en base a 4 criterios metodológicos de inclusión:

1. Número de habitantes
2. Accesibilidad
3. Representatividad geográfica del departamento
4. Viabilidad

Las etapas del muestreo fueron unas más rigurosas que otras.

1. Número de habitantes: Son las personas que satisfacen los criterios de inclusión para cada una de las unidades de análisis en la vivienda seleccionada:
 - Adultos, que es la persona de 18 años o más, comprendidas entre los rangos de edad de 18-30, 31 a 50 y mayores de 51.
2. El **grado de accesibilidad** en función de la distancia de la cabecera departamental y de las **condiciones de la carretera de acceso** (pavimentadas y a 45 Km. de la carretera principal). La carretera principal (CA-5) que cruza el distrito central, continúa hasta el municipio de Talanga, aquí se une con la carretera alterna (N-43) hacia el norte que cruza por los municipios de Cedros y El Porvenir.
3. La **representatividad geográfica** es importante “que los rasgos de los elementos o individuos elegidos para la muestra sean similares a los de toda la población (Marín Ibañez, 1990). Para lograr lo propuesto se realizó en base a un muestreo no probabilístico. Además de la validez externa se consideró la validez ecológica, o sea, “*La posibilidad de generalizar a una situación natural los resultados obtenidos en otra artificial*” (Pereda Marin, 1987). La ausencia de sesgos en la selección de los sujetos de estudio y en la medición de variables en la población de estudio constituyó su validez interna; esto es, los resultados obtenidos son ciertos para la población o muestra estudiada. La muestra es representativa de la población base, esto aumentó la validez externa del estudio; creando la posibilidad de inferir dichos resultados a la población base de la cual se obtuvo la muestra, así como a poblaciones similares. Para determinar el tamaño de la muestra requerido que fue de 300 sujetos se utilizaron procedimientos estadísticos, planteados más adelante. Se seleccionaron los 2 municipios rurales en base a los criterios metodológicos de inclusión ya descritos y se consideró el clima y la actividad del mismo. A cada participante previo a la realización de las encuestas se le leyó el consentimiento informado (Ver Anexo) si querían colaborar voluntariamente con la investigación. Además, se establecieron cuotas para el número de personas que se incluyeron en la muestra, como ser 150 hombres y 150 mujeres. Se consideró la proporcionalidad en función del número de habitantes que contó con 200 viviendas El Porvenir y 100 Cedros. En base a lo anterior, implicó la elegibilidad de los dos municipios con población rural, de Cedros y El Porvenir permitiendo probar y o corroborar las hipótesis planteadas.

4. **Viabilidad.** Se consideró el tiempo para la aplicación de las encuestas y el recurso económico disponible para la realización de la investigación entre ellos: gastos de movilización analizando que ambos municipios estaban cercanos uno del otro, pago de encuestadores y otros.

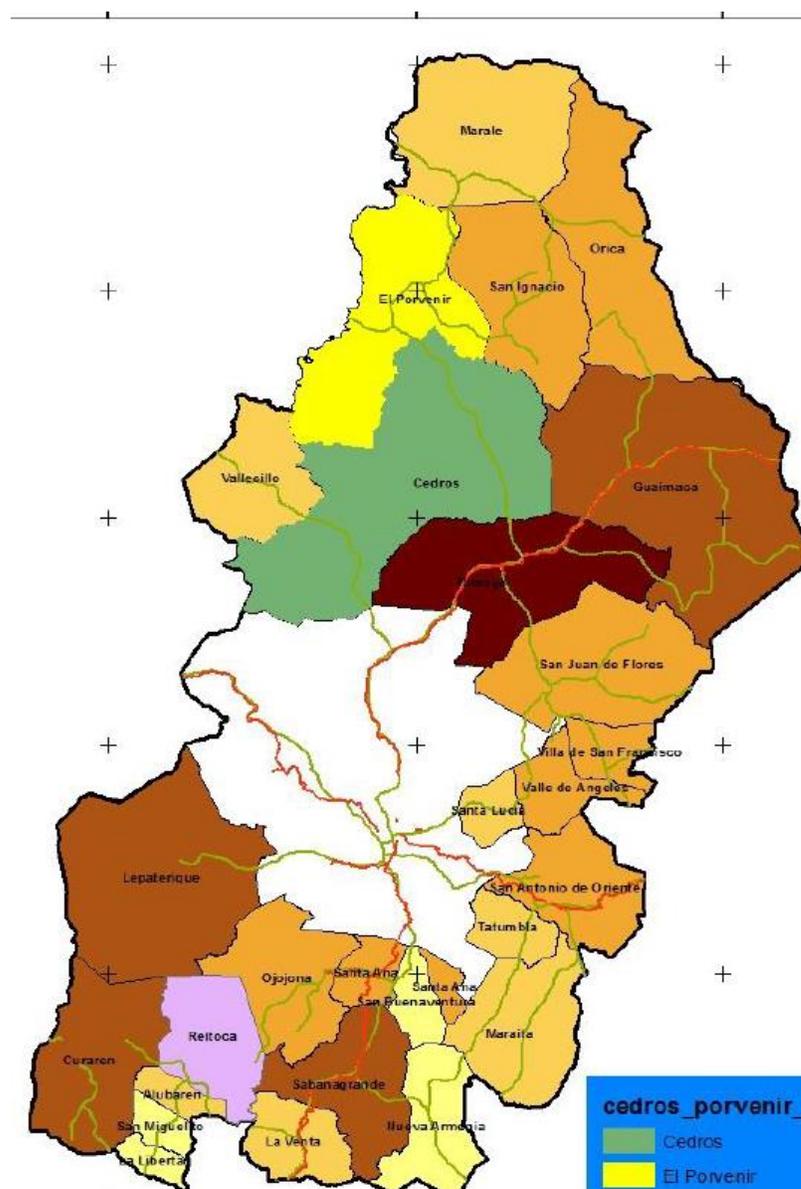


Figura 4. Mapa de Municipios de Francisco Morazán.

Fuente: mapofworld.com (2012)

En la Figura 5 se representa la ubicación de los municipios de Cedros y El Porvenir del área rural del Departamento de Francisco Morazán, las principales carreteras y de acceso a lo largo del departamento, para desplazarse a los municipios seleccionados.

Etapa II

Consistió en la escogencia de barrios, aldeas o caseríos dentro del municipio seleccionado.

Se llevó a cabo **por cuotas** que hace uso del siguiente procedimiento:

- **Procedencia geográfica:** es la escogencia de un lugar rural de mayor población.
- **Densidad poblacional/vivienda:** Se ordena en función al número de población y de viviendas.
- **Representatividad geográfica:** Consistió en dividir el municipio en 4 cuadrantes y enlistando en cada uno de ellos los barrios que corresponden.

Etapa III

Se seleccionaron las viviendas a consultar en el área rural. Se hizo uso de un **muestreo no probabilístico sistemático** para lo cual se utilizó el **factor “K”**, (número de viviendas entre número de casos a ser consultados)

Ejemplo:

a. $300/2=150$

Donde 300 = Total de encuestas a aplicar

2 = número de municipios

150 = número de encuestas por municipio

b. Factor K

K= número de viviendas/ número de casos a ser consultados

Ejemplo $K = 200 / 25 = 8$

200 = número de casas por municipio

25 = número de encuestas en cada lugar (rural)

8 = Frecuencia de casas a visitar (se aplicará instrumento cada 8 casas).

c. Se trabajó con el programa sistema de información geográfica **ARCGIS 10.3** que permitió extraer de una población de 2, 110,088 dos municipios que contaron con 150 viviendas y que fuera accesible a la cabecera departamental.

- d. Se seleccionó una colonia o barrio de cada cuadrante, como muestra representativa del área rural, se seleccionan las colonias con base al número de habitantes en cada colonia, (Tabla 3 y 4) a continuación se describe número de viviendas a muestrear:

Tabla 1. Municipio El Porvenir (1089 casas en total)

Barrios más poblados	Viviendas Totales (INE 2013)	Viviendas a Muestrear	% del Total
BO. LA CAÑADA	289	50	17.3
BO. ABAJO	116	50	43.1
BO. SAN ANTONIO	88	50	56.8
COL. LAS ACACIAS	79	50	63
TOTAL	571	200	35.0

Fuente: Elaboración propia

Tabla 2. Municipio Cedros (483 casas en total)

Barrios más poblados	Viviendas Totales (INE 2013)	Viviendas a Muestrear	% del Total
BO. ABAJO	88	25	28
BO. CHACHAHUALIA	66	25	38
BO. SAN JORGE	59	25	42
BO. ARRIBA	55	25	45
TOTAL	268	100	37

Fuente: Elaboración propia

- a. La implementación de este criterio consistió en dividir el municipio, seleccionado en la etapa I, en 4 cuadrantes y enlistando en cada uno de ellos las aldeas, caseríos o barrios que corresponden a cada uno.
- b. **Número de habitantes:** seguidamente se ordenaron o jerarquizaron los lugares en función de la cantidad poblacional que tiene cada uno de ellos.

Etapa IV

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

Tabla 3. Selección de unidad de análisis en base a rangos de edad y sexo

Sexo	18-30	31-50	>De 51
Femenino	50	50	50
Masculino	50	50	50

Fuente: Elaboración propia.

De la muestra total, se seleccionaron 150 mujeres y 150 hombres (Tabla 5) incluyendo población según rangos de edad. Correspondiente a 50 mujeres (18 a 30 años), 50 (31 a 50) y 50 (>de 51); igual dato en el caso de los hombres. Para llevar un control de esta muestra, se utilizó una ficha donde se registró la edad y el sexo a fin de asegurar que se cumpla con la muestra deseada (Tabla 6).

Tabla 4. Control de aplicación de encuestas según edad y sexo

Número	18 – 30 años		31 - 50 años		>De 51 años	
	H	M	H	M	H	M
1						
2						
3						
4						
Enumerar hasta 50						

Fuente: Elaboración propia

Para asegurar la calidad y fiabilidad de los datos, se implementó un estricto control del trabajo de campo que incluyó: supervisión de la muestra y de las rutas de campo, para asegurar la correcta selección no aleatoria de los domicilios; revisión de las hojas de ruta para confirmar que se intentaron al menos un contacto en persona con el domicilio antes de establecer un rechazo; se revisaron las encuestas de los entrevistados para estudiar la fiabilidad de las respuestas y comprobar que la entrevista se realizó según los procedimientos establecidos; revisión de las respuestas para la detección de posibles incoherencias; revisión de los cuestionarios (interpretación de las preguntas abiertas y notas introducidas por los entrevistadores), y análisis de las entrevistas para detectar posibles datos incompletos o incongruencias.

4.3 Variables, Hipótesis e indicadores.

Tabla 5. Matriz de Operacionalización de variables

VARIABLES	CONCEPTO	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS	INSTRUMENTO A UTILIZAR
Trastornos mentales.	El trastorno mental, es una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo (APA, 2013).	a. T. Ansiedad	a. Ataques de pánico, sudoración, temblores	1-7 y 19 ansiosos	SRQ
		b. Depresión	b. Estado de ánimo depresivo, pensamientos recurrente de muerte	8-18 y 20 Depresivo	
		c. Epilepsia	d. Convulsiones y dolor de cabeza	25 trastorno convulsivo	
		d. Dependencia Alcohol	e. Frecuencia beber	26-29 Alcohólico	
		e. Dependencia Drogas	f. Frecuencia drogas	30-31 Drogadicción	
		f. Estrés postraumático	f. Traumas sufridos	32-34 Estrés postraumático	
Sociodemográficas	Conjunto de datos de naturaleza social que describen las características de una población, a partir de cuyo análisis pueden	a. Género	-Femenino -Masculino	2	Encuesta de datos sociodemográficos
		b. Edad	-18 años en adelante - Soltero	1	

VARIABLES	CONCEPTO	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS	INSTRUMENTO A UTILIZAR
	hacerse interpretaciones de su comportamiento en el campo de donde son tomadas (de Tejada Lagonell, 2012)	c.Estado civil	- Casado - Unión libre - Viudo - Separado - Divorciado	6	
		d.Escolaridad	- Ninguna - Básica - Media - Universitaria	11	
Enfermedades Crónicas no transmisibles	La OMS (2015) define enfermedad como “Alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, por causas en general conocidas, manifestada por síntomas y signos característicos, y cuya evolución es más o menos previsible”	I. Cardiovasculares	- Hipertensión Arterial (HTA) - Infarto Agudo al Miocardio (IAM). - Insuficiencia Cardíaca (IC) - Accidente cerebrovascular (ACV)	1 2 3 4	Encuesta de OMS sobre salud y capacidad de respuesta del sistema de salud (Elaboración propia)
		II. Endocrinológicas	- Diabetes - Enfermedad de la Tiroides	5 6	
		III Enfermedad Pulmonar obstructiva crónica EPOC	- Bronquitis Crónica - Asma Bronquial - EPOC	7 8 9	

VARIABLES	CONCEPTO	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS	INSTRUMENTO A UTILIZAR
		IV Cáncer	- C.Cervicouterino (Matriz)	10	
			- C. de mama	11	
			- C. Próstata	12	
			- C. Colorrectal	13	
			- Otros	14	

Hipótesis

H0: La población de los municipios Cedros y El Porvenir del departamento de Francisco Morazán tiene una prevalencia menor del 35% de trastornos mentales.

H1: La población de los municipios Cedros y El Porvenir del departamento de Francisco Morazán, tiene una prevalencia mayor del 35% de trastornos mentales.

H0: Los trastornos mentales de menor prevalencia en la población de los municipios de Cedros y El Porvenir de Francisco Morazán, son la Depresión y Ansiedad.

H2: Los trastornos mentales de mayor prevalencia en la población de los municipios de Cedros y El Porvenir de Francisco Morazán, son la Depresión y Ansiedad.

H0: Las enfermedades crónicas no transmisibles de menor prevalencia en los municipios de Cedros y El Porvenir de Francisco Morazán, son la hipertensión arterial, infarto agudo al miocardio, insuficiencia cardíaca y enfermedad pulmonar obstructiva crónica EPOC.

H3: Las enfermedades crónicas no transmisibles de mayor prevalencia en los municipios de Cedros y El Porvenir de Francisco Morazán, son la hipertensión arterial, infarto agudo al miocardio, insuficiencia cardíaca y enfermedad pulmonar obstructiva crónica EPOC.

H0: En la población estudiada, las variables sociodemográficas edad y género no se relacionan con trastornos mentales y enfermedades crónicas no transmisibles.

H4: En la población estudiada, las variables sociodemográficas edad y género se relacionan con trastornos mentales y enfermedades crónicas no transmisibles.

4.4 Instrumentos de Medición/Técnicas de recolección de datos

Los instrumentos previstos para este estudio fueron de tamización en salud mental. Además, se utilizaron los de caracterización poblacional y la Encuesta Sobre Salud y Capacidad de Respuesta del Sistema de Salud, adaptada, así:

Cuestionario de Autorreporte de síntomas SRQ: ha sido diseñado por la OMS (1994) y adaptado para la población hondureña con un total de 34 ítems dicotómicos (“sí” “no”) referentes a sintomatologías de siete trastornos mentales comunes, conteniendo 8 ítems para ansiedad, 12 para depresión, 4 para alcoholismo, 2 consumo de drogas, 4 para psicosis, 1 para epilepsia y 3 para estrés postraumático.

Sirve para la detección de alteraciones a la salud mental en adultos, diseñado para ser auto-administrado. Es una escala simple y objetiva, fácil de evaluar que cubre aspectos claves de la psicopatología, de fácil indagación. Los ítems se puntúan con cero y uno, indica que el síntoma está presente o ausente durante los últimos 30 días (OMS, 1994). Compilado al español por M. Beusenbergh y J. Orley (1994).

Respecto a la validez cabe decir que ha sido utilizada en diversos artículos publicados en revistas de psiquiatría, neurología y psicofarmacología, mostrando su utilización en países como China, Brasil, Etiopía, Colombia, Alemania, Francia, Estados Unidos y en Honduras.

Hay que aclarar que no está destinado a ser un sustituto o un equivalente a un diagnóstico clínico. Fue desarrollado explícitamente como un instrumento para expresar la posibilidad de trastorno mental, la naturaleza específica de la perturbación tiene que ser determinada en una segunda etapa con un instrumento de diagnóstico específico o en base a una entrevista clínica (Moncada Godoy, 2013).

Determinación de la puntuación e interpretación: Cada respuesta positiva equivaldrá a un (1) punto. Además la literatura sobre el SRQ propone que luego de la realización del tamizaje, la puntuación e interpretación de los resultados, el profesional pueda considerar además, si el comportamiento de un paciente parece evidentemente raro o extraño (ejemplo: suspicaz, habla demasiado, triste o llora) debe tener también una evaluación, independientemente de las respuestas que se hayan dado en el cuestionario (OMS, 1994).

Encuesta de la OMS sobre Salud y Capacidad de Respuesta del Sistema de Salud. Adaptada. En base a aspectos epidemiológicos se elaboró una encuesta de la OMS (2000), utilizando como referencia sólo el apartado sobre estados de salud, el cual para fines de la investigación fue adaptada en base a la revisión de la literatura para la población hondureña. Es un instrumento de medida válido y fiable, que asegura la comparabilidad en el tiempo y el espacio. Es decir, se trata de obtener una medición “aislada” de la salud, en la que no influyan los aspectos externos al individuo (el medio ambiente geográfico y social en el que vive) ni las expectativas que sobre su estado de salud se haya creado (lo que el individuo espera recibir del Sistema Sanitario a que tienen acceso influye de manera notable en su apreciación del estado de salud que, en teoría, podría alcanzar). Es una encuesta que mide síntomas o signos de las enfermedades en los últimos 12 meses, si tuvo acceso al sistema de salud y fue diagnosticado por un médico y a la vez si recibe tratamiento. Los ítems se puntúan con “sí o no”.

Contiene las siguientes secciones: A.- Consentimiento Informado, datos demográficos, B.- Descripciones del estado de salud física y mental. En la valoración de salud general se evalúan los diferentes tipos de enfermedades seleccionando las de tipos crónicas no transmisibles. Consta de 14 ítems o 14 enfermedades. Dentro de 4 grandes divisiones, agrupadas por sistemas: I. Cardiovasculares (1.- Hipertensión Arterial HTA, 2.- Infarto Agudo al Miocardio IAM, 3.- Insuficiencia Cardíaca IC, 4.- Accidente Cerebrovascular ACV), II. Endocrinóloga (5.- Enfermedad de Tiroides y 6.- Diabetes), III. Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica EPOC (7.- Bronquitis Crónica, 8.- Asma Bronquial, 9.- EPOC), IV. Cáncer (10.- Cáncer Cervicouterino, 11.- Cáncer de mama, 12.- Cáncer de Próstata, 13.- Cáncer. Colorrectal, 14.- Otras.

Encuesta de caracterización poblacional: El propósito de esta encuesta estriba en recopilar información de contexto que permite la realización de análisis detallados y en profundidad de las interrelaciones entre los atributos socio demográfico y los socioeconómicos tanto a escala de individuos como de los hogares. Cualquier atributo socio demográfico puede ser examinado a la luz de los más importantes diferenciales que identifican los diferentes enfoques teóricos o el conocimiento acumulado en materia de población, como las condiciones de vida (pobreza), el nivel educacional, la inserción ocupacional, la zona de residencia, la estructuración familiar, etc.

4.5 Procedimiento

Descripción del Método y las Técnicas de la Investigación

La realización de la presente investigación, responde desde el enfoque Cuantitativo al uso de estrategias de recolección de datos como la Escala SRQ y la Encuesta de la OMS Sobre Salud y Capacidad de Respuesta del Sistema de Salud adaptada para fines de la investigación.

Validación de Instrumento SRQ

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 análisis de cada ítem valorando el nivel de adaptación, contenido y constructo lo cual permitió realizar una adaptación para el contexto hondureño.

- **Validez de Adaptación**

Se utilizó un instrumento que contenía los siguientes criterios:

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)		

Las cuales fueron aplicadas a los 34 ítems; cada juez valoró 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:

No. 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?

- **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:

Número 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

- **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:

Numero 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

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.

CURVA DE ROC (Característica Operativa del Receptor)

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 ingles) 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 (Burgueño, Garcia-Bastos, & González-Buitrago, 1995)

La muestra estuvo compuesta por un total de 352 personas; 212 mujeres y 140 hombres, similares a la muestra global de los estudios relacionados. 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:

TRASTORNO	ÍTEM	PUNTO DE CORTE	SENSIBILIDAD	ESPECIFICIDAD
Ansiedad	1 al 7 y 19	4	95	0.59
Depresión	8 al 18 y 20	4	90	0.12
Psicosis*	21 al 24	1	95	0.12
Epilepsia **	25	1		
Alcoholismo	26 al 29	2	85	0.36
Dependencia a drogas	30 -31	1	65	0.32
Estrés postraumático	32 al 34	2	100	0.73

*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.

Validación de La Encuesta de la OMS sobre Salud y Capacidad de Respuesta del Sistema de Salud. Estados de salud. Adaptada.

La Encuesta fue sometida a un proceso de validación por cinco jueces del Postgrado de Salud Pública (psicólogos, salubristas y médicos) y un epidemiólogo del Hospital Escuela. Se incluyen las enfermedades que pertenecían a la clasificación de enfermedades crónicas no transmisibles, agrupadas por sistemas (cardiovasculares, endocrinológicas, respiratorias y cáncer), del Manual de Clasificación de Enfermedades y consideradas las enfermedades de mayor prevalencia en nuestro país. Consistió en análisis de cada ítem valorando la validez adaptación y contenido permitiendo la adaptación para el contexto hondureño.

- **Validez de Adaptación**

Se utilizó un instrumento que contenía los siguientes criterios:

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)		

Las cuales fueron aplicadas a cada juez los 14 ítems, cada juez valoró con un “sí” 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: 1 y 5 de la siguiente forma:

# de ítem	Redacción anterior	Nueva redacción
1	¿Ha tenido su presión arriba de 140/90mmHg., fuerte dolor de cabeza, mareo, dolor de oído?	¿Ha tenido su presión arriba de 140/90? ¿Su presión alta ha ido acompañada de fuertes dolores de cabeza? ¿Y a la vez ha sentido mareos? ¿Y a la vez le zumban los oídos?
5	¿Ha tenido sed intensa, cansancio, pérdida de peso, orina frecuente, azúcar alta en ayunas ≥ 126 ó ≥ 200 con comidas?	¿Al hacerse exámenes de laboratorio ha tenido ALTA el azúcar en ayunas (mayor a 126)? ¿Al repetirse el examen del azúcar con las comidas le ha vuelto a salir alta, mayor a 200? ¿Y ha sentido sed intensa? ¿Lo anterior ha ido acompañado de cansancio? ¿Siente que ha tenido pérdida de peso? ¿Y a la vez orina frecuentemente?

- **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:

Número de ítem	Indicador de confiabilidad	Decisión
1 – 2 -3- 4 – 6 – 8 – 9 – 10- 11 - 13 – 14	> = 0.80	Los jueces los consideran validos en un 90%
7 y 12		Fue considerado útil pero no esencial y hubo necesidad de modificarlo.
5		Fue considerado esencial pero no necesario y hubo necesidad de modificarlo.

- **Contacto inicial con la población y selección de muestras.**

- Se elaboró el marco muestral de la población rural de los municipios de Cedros y El Porvenir.
- Se depuró el marco muestral a través de un proceso de estratificación.
- Se realizó una selección intencional de la muestra, considerando como elemento esencial la aprobación del consentimiento informado por parte de los encuestados.
- Se tomó aquella parte del marco muestral, a través del muestreo no probabilístico sistemático. De igual forma se solicitó el consentimiento informado de la población encuestada.

- **Inducción del trabajo de campo**

Se organizaron 3 equipos de trabajo

1. El equipo responsable de la aplicación de las encuestas
2. El equipo supervisor
3. El equipo de digitalización de datos

Se programaron una serie de reuniones con los equipos responsables de cada una de las tareas propuestas para el proceso de recolección de datos.

- **Recolección de datos**

En el departamento de Francisco Morazán con sede en Tegucigalpa, MDC, se formó el equipo central de dirección que viajó a las demás ciudades a supervisar y garantizar la calidad del trabajo de campo y estandarizar el personal para el trabajo de campo. Después de capacitar a los 4 encuestadores, que fueron debidamente entrenados con el objeto de que la información recolectada fuera confiable y la ejecución adecuada al trabajo de campo, a fin de controlar sesgos de información.

En esta etapa se organizó el trabajo de campo de la siguiente manera:

- **Realización de encuestas**

Se realizó la aplicación de 300 encuestas para validar las variables propuestas. Estas fueron aplicadas en los municipios de Cedros y El Porvenir del departamento de Francisco Morazán. La recolección de la información de campo, se realizó el 25 de junio 2016 en el Porvenir y el 26 de junio 2016 en Cedros, todo el día en ambas comunidades, con el fin de lograr el levantamiento completo de datos.

- **Procesamiento de los datos: Resultados Preliminares**

- Se realizó una muestra piloto de 30 encuestas para validar la Escala SRQ, y la Encuesta de la OMS: 10 encuestas por cada rango de edad de (18 a 30), (31 a 50) y mayor de 51 años, realizada en el Establecimiento de Salud Dr. Alonso Suazo.
- Después de la recolección de datos, se construyó una base de datos con ayuda del programa estadístico de ciencias sociales - SPSS (siglas en inglés) en su versión 17.0 para

Windows, siguiendo el procedimiento establecido para el cálculo de la sensibilidad y especificidad de pruebas diagnósticas (Burgueño et al., 1995).

- Para el análisis de los mismos se utilizaron frecuencias relativas (%).
- También se aplicó la prueba del Ji Cuadrado (cualitativa) es una prueba estadística para evaluar hipótesis acerca de la relación entre dos variables categóricas. Se simboliza χ^2 con un margen de seguridad del 95% para la demostración de independencia entre las variables estudiadas. La prueba chi cuadrada no considera relaciones causales (Hernández Sampieri, 2014).
- Para comparar los resultados del SRQ y el diagnóstico de referencia, se sometió a una tabla de contingencia o tabulación cruzada de 2 x 2.

Capítulo 5. Resultados de la investigación

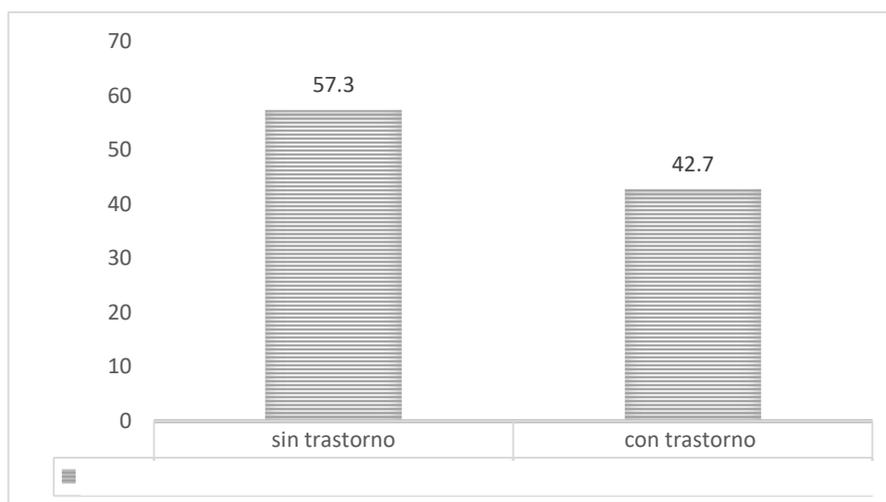
5.1 Prevalencia de trastornos mentales

El presente capítulo contiene los principales hallazgos del estudio, para reportarlos se hace uso de estadísticas descriptivas de análisis y frecuencias y cruce de variables que son representados mediante gráficos, dichos análisis son leídos e interpretados a la luz de los objetivos de la investigación.

5.1.1. Prevalencia de trastornos mentales, en municipios de Cedros y El Porvenir del departamento de Francisco Morazán.

El análisis de la prevalencia se realiza clasificando la población investigada en función de la presencia de sintomatología mental, el cual da indicios del trastorno mental, así:

Gráfico 1. Prevalencia de trastornos mentales, en municipios de Cedros y El Porvenir del departamento de Francisco Morazán.



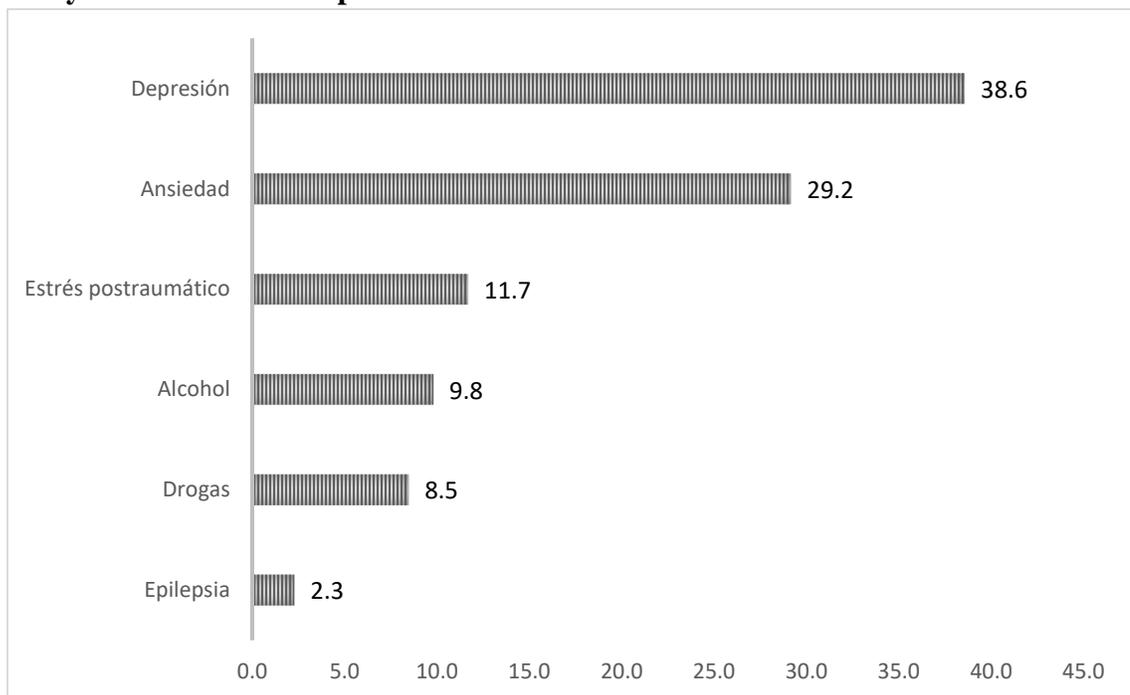
Fuente: Elaboración propia

En el Gráfico 1 se estima que 42,7% de los casos consultados de la población adulta, municipios Cedros y El Porvenir del departamento de Francisco Morazán, presentan existencia de un trastorno mental, en contraste con un 57,3% que no presentan síntomas; es decir 128 adultos de la muestra consultada de 300, declara tener una sintomatología que sugiere una alteración de su salud mental.

5.1.2. Prevalencia de los principales trastornos mentales, en municipios de Cedros y El Porvenir del departamento de Francisco Morazán.

En este apartado se hace el análisis que tiene el objetivo de hacer un acercamiento a los tipos de trastornos mentales que eran más frecuentes, para ello se utilizaron las siguientes categorías diagnósticas: ansiedad, depresión, dependencia al alcohol y drogas, estrés postraumático y epilepsia.

Gráfico 2. Prevalencia de los principales trastornos mentales, en municipios de Cedros y El Porvenir del departamento de Francisco Morazán.



Fuente: Elaboración propia

En el Gráfico 2 se puede apreciar los porcentajes de los trastornos mentales de mayor prevalencia, encontrándose datos que proporcionan resultados relevantes siendo la depresión el trastorno con mayor prevalencia con un 38,6%. El segundo lugar en frecuencia lo ocupa el trastorno de ansiedad con un 29,2%, seguido de estrés postraumático con un 11,7%, dependencia de alcohol con un 9,8%, abuso de drogas con un 8,5%, y finalmente la epilepsia con 2,3 %. Para dar este diagnóstico se consideró la ocurrencia de síntomas así: Ansiedad (4), depresión (4), alcoholismo (2), consumo de drogas (1), estrés postraumático (2), epilepsia (1).

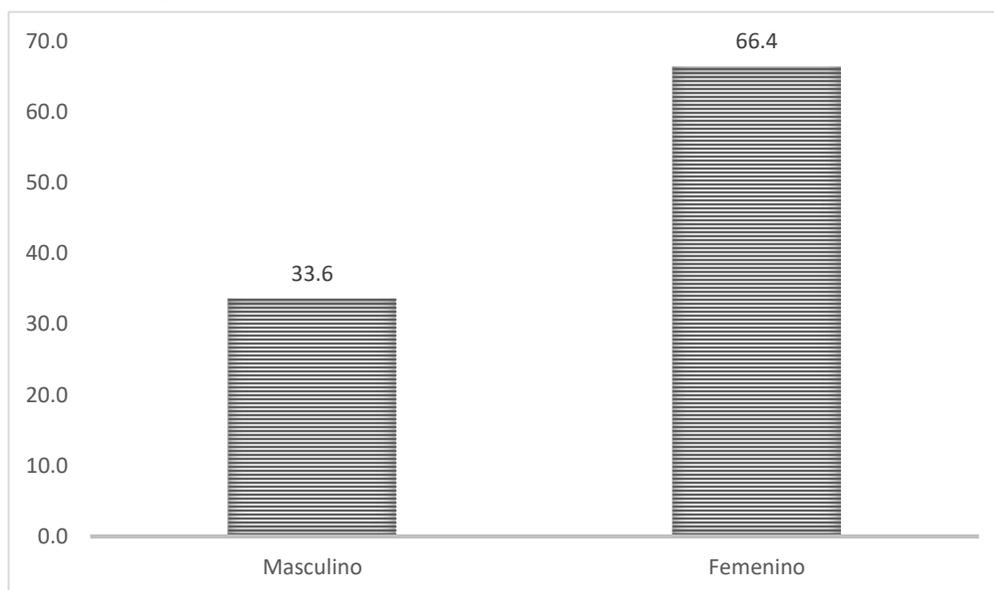
5.1.3. Prevalencia de trastornos mentales según características sociodemográficas.

En los siguientes resultados se realiza el análisis de las características sociodemográficas estudiadas como ser género y rango de edad.

5.1.3.1. Prevalencia de trastornos mentales según género.

A continuación, se realiza el análisis de la prevalencia para establecer si existe presencia de sintomatología mental la cual da indicios de trastorno mental comparado según género.

Gráfico 3. Prevalencia de trastornos mentales según género, en municipios Cedros y El Porvenir del departamento de Francisco Morazán.



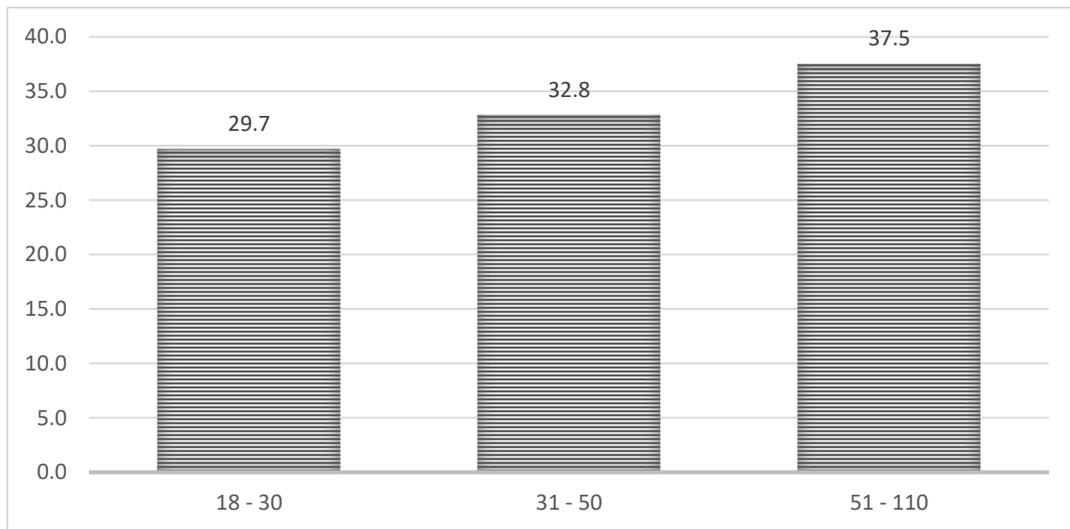
Fuente: Elaboración propia

En los resultados obtenidos del Gráfico 3 se observa que la prevalencia con trastornos mentales es mayor en la población femenina 66,4% en relación al género masculino con un 33,6%; es decir de 128 adultos que presentaban síntomas de la muestra consultada de 300. Por otro lado, el género (37 femenino contra 9 masculino) presentan depresión y (54 femenino contra 11 masculino) presentan ansiedad.

5.1.3.2. Prevalencia de trastornos mentales según rango de edad.

En este apartado se realiza el análisis de la prevalencia para establecer si existe presencia de sintomatología mental la cual da indicios de trastorno mental en base a los rangos de edades.

Gráfico 4. Prevalencia de trastornos mentales según rango de edad, en municipios Cedros y El Porvenir del departamento de Francisco Morazán.



Fuente: Elaboración propia

El Gráfico 4 muestra que el porcentaje de mayor prevalencia de trastorno mental se encuentra en las personas adultas mayores (51 en adelante) con 37,5%, seguidas de las personas adultas medias (31 a 50) con 32.8% y en menor porcentaje las personas adultas jóvenes (18 a 30) con un 29,7%; en proporción al 42,7% que presentaba síntomas, es decir 128 adultos de la muestra consultada de 300.

Además de las variables sociodemográficas de género y edad se consultaron estado civil, religión, escolaridad, y ocupación, las cuales no se incluyen en el análisis de la investigación debido a que los resultados obtenidos en la población encuestada no muestran asociación significativa con la presencia de trastornos mentales.

5.2 Enfermedades crónicas no transmisibles ECNT

La caracterización de las enfermedades crónicas no trasmisibles ECNT se realizó clasificando la población investigada en función de la sintomatología de las mismas, como ser: I. Cardiovasculares, II. Endocrinólogas, III. Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica EPOC y IV. Cáncer; categorías obtenidas según la encuesta de la OMS (2000) sobre Salud y Capacidad de Respuesta del Sistema de Salud, adaptada para fines de la investigación, medida a través de las preguntas si ha sufrido de uno o más de los síntomas y signos de la enfermedad o padecimiento, si fue diagnosticado por un médico general especialista u otro trabajador de la salud y si recibe tratamiento por este síntoma.

Tabla 6. Prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles ECNT, según los 4 tipos principales de enfermedades, en municipios de Cedros y El Porvenir del departamento de Francisco Morazán.

Enfermedades Crónicas ECNT	F	%
I. Enfermedades cardiovasculares		
Hipertensión arterial (HTA)	85	28.3
Infarto agudo al miocardio (IAM)	45	15.0
Insuficiencia cardiaca (IC)	44	14.7
Accidente cerebrovascular (ACV)	7	2.3
	181	60.3%
II. Enfermedades endocrinólogas		
Diabetes	22	7.3
Enfermedad de Tiroides	10	3.3
	32	10.6%
III. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)		
Asma bronquial	39	13.0
Bronquitis crónica	28	9.3
Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica	150	50.0
	217	72,3%
IV. Enfermedades cancerígenas		
Cáncer Cervicouterino	17	5.7
Cáncer de Colón	13	4.3
Cáncer de próstata	6	2.0
Cáncer de mama	4	1.3
	40	13.3%
Suma Total	470	156.50%

Fuente: Elaboración propia

Nota: Las columnas no suman a 100% porque una persona podría tener 2 o más ECNT.

En la Tabla 8 se describe la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles ECNT municipios de Cedros y El Porvenir, del departamento de Francisco Morazán, área rural, según los 4 tipos de enfermedades: el 60.3% de los encuestados mencionó padecer alguna **enfermedad cardiovascular**, destacando entre ellas la HTA (28.3%) y en menor prevalencia los ACV (2,3%). Al mismo tiempo el 10.6% mencionó padecer una enfermedad **endocrinológica** la de mayor prevalencia es la diabetes (7.3%) y la más baja es enfermedad de tiroides. Igualmente manifestaron tener padecimientos **pulmonares** (72.3%) en donde la de mayor prevalencia es EPOC (50%) y la de menor prevalencia es bronquitis crónica (9.3%) y finalmente dentro de las enfermedades **cancerígenas** la prevalencia es de 13.3% siendo el cáncer cervicouterino el que alcanza un nivel de 5.7% y la menos es cáncer de mama con 1.3%. Estos datos en base a la n= 470 casos que tenían una ECNT de la muestra consultada de 300 encuestas esto debido a la comorbilidad.

Tabla 7. Prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles ECNT según rangos de edad, en municipios de Cedros y El Porvenir, del departamento de Francisco Morazán.

Enfermedades crónicas	18 – 30		31 – 50		>de 51		Total
	F	%	F	%	F	%	F
Hipertensión Arterial	5	5.9	26	30.6	54	63.5	85
Infarto Agudo Miocardio	13	28.9	13	28.9	19	42.2	45
Insuficiencia Cardiaca	7	15.9	19	43.2	18	40.9	44
Accidente Cerebrovascular	1	14.3	3	42.9	3	42.9	7
Diabetes	1	4.5	7	31.8	14	63.6	22
Enfermedad de la tiroides	1	10.0	4	40.0	5	50.0	10
Bronquitis Crónica	9	32.1	10	35.7	9	32.1	28
Asma Bronquial	13	33.3	15	38.5	11	28.2	39
EPOC	48	32.0	61	40.7	41	27.3	150
Cáncer Cervicouterino	4	23.5	9	52.9	4	23.5	17
Cáncer de Mama	2	50.0	1	25.0	1	25.0	4
Cáncer de Próstata	1	16.7	2	33.3	3	50.0	6
Cáncer de Colon	5	38.5	3	23.1	5	38.5	13
Suma total	110		173		187		470

Fuente: Elaboración propia

Nota: Las columnas no suman a 100% porque una persona podría tener 2 o más ECNT.

En la Tabla 9 se describe la prevalencia de ECNT municipios Cedros y El Porvenir, departamento de Francisco Morazán área rural, donde se encontró que 187 adultos consultados de 470 casos tienen mayor prevalencia de ECNT a mayor edad, observándose mayor frecuencia en adultos (>de 51 años) de padecer diabetes (63.6%), seguido de hipertensión arterial (63.5%), enfermedad de tiroides y cáncer de próstata (50%).

Tabla 8. Prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles ECNT según género, en municipios Cedros y El Porvenir, del departamento de Francisco Morazán.

Enfermedades Crónicas ECNT	Masculino		Femenino		Total
	F	No.	F	No.	No.
Hipertensión	26	30.6	59	69.4	85
Infarto Agudo Miocardio	12	26.7	33	73.3	45
Insuficiencia Cardíaca	13	29.5	31	70.5	44
Accidente Cerebrovascular	3	42.9	4	57.1	7
Diabetes	6	27.3	16	72.7	22
Enfermedad de Tiroides	3	30.0	7	70.0	10
Bronquitis Crónica	6	21.4	22	78.6	28
Asma Bronquial	11	28.2	28	71.8	39
Enfermedad Pulmonar EPOC	57	38.0	93	62.0	150
Cáncer Cervicouterino	0	0.0	17	100.0 ²	17
Cáncer de Mama	0	0.0	4	100.0 ³	4
Cáncer de Próstata	6	100.0 ⁴	0	0.0	6
Cáncer de Colón	1	7.7	12	92.3	13
Suma Total	144		326		470

Fuente: Elaboración propia

Nota: Las columnas no suman a 100% porque una persona podría tener 2 o más ECNT.

² Al momento de aplicar las 300 encuestas, a los 150 hombres se les administraron todas las preguntas del cuestionario a excepción de la relacionada al cáncer de Cervicouterino (propias del género femenino).

³ Igualmente, a los 150 hombres no se les preguntaron las relacionadas al cáncer de mama.

⁴ Caso contrario al aplicar las 300 encuestas, a las 150 mujeres se les administraron todas las preguntas del cuestionario a excepción de la relacionada al cáncer de próstata (exclusiva del género masculino).

En la Tabla 10 se describe la prevalencia de ECNT, municipios de Cedros y El Porvenir del departamento de Francisco Morazán área rural, reflejando que el 69% de 470 casos del género femenino presenta ECNT, siendo las de mayor prevalencia cáncer de colon con 92.3%, seguida de bronquitis crónica con 78.6%, y en menor grado el infarto agudo al miocardio con 73.3%. En el género masculino la ECNT de mayor prevalencia es el accidente cerebrovascular con un 42.9%, continua el EPOC con 38% y seguida de la hipertensión arterial con 30.6%.

5.3 Relación entre enfermedades crónicas no transmisibles ECNT y trastornos mentales

A continuación, se presentan la relación de las enfermedades crónicas no transmisibles y los trastornos mentales medidas a través del análisis de chi cuadrada (valor – ó +) considerando el 95% de confianza y una significancia bilateral (\leq a 0.05).

Tabla 9. Relación de enfermedades crónicas no transmisibles ECNT y trastornos mentales.

Enfermedades crónicas	χ^2	p
Hipertensión Arterial HTA	14,57	0.000 *
Infarto Agudo Miocardio IAM	26.68	0.000 *
Insuficiencia Cardiaca IC	13,723	0.002 *
Accidente Cerebrovascular ACV	2.424	0.120
Diabetes	4.268	0.039 *
Enfermedad de Tiroides	1.271	0.260
Bronquitis Crónica	5,9	0.015 *
Asma Bronquial	12.931	0.000 *
Enfermedad Pulmonar EPOC	6,595	0.010 *
Cáncer Cervicouterino	0.016	0.898
Cáncer de Mama	0.089	0.765
Cáncer de Próstata	4,139	0.042 *
Cáncer de Colon	1.978	0.160

Fuente: Elaboración propia

***La relación es significativa cuando $p < 0,05$**

En la Tabla 11 se observa que existe relación significativa en el nivel 0.05, entre las ECNT cardiovasculares (IAM, HTA, IC), diabetes, las enfermedades pulmonares (asma bronquial, EPOC, bronquitis crónica) y los trastornos mentales. Al mismo tiempo es importante resaltar que no se refleja relación entre los cánceres únicamente el cáncer de próstata y la prevalencia de trastornos mentales, específicamente con el trastorno de Ansiedad y Depresión, no siendo significativa la relación con los trastornos de Alcohol, abuso de drogas, estrés postraumático y epilepsia.

Tabla 10. Relación de enfermedades crónicas no transmisibles ECNT y el trastorno de Ansiedad.

Enfermedades crónicas	X²	Sig.
Hipertensión Arterial HTA	23.488	0.000 *
Infarto Agudo Miocardio IAM	31.279	0.000 *
Insuficiencia Cardíaca IC	20.633	0.000 *
Accidente Cerebrovascular ACV	10.457	0.001*
Diabetes	11.229	0.001 *
Enfermedad de Tiroides	4.893	0.027 *
Bronquitis Crónica	8.171	0.004 *
Asma Bronquial	9.899	0.002 *
Enfermedad Pulmonar	3,319	0.028 *
Cáncer de Colon	4.801	0.028 *

Fuente: Elaboración propia

***La relación es significativa cuando $p < 0,05$**

En la Tabla 12 se observa el grado de asociación de diez enfermedades crónicas con la ansiedad es decir que, al presentar una mayor prevalencia de padecer infarto agudo al miocardio, hipertensión, insuficiencia cardíaca, accidente cerebrovascular, diabetes, enfermedad de tiroides, asma bronquial, bronquitis crónica, EPOC y cáncer de colon, mayor será el nivel de ansiedad; no siendo significativa la relación con cáncer cervicouterino, de próstata y de mama con la ansiedad.

Tabla 11. Relación de enfermedades crónicas no transmisibles ECNT y el trastorno de Depresión.

Enfermedades crónicas	X²	Sig.
Hipertensión Arterial HTA	24,660	0.000 *
Infarto Agudo Miocardio IAM	24,812	0.000 *
Insuficiencia Cardíaca IC	17,566	0.000 *
Bronquitis Crónica	13,648	0.000 *
Asma Bronquial	14,602	0.000 *
Cáncer de Colon	5,599	0.018 *

Fuente: Elaboración propia

***La relación es significativa cuando $p < 0,05$**

En la Tabla 13 se observa la asociación de 6 enfermedades crónicas no transmisibles con la variable depresión, es decir cuando más alta sea padecer infarto agudo al miocardio, hipertensión arterial, insuficiencia cardíaca, asma bronquial, bronquitis crónica, y cáncer de colon mayor será el nivel de depresión. No existe asociación significativa con (ACV, Diabetes, enfermedad de tiroides, EPOC, cáncer cervicouterino, de mama y próstata) con la Depresión.

Tabla 12. Relación de enfermedades crónicas no transmisibles ECNT y comorbilidad de trastornos mentales.

Enfermedades crónicas	X²	Sig.
Hipertensión Arterial HTA	17,355	0,002 *
Infarto Agudo Miocardio IAM	37,831	0,000 *
Insuficiencia Cardíaca IC	24,263	0,000 *
Accidente Cerebrovascular ACV	15,168	0,004 *
Diabetes	23,057	0,000 *
Enfermedad de Tiroides	6,505	0,164
Bronquitis Crónica	12,183	0,160
Asma Bronquial	21,104	0,000 *
Cáncer de Colon	7,213	0,125
Enfermedad pulmonar	6,505	0,164

Fuente: Elaboración propia

***La relación es significativa cuando $p < 0,05$**

Con estos resultados de la Tabla 14, comprobamos que existe comorbilidad entre las ECNT: Cardiovasculares (HTA, IAM, IC, ACV), Diabetes, y Asma Bronquial con los trastornos mentales (Ansiedad y depresión); no existe asociación significativa entre enfermedad de tiroides, bronquitis crónica, EPOC, cáncer de colon, cáncer cervicouterino, cáncer de mama y cáncer de próstata.

Capítulo 6. Discusión de los resultados

6.1 Hallazgos Principales

El propósito principal de la presente investigación consistió en establecer la prevalencia entre los trastornos mentales y las enfermedades crónicas no transmisibles ECNT. Los resultados señalan que el **42.7%** de los casos consultados de la población adulta entre 18 y mayores de 51 años, en los municipios de Cedros y El Porvenir del departamento de Francisco Morazán, presenta un trastorno mental alguna vez en su vida y que una de cada cuatro familias, al menos uno de sus miembros puede sufrir un trastorno mental o del comportamiento (APA, 2014); en contraste con un 57.3% que no presentan síntomas de un trastorno mental; es decir 128 adultos de la muestra consultada de 300, declara tener una sintomatología que sugiere una alteración de su salud mental.

Conviene subrayar, que esta investigación dada su naturaleza exploratoria no se pretende especificar con claridad los trastornos mentales, ya que los resultados están condicionados por el instrumento que se utilizó que mide síntomas de algunas de las categorías diagnósticas, pero sin alcanzar suficiente especificidad en el diagnóstico. Por lo que se estableció la prevalencia de las siguientes categorías diagnósticas: Depresión, Ansiedad, Dependencia de alcohol, Abuso de sustancias psicoactivas, Estrés postraumático y Epilepsia.

Mas no se trata tan sólo de un dato de prevalencia, sino que por primera vez Honduras cuenta con información relevante con relación a las dos variables investigadas en los municipios mencionados, del departamento de Francisco Morazán, área rural; pues el presente estudio es el primero de varios que se realizarán en nuestro país con el objetivo de determinar la prevalencia a nivel nacional, lo que permitirá crear tasas comparativas con otros países. Además, esta investigación es parte de un proyecto de impacto a nivel nacional que fue ejecutado por un equipo de doce psicólogos y psicólogas maestrantes en Psicología Clínica quienes realizaron un análisis cuantitativo de ocho variables que inciden en el comportamiento de los hondureños.

En primer lugar, uno de los hallazgos de esta investigación es que los resultados encontrados son superiores a los establecidos en estudios internacionales con 37% (Cabrera & López-Rodas, 2012) y un 25% OMS (2001). A nivel nacional Chirinos Flores et al.

(2002) quienes reflejaron que un 35% de hondureños estaba afectado por episodio depresivo mayor y los trastornos ansiosos, seguido de dependencia alcohólica. Dichos autores atribuyen el aumento a las condiciones socioeconómicas. Estos determinantes se ven marcados por la pobreza, desempleo, y falta de hogar OMS (2001), la inseguridad ciudadana, violencia, desastres naturales y al igual que otros países en vías de desarrollo, obedece al incremento en el abuso de sustancias psicoactivas entre ellas el alcohol y el tabaco, consideradas drogas lícitas de mayor índice de consumo en diferentes grupos de la población (IHADFA, 2012).

Un segundo hallazgo se aprecia en los porcentajes de los trastornos mentales de mayor prevalencia, en el orden: la depresión con un 38,6%, ansiedad con un 29,2%, estrés postraumático con un 11,7%, dependencia alcohol con un 9,8%, abuso de drogas con un 8,5%, y finalmente la epilepsia con 2,3 %. (Londoño, y otros, 2010), (Rodríguez J. , 2011) y (Medina-Mora, Borges, Lara Muñoz, Benjet, & Blanco, 2003). Hay que mencionar también que el departamento de Francisco Morazán tiene una mayor prevalencia de atenciones por trastornos mentales (MPC, 2014). Estos resultados coinciden con una serie de estudios de prevalencia a nivel de Latinoamérica y el Caribe: en Colombia (FES Social, 2005), en Perú (Cabrera & López-Rodas, 2012). Las investigaciones reflejan en primer lugar que un porcentaje en crecimiento de hondureños que padece de depresión generada por circunstancias personales o por la situación que atraviesa el país. En segundo lugar los trastornos ansiosos derivados de diversos eventos traumáticos (Primicia Honduras, 2017). Resaltando por consiguiente que 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).

Consideramos ahora la prevalencia de trastornos mentales por género la cual resultó mayor en la población femenina con 66.4% y masculino con 33.6%, específicamente en el trastorno depresivo (37) y ansiedad (54), haciendo un total de 91 personas del género femenino contra 20 del masculino. Estas diferencias ya se han encontrado en otros estudios previos (Arenas & Puigcserver, 2009), salvo en algunos estudios que se encuentra más prevalencia en el sexo masculino para los trastornos de ansiedad, invirtiéndose esta tendencia para el consumo de alcohol (sin embargo el alcoholismo femenino es más dramático que lo que pueda ocurrir en los hombres), u otras sustancias (Pérez, 2005). Igualmente en un estudio

en dos comunidades de la región central de Honduras en mujeres, siendo los resultados de prevalencia inferior en comunidades rurales de las urbanas (Aguilar Pardo, y otros, 2010), esto discrepa con Baena Zúniga et al. (2005, pág. 7) que afirma que es más frecuente en áreas rurales que en las urbanas.

Así que la investigación brinda algunos elementos para explicar la brecha inter-sexos, en general pareciera que las mujeres son más vulnerables a que su salud mental resulte afectada por ciertos factores sociales, aunque también cabe la posibilidad de que los hombres subreporten problemas de salud mental por su dificultad para buscar ayuda si los aqueja algún malestar emocional. Asimismo, se ha señalado que en ellos la depresión puede estar “escondida” detrás de comportamientos adictivos y de riesgo, igualmente detrás de la irritabilidad e impulsividad (Dumais, y otros, 2005). Además, cada vez hay pruebas más sólidas de que existen diferencias entre ambos sexos respecto a la anatomía cerebral, la neuroquímica y los patrones de activación y respuesta a los estímulos ambientales; diferencias que pueden influir en la etiología y el curso de los trastornos psiquiátricos (Arenas & Puigserver, 2009). Así como para la depresión ser mujer se configura como un factor de riesgo, ser hombre cumple el mismo papel para la violencia (Ramos Lira, 2012). Respecto a lo que ocurre en nuestro país, la depresión mayor ocupa el primer lugar, ya sea como sintomatología o como trastorno mental, siendo más prevalente en mujeres. En la población masculina los más frecuentes son dependencia al alcohol y episodio depresivo mayor (UNAH, 2016).

Ahora veamos la distribución de la edad, hay indicios para considerar que el riesgo global de patología mental aumenta con la edad, el porcentaje de mayor prevalencia de trastorno mental según los resultados encontrados en las personas adultas (51 años en adelante) con 37,5%; (31-50) 32.8% y (18-30) 29.7%. En otras palabras, a mayor edad, mayor prevalencia de trastornos mentales. Podemos agregar que la edad es un determinante para el surgimiento y exacerbación de los trastornos mentales y del comportamiento, entre ellos predomina la depresión, frecuente en la población mayor. Según los datos obtenidos en investigaciones realizadas en los dos principales hospitales psiquiátricos en el país, se puede observar que la prevalencia de trastornos mentales es más marcada en la medida que la persona aumenta en edad debido a la falta de una correcta identificación, ya que el anciano frecuentemente padece al mismo tiempo enfermedades crónico-degenerativas (MPC, 2014).

Es importante comentar que la depresión puede iniciar a cualquier edad, sin embargo, la sintomatología del trastorno puede ser distinta con la edad: los jóvenes muestran síntomas fundamentalmente comportamentales, mientras que los adultos mayores tienen con mayor frecuencia síntomas somáticos (APA, 2013). Esto posiblemente a consecuencia de eventos psicotraumatizantes que causan estrés en las etapas tempranas de la vida, estas experiencias hacen más vulnerables a las personas a la enfermedad en la edad adulta.

A continuación, otro hallazgo fue la comprobación que las ECNT de mayor prevalencia en los municipios Cedros y El Porvenir del departamento de Francisco Morazán fueron: Enfermedad pulmonar obstructiva crónica EPOC (50%), hipertensión arterial (28.3%), infarto agudo al miocardio (15%) e insuficiencia cardíaca (14.7%), según investigación por Torres Funes (2016) quien confirma que la población de estos municipios se ven expuestos a contaminación ambiental ocasionando daños en aparatos respiratorios, cardiovascular y sistema nervioso central entre otros. Además datos mostrados por la Secretaria de Salud (2003) en algunos estudios realizados en nuestro país donde el consumo de tabaco y la exposición prolongada al humo causa muchas enfermedades, dentro de las cuales se encuentran la EPOC, que ocupan el sexto lugar en mortalidad hospitalaria a nivel nacional y constituyen el cuarto lugar en la consulta ambulatoria del Instituto Nacional del Tórax.

A su vez, según la Fundación de Diabetes, la Secretaría de Salud y OPS (2005) la hipertensión arterial HTA afecta aproximadamente al 20% de la población hondureña mayor de 20 años, y ocupa el sexto lugar en el grupo de enfermedades de notificación obligatoria y el quinto lugar de egresos en el Hospital Escuela. Además según el Perfil del Sistema de Salud de Honduras elaborado por la OPS (2009) quienes reflejan que la hipertensión arterial y la diabetes son la primera y la sexta causa de atención en especialidades, aunque no existe una base de datos completa es evidente que las ECNT ocupan los primeros lugares en morbilidad y mortalidad a nivel nacional. Es decir, que según investigaciones de Estudiantes de Medicina de la UNAH, desarrollados a través del Programa de Asistencia Primaria de Salud (APS), reflejan las condiciones de salud de la población de Honduras, indicando que los pacientes atendidos "tienen una alta incidencia de ECNT como la hipertensión arterial, asma bronquial y diabetes" (UNAH, 2013).

Al mismo tiempo, a mayor edad mayor prevalencia de ECNT, esto puede deberse a que los ancianos representan una población de mayor riesgo de presentar problemas en el estado nutricional, tanto por el propio proceso de envejecimiento, que aumenta las necesidades de algunos nutrientes y produce una menor capacidad de regulación de la ingesta de alimentos, como otros factores asociados a: cambios físicos, psíquicos, sociales, y económicos (Alvarez Sintés, 2008). A medida que aumenta la edad se incrementa la posibilidad de padecer hipertensión arterial (Rosas-Peralta & Attie, 2007).

Igualmente el género femenino presenta mayor prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles, según Peranovich (2016) afirma que hay una clara tendencia diferencial de género, identificándose que las mujeres permanecen más tiempo con enfermedades crónicas, lo que reduce su esperanza de vida saludable. Varios estudios han concluido que, aunque la esperanza de vida es mayor para las mujeres, la proporción de años libres de enfermedad es menor respecto a los hombres, sugiriendo que las mujeres sobreviven más tiempo que los hombres luego de desarrollar enfermedad. Estudios a nivel mundial coinciden que la hipertensión se da más en el sexo femenino.

En seguida, algo semejante ocurre con la asociación entre las ECNT cardiovasculares (IAM, HTA, IC), diabetes, las enfermedades pulmonares (asma bronquial, EPOC, bronquitis crónica) y los trastornos mentales (Florenzano, y otros, 2006) específicamente con el trastorno de ansiedad y depresión, no así con los trastornos de alcohol, abuso de drogas, estrés postraumático y epilepsia; a excepción de los cánceres únicamente el cáncer de próstata que no se asocian con los trastornos mentales, Diferentes estudios reportan que el sufrir enfermedades cardiovasculares (HTA) aumenta el riesgo de presentar estrés psicosocial, ansiedad y depresión (Vásquez Machado, 2014), (Achury Saldaña et al., 2011). Dentro de las ECNT las principales causa de muerte sobresalen las enfermedades del corazón (Fernández, Thielmann, & Bormey Quiñones, 2012).

Mientras tanto, otro hallazgo fue que se encontró asociación de diez enfermedades crónicas no transmisibles con el trastorno de Ansiedad es decir que, al presentar una mayor prevalencia de infarto agudo al miocardio, hipertensión arterial, insuficiencia cardiaca, accidente cerebrovascular, diabetes, enfermedad de la tiroides, asma bronquial, bronquitis crónica, EPOC y cáncer de colon, mayor será el trastorno de ansiedad; no siendo significativa

la relación con cáncer cervicouterino, de próstata y de mama con la ansiedad. Ya que, diferentes estudios informan que se relaciona la ansiedad con pacientes hipertensos (Vásquez Machado, 2014). También se descubrió que las personas que experimentan ansiedad crónica, prolongados períodos de tristeza y pesimismo, tensión continua tienen el doble de riesgo de contraer una enfermedad, incluidas el asma y problemas cardíacos, además la ansiedad es tal vez la emoción con mayor peso como prueba científica, al relacionarla con el inicio de la enfermedad y el desarrollo de la recuperación (Martín Alfonso, 2003).

Por otra parte, hay que mencionar la asociación de 6 enfermedades crónicas no transmisibles con el trastorno de Depresión, es decir cuando más alta sea la prevalencia de infarto agudo al miocardio, hipertensión arterial, insuficiencia cardíaca, asma bronquial, bronquitis crónica, y cáncer de colon mayor será el trastorno de depresión de igual manera esto podría ser a la inversa. Además, no existe relación significativa con (ACV, diabetes, tiroides, EPOC, cáncer cervicouterino, de mama y próstata) con la depresión. Vale la pena decir, que la disrupción que originan las ECNT favorece que los trastornos mentales se presenten en la vida de las personas, estableciéndose una “relación simbiótica”; en especial la depresión, la cual impide que el tratamiento de las mismas sea eficiente, al mismo tiempo incrementan la morbilidad y mortalidad como es el caso del riesgo de mortalidad en diabéticos con depresión (Málaga, 2014).

Algunas explicaciones de este hallazgo están relacionadas con estudios donde comentan que el diagnóstico de la depresión en los pacientes con falla cardíaca es difícil de identificar, debido a la similitud de los síntomas que se presentan entre estas dos patologías. Dentro de los síntomas y signos están el estado anímico y el estilo cognitivo (Achury Saldaña, Garavito Amaya, Gómez Rodríguez, & Muñoz Bolaños, 2011). Así mismo, otras fuentes de evidencia proponen que las enfermedades cardiovasculares pueden ser un factor de vulnerabilidad y que el desencadenamiento efectivo de la depresión puede ser causado por un agente estresante de tipo psicosocial y de aparición posterior en el tiempo (Samaras, Rossi, Giannakopoulos, & Gold, 2010), (Vásquez Machado, 2014), (Bastidas-Bilbao, 2014)

Indiscutiblemente, se comprobó que a mayor comorbilidad de trastornos mentales mayor padecimiento de enfermedades crónicas no transmisibles, al igual que una persona puede presentar más de una enfermedad física, asimismo es frecuente una alta comorbilidad entre

la depresión y otras patologías mentales, lo que indica que hay adultos que tienen más de una de las enfermedades investigadas. Esta situación es especialmente frecuente en edades avanzadas, ya que estos adultos mayores son quienes tienen más probabilidad de presentar complicaciones y es cuando concurren varios trastornos físicos y mentales. La literatura internacional indica que alrededor de la mitad de la población adulta con trastorno depresivo mayor cumple con criterios diagnósticos para uno o más trastornos de ansiedad. Se ha relacionado a los cuadros depresivos con patología crónica, debido a la merma de salud general y el consiguiente menoscabo en el funcionamiento familiar, social y laboral. Los problemas de salud mental interactúan y acentúan los síntomas físicos y el coste sanitario de los pacientes con patología dual puede verse incrementado hasta el 45%. Los problemas de salud física no sólo coexisten con trastornos mentales como la depresión, sino que pueden también predecir el inicio y la persistencia de ésta (Medina-Mora, Rojas, Borges, & Vásquez-Pérez, 2008), (Salvo, 2014).

Por el contrario, uno de los hallazgos inesperados fue la alta prevalencia del EPOC, la cual fue superior a lo reportado en la literatura encontrándose en un 50% de los encuestados (Martínez Pérez, Vásquez Martín, & Rodríguez Zapata, 2016), este resultado se puede relacionar con la alta contaminación ambiental (aplicación de químicos altamente tóxicos) a consecuencia de la explotación de la minería a cielo abierto existente en el Valle de Siria Fráncico Morazán, donde los municipios visitados forman parte (Torres Funes, 2016). Otra causa pueda ser el uso de fogones dentro de los hogares con mala ventilación, el fumar cigarrillo por largo plazo (activos y pasivos). Además, la combinación del asma bronquial y el cigarrillo (SESAL, 2003).

Además, toda nueva investigación conlleva muchos retos, como ser definir la población de estudio, calcular una muestra representativa a la población, entre otras. Dentro de algunas limitantes que se presentaron están: sesgo de selección (algunas personas no fueron encuestadas debido a que no estaban en sus casas o no se podía acceder a algunas colonias por la peligrosidad). Sesgo de información (algunas personas tuvieron dificultad al responder por sus malestares). En algunas personas que reportaron “enfermedad mental o física” estas no pudieron ser comprobadas por un dictamen médico, lo que lleva a una sobreestimación de estos trastornos.

Definitivamente, del análisis de las investigaciones revisadas en varios países y en diferentes años se puede extraer una serie de consideraciones que, como reflexión final, aportan información general para asociar con los resultados de la presente investigación y demostrar que es muy frecuente la coexistencia de ECNT y los trastornos de ansiedad y de depresión, ya que para la mayoría de las personas resulta difícil y preocupante aprender a sobrellevar y vivir con una dolencia crónica de larga duración como la diabetes o el cáncer, por lo que no es sorprendente que la depresión sea la complicación más común asociada con este tipo de condiciones; lo que puede complicar gravemente los resultados del tratamiento, agravar la evolución de la enfermedad física y reducir su calidad de vida.

6.2 Contrastar principales hallazgos con la Teoría

Al analizar cómo la mente, lo subjetivo, influye en las ECNT tenemos que pensar que hay factores psicosociales perjudiciales, entre ellos están los estados emocionales mal manejados (ansiedad, depresión e ira), el aislamiento social y la comunicación inadecuada, los afrontamientos defensivos ante los eventos estresantes, las creencias desfavorables acerca del control que podemos ejercer sobre ellos, el pesimismo y la desesperanza. Algunas investigaciones demuestran que más del 40% de los pacientes que asisten a hospitales por enfermedades crónicas presentan alteraciones emocionales y problemas de adaptación (Grau Abalo, 2016).

Si esto es así, los cambios que experimentan las personas diagnosticadas con ECNT a nivel individual, familiar o social evidencian la importancia de la intervención psicológica desde el modelo cognoscitivo conductual, según literatura existente que demuestra la efectividad de este modelo para facilitar ajustes en el estilo de vida, generar mayor adherencia al tratamiento, minimizar los riesgos de recaída y mantener el nivel de calidad de vida del paciente y de quienes lo rodean (Orozco Gómez & Castiblanco Orozco, 2015). Diversas enfermedades crónicas pueden provocar cambios de personalidad. Entre éstas se incluyen enfermedades cerebrovasculares, enfermedades endocrinas (p. ej., hipotiroidismo) y las enfermedades crónicas implicadas se identifican a partir de la exploración física, de las pruebas de laboratorio y de los patrones de prevalencia e inicio.

6.3 Implicaciones teóricas y prácticas de los resultados

Acorde con la investigación realizada y los resultados obtenidos, permite evidenciar la integralidad del ser humano en cuanto a procesos mentales o psicológicos y el cuerpo como expresión de un proceso mental o un proceso psíquico; dado que es de alta relevancia porque estas enfermedades se están convirtiendo en un verdadero azote incluso en males silenciosos que aquejan nuestro organismo y que estamos enfocándolos en curación cuando están consolidados como enfermedades y no vemos todo lo que condiciona a que seamos candidatos a enfermedades crónicas no transmisibles.

No obstante, el acceso a servicios de salud, particularmente a atención especializada en salud mental, seguramente es menor entre los individuos que residen en comunidades rurales, por lo que esta variable y la alta prevalencia de depresión deben ser consideradas para la planeación de acciones de prevención, diagnóstico y tratamiento de esta patología. Ya que la búsqueda de atención en comunidades rurales se concentra en su red de apoyo social y, en segunda instancia, se dirige a los miembros del sistema etnomédico local. Entre los principales argumentos debe destacarse el relevante papel que atribuyen al desencuentro en la visión que del trastorno depresivo tienen los habitantes de las áreas rurales y los médicos responsables de su atención.

Además, se evidencia que las enfermedades crónicas no transmisibles se asocian con trastornos mentales y al mismo tiempo que la mayor debilidad del sistema de salud pública es que no da respuesta de manera eficiente a ambas enfermedades desde una perspectiva biopsicosocial, sin poder atender de forma urgente y responsable estos padecimientos, debido a que en el país estamos en pañales en relación al abordaje de las enfermedades crónicas no transmisibles y los trastornos mentales, ya que poco se hace al respecto; sólo nos quedamos en enfermedades infecciosas no salimos de dengue, chikungunya, entre otras. Por lo que esta investigación es un avance de la problemática de ECNT y que al relacionarse con los trastornos mentales agudizan la calidad de vida de las personas que la padecen en detrimento de la sociedad hondureña.

Nuestro cuerpo actúa como una maquinaria perfecta. Si no atendemos las primeras señales, mandará las segundas, y si tampoco esas nos “da tiempo de atenderlas”, mandará las terceras. Y esas, siempre son en forma de enfermedad física. Cuando ya se llega al dolor

físico, el cuerpo ya enfermó. Pero la curación no sólo está en la medicina. Sino también en la psicoterapia. Porque si no se cambia las bases de lo que provocó la enfermedad, si no se aprende a escuchar las señales previas, el cuerpo no tendrá otra salida que continuar enviando señales más y más fuertes...El cuerpo da la respuesta que el mundo emocional no da: parar, ser cuidadoso, conocer los factores de riesgo y cambiar nuestro estilo de vida.

Por lo que se propone que, a través de la psicología de la salud, generar acciones en la promoción de las conductas de salud y la prevención de enfermedades y adicciones, siendo necesario profundizar en los campos teóricos que se han estructurado a través de sus modelos de salud. Las concepciones tradicionales de salud enfermedad, en los últimos años han tenido que abrir campo a los diferentes desarrollos conceptuales especialmente aquellos holísticos e integrales, como el que ofrece sostén al campo de la Psicología de la Salud, con el fin último de lograr aprehender la complejidad de la salud y enfermedad. El reto es obtener cambios que reflejen datos que sean favorables en las condiciones de vida y perfiles de salud de diferentes grupos de población para articularse con los desarrollos del pensamiento indispensable en salud, todo lo anterior con el fin único de asegurar que las estrategias de intervención que se utilicen estén subordinadas a, y como apoyo de una serie de valores y en un enfoque centrado en la persona, que mejoren su calidad de vida.

En conclusión, se reafirma que la presente investigación es un tamizaje, sólo se sacó la prevalencia la cual sirve máxime en nuestro ambiente que no tenemos nada, únicamente da pie a que en un futuro próximo darle continuidad, planteándose hipótesis más fuertes, que generen datos epidemiológicos significativos sobre la situación nacional que servirán para la reorganización y elaboración de nuevas propuestas en Salud mental y enfermedades crónicas no transmisibles.

Conclusiones

1. La prevalencia de trastorno mental obtenida en la población de municipios de Cedros y El Porvenir del departamento de Francisco Morazán fue de 42,7%.
2. Los trastornos mentales de mayor prevalencia en la población de los municipios de Cedros y El Porvenir del departamento de Francisco Morazán corresponden a la depresión (38,7%), seguidos de los trastornos de ansiedad (29,2%).
3. La prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles según los 4 tipos de enfermedades fue: cardiovascular con un 60.3%, endocrinológicas con un 10.6%, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica con un 72.3% y Cáncer con un 13.3%.
4. En cuanto a las características sociodemográficas:
 - a. La prevalencia de trastornos mentales fue mayor en la población femenina 66,4% en relación al género masculino con un 33,6%.
 - b. El porcentaje de mayor prevalencia de trastorno mental se encuentra en las personas adultas mayores (51 años en adelante) con 37,5%.
 - c. El 69% del género femenino padece de enfermedad crónica no transmisible ECNT.
 - d. El 40% de adultos tiene mayor tendencia a aumentar las enfermedades crónicas no transmisibles a: mayor edad.
5. Existe asociación entre las enfermedades crónicas no transmisibles cardiovasculares (hipertensión arterial, infarto agudo al miocardio, insuficiencia cardiaca), diabetes, las enfermedades pulmonares (bronquitis crónica, asma bronquial, EPOC) y los trastornos mentales. Al mismo tiempo es importante resaltar que no se refleja relación entre los cánceres únicamente el cáncer de próstata y la prevalencia de trastornos mentales.
6. Además, existe asociación de diez enfermedades crónicas con la ansiedad, es decir que, al presentar una mayor prevalencia de padecer hipertensión, infarto agudo al miocardio, insuficiencia cardiaca, accidente cerebrovascular, diabetes, tiroides, bronquitis crónica, EPOC, asma bronquial y cáncer de colon mayor será la ansiedad.
7. Igualmente, seis enfermedades crónicas no transmisibles se asociación con la variable depresión, es decir cuando más alta sea la hipertensión, infarto agudo al miocardio, insuficiencia cardiaca, bronquitis crónica, asma bronquial y cáncer de colon mayor será la depresión.

Recomendaciones

1. Es urgente promover el interés de los psicólogos por participar en la formulación de la política pública en general, y particularmente en el campo de la salud, para que tengan una mayor incidencia en los procesos de toma de decisiones en materia de prevención, promoción y atención de la salud mental y física.
2. Con respecto a los resultados podemos exponer que la decisión de cambio es un juicio de elección que requiere de voluntad permanente y tiempo para cambiar las conductas de salud, resolviendo las posibles contingencias que pueda provocar una enfermedad crónica, luego la decisión de cambio es un proceso interno que posee propiedades de predicción de conductas saludables en individuos con enfermedad física y mental.
3. Por lo que uno de los principales desafíos tendría que ser mostrar a la sociedad otra faceta de lo que constituyen los trastornos mentales: el campo de estudio de los profesionales, el papel que juegan los familiares, amigos y personal de salud, la relevancia en el cuidado de los pacientes, y en general la calidad y el modo de vida de los mismos.
4. Promover la socialización de los resultados obtenidos en esta investigación que generen cambios a nivel de Universidad (autoridades, catedráticos y alumnos) en cuanto a la ampliación del conocimiento sobre salud mental y enfermedades crónicas no transmisibles.
5. Que el Grupo de Maestría en Psicología Clínica I Promoción de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras, genere espacio de mayor divulgación de las investigaciones realizadas en los diferentes departamentos del país, sobre la prevalencia encontrada, que permita cambios y mejoramiento de la salud mental y física de la población, particularmente de las más vulnerables.

Referencias Bibliográficas

- Abeldaño, R. A., & Fernández, R. (2016). Salud mental en la comunidad en situaciones de desastres. Una revisión de los modelos de abordaje en la comunidad. *Ciencia & Saúde colectiva*, 21(2), 431-442.
- ACAPS. (2014). *Otras situaciones de violencia en el Triángulo del norte Centroamericano*. Obtenido de http://www.iecah.org/web/images/stories/Otras_situaciones_de_violencia_ACAPS_Mayo_2014.pdf
- Accortt, E. E., Freeman, M. P., & Allen, J. J. (2008). Women and major depressive disorder: Clinical Perspectives on Causal Pathways. *Journal of Women's Health*, 17(10).
- Achury Saldaña, D. M., Garavito Amaya, C., Gómez Rodríguez, J. M., & Muñoz Bolaños, S. J. (2011). Cuidado de enfermería al paciente con falla cardíaca en situación de depresión. *Investigaciones en Enfermería imagen y desarrollo*, 13(1), 47-64.
- Aguilar Pardo, M. D., Padilla, D. L., Oviedo, H., Landa Espinoza, E., Sierra, M., Sosa, C., . . . Alger, J. (2010). Prevalencia de Depresión en mujeres mayores de 18 años en dos comunidades rurales de la región central de Honduras. *Revista Médica Honduras*, 78(4), 174-178.
- Alvarez Sintés, R. (2008). *Medicina general integral*. V.I. Salud y medicina. La Habana: Editorial Ciencias Médicas.
- Álvarez-Blanco, M., Escudero-de los Ríos, P., & Hernández-Toríz, N. (2008). Cáncer de Próstata. *Rev. Mex Urol*, 68(4), 250-259.
- American Cancer Society. (22 de febrero de 2016). *Cáncer colorrectal*. Recuperado el 27 de marzo de 2017, de <https://old.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/002290-pdf.pdf>
- American Cancer Society. (20 de abril de 2016). *Docmia*, microsof word. 117.96.pdf. Recuperado el 18 de marzo de 2017, de <http://docmia.es/d/118124>
- Amodeo Escribano, S. (2011). Psicoterapia del Trastorno de Estrés Postraumático. A propósito de un Caso. *Clínica Contemporánea*, 2(3), 285-292.
- Amy, A., Mohamed, K., & Lee, K. (2014). Body affects mind? Preoperative behavioral and biological predictors for postoperative symptoms in mental health. *Journal of*

- behavioral medicine*, 37, 289-299. Obtenido de Body affect mind? Preoperative behavioral and biological predictors for postoperative symptoms in mental health. .
- Andino, J. (julio de septiembre de 2011). *Blog Educativo*. Recuperado el 10 de julio de 2017, de Historia de Cedros F.M. y su aldea Agalteca: <http://jeynyandino.blogspot.com/2011/07/en-la-epoca-colonial.html>
- APA. (1995). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV*. España : Editorial Masson.
- APA. (2013). DSM.5 Novedades y Criterios Diagnósticos. En A. P. Publishing. Washington, D.C. USA: CEDE.
- APA. (2014). *Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)* (5a. ed.). España: Medica Panamericana . doi: 978-84-9835-810-0
- Araujo Lamino, D. d., de Mattos Pimenta, C. A., Braga, P. E., & Delalibera Corrêa de Faria Mota, D. (2015). Fatiga Clínicamente relevante en las mujeres con cáncer de mama: Prevalencia y factores asociados. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 17(2), 1-13.
- Arenas, M. C., & Puigcserver, A. (22 de Diciembre de 2009). Diferencias entre hombres y mujeres en los trastornos de ansiedad: una aproximación psicobiológica. *Escritos de Psicología*, 3(1), 20-29.
- Arieu, P. J. (25 de febrero de 2016). *Teorías fundamentales sobre el origen de la salud mental*. Recuperado el 21 de marzo de 2017, de Teologillo.com : <https://elteologillo.com/2016/02/25/teorias-fundamentales-sobre-el-origen-de-la-salud-mental/>
- Baena Zuniga, A., Sandoval Villegas, M. A., Urbina Torres, C. C., Juárez, N. H., & Villaseñor Bayado, S. J. (2005). Los Trastornos del estado de ánimo. *Revista Digital Universitaria*, 6(11), 1-14.
- Bandura, A., & Locke, A. E. (2003). Negative self efficacy and Goal Effect Revisited. *Journal of Applied Psychology*, 88(1), 87-99.

- Barranco, P., Delgado, J., Gallego, L. T., Bobolea, I., M., P., García de Lorenzo, A., & Quirce, S. (2012). Asma, Obesidad y dieta. *Rev. Nutrición Hospitalaria* , 27(1), 138-145.
- Bastidas-Bilbao, H. (2014). Enfermedades médicas y depresión en el adulto mayor: características comunes y relación etiológica. *Revista de Psicología* , 32(2).
- Bautista, C., Velásquez, J., Icaza MEMM, L. M., López, M., & Robles, N. (2012). Sociodemographic and personal factors related to depressive symptomatology in the Mexican population aged 12 to 65. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 2012, 34(4), 395-404.
- Becoña Iglesias, E. (2002). Bases científicas de la prevención de las Drogodependencias. En *Capítulo 4: La necesidad de Partir de un modelo Teórico; Teorías y Modelos explicativos en la prevención de los Drogodependencias*. (pág. 477). Madrid , España
- Benjet, C., Casanova, L., Borges, G., & Medina-Mora, M. E. (2013). Impacto de los trastornos psiquiátricos comunes y las condiciones crónicas físicas en el individuo y la sociedad. *Salud Pública de México*, 55(3).
- BID. (2011). *Enfermedades crónicas no transmisibles y sus factores de riesgo en Argentina: Prevalencia y prevención*. Universidad Nacional de La Plata . Argentina : CEDLAS
- Blanco, A., & Rodriguez, M. J. (2007). *Intervención Psicosocial*. México, México.: Prentice Hill.
- Burgueño, M., Garcia-Bastos, J., & González-Buitrago, J. (1995). La curva ROC en la evaluación de las pruebas diagnóstica. *Medicina Clínica*, 104, 661-670.
- BVS Honduras. (1997). Historia de la Psiquiatria en Honduras. *Revista Médica hondureña*, 65(2), 89-95.
- Cabrera, S. A., & López-Rodas, J. E. (2012). Episodios depresivos en la comunidad rural de Huaripampa, Ancash usando el MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview). *Revista de Neuro-Psiquiatria*, 75(1), 2-6.
- Canicali Primo, C., Nunes Goncalves, L., Pires Olympio, P. d., Costa Leite, F., & Costa Amorim, M. (octubre de 2012). Ansiedad en mujeres con cáncer de mama . *Enfermería Global* , 11(4), 52-62.

- Castellanos Cárdenas, M. T., Guarnizo Castillo, C. A., & Salamanca Camargo, Y. (2011). Relación entre niveles de ansiedad y estrategias de afrontamiento en practicantes de psicología de una universidad colombiana. *International Journal of Psychological Research*, 4(1), 50-57.
- Centro de recursos de promoción y educación para la salud. (12 de 09 de 2014). *Promoción y educación para la salud*. Obtenido de Determinantes de la Salud Mental y promoción de la Salud: <http://blogs.murciasalud.es/edusalud/2014/09/12/determinantes-de-la-salud-mental-y-promocion-de-la-salud/>
- Chirinos-Flores, A., Munguía-Matamoros, A., Lagos-Velásquez, A., & Salgado-David, J. (Enero-Abril de 2002). Prevalencia de Depresión en Mujeres Mayores de 18 años en dos comunidades rurales de la región central de Honduras. *Revista Médica Post Honduras*, 7(1), 42-48.
- 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 Médica Postgrado UNAH*, 7(1), 42-48.
- Coll-Muñoz, Y., Valladares Carvajal, F. d., González Rodríguez, C. M., Falcón Hernández, A., & Pereira Valdés, E. (2011). Infarto Agudo de miocardio. Guia práctica Clínica. *Revista Finlay [revista en internet]*, 111-130.
- Correa Lima, M., & Gómes- da Silva, M. (2005). Colorrectal cáncer, hábitos de vida y factores dietéticos. *Nutrición Hospitalaria*, 20(4), 235-241.
- Cullari, S. (2001). *Fundamentos de Psicología Clínica*. México: Pearson.
- Danhke, G. (1989). *Investigacion y comunicacion*. (E. C. (Eds), Ed.) México : McGraw Hill.
- Davis, W., Hess, G., & Hiss, R. (1988). Psychological correlates of survival in diabetes. *Diabetes Care*, 11, 538-545.
- de Tejada Lagonell, M. (enero-junio de 2012). Variables sociodemograficas según turno escolar en un grupo de estudiantes de educacion básica: un estudio comparativo. *Revista de Pedagogía*, XXXIII, 235-269.
- Dever, G. (1991). Epidemiología y administración de servicios de salud. *Aspen Publishers*.

- Diana Vaca McGhie, M. P. (2015). *Aumentando la Prevención y el Tratamiento del Accidente Cerebrovascular en el Continente Americano: Declaración de Santiago de Chile*. Santiago de Chile: American Heart Association .
- Díaz Duque, A. E. (enero-marzo de 2008). Bronquitis Aguda: diagnóstico y manejo en la práctica clínica. *Universitas Médica*, 49(1), 68-76.
- Díaz Giraldo, P. A. (2015). La pregunta por la salud mental: Un concepto disgregado. *Psyconex*, 7(11), 1-16. Obtenido de <https://docplayer.es/47203604-La-pregunta-por-la-salud-mental-un-concepto-disgregado-la-definicion-del-concepto-de-salud-mental-a-pesar-de-su-formalizacion-en-la-oms-en-1950.html>
- Dickstein, K., Cohen-Solal, A., Filippatos, G., McMurray, J. J., Ponikowski, P., & Poole-Wilson, P. (2008). Guía de práctica Clínica de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) para el diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardíaca aguda y crónica (2008). *Revista Española de Cardiología*, 61(12), 1329,e1 -1329,e70.
- Donaire Chan, Víctor M. (2001). La Historia de la Psicología en Honduras. *Talleres de Ingraco, S. de R.L. Tegucigalpa, M.D.C.* <http://www.colegiodepsicologos.hn/wp-content/uploads/2018/04/La-Historia-de-la-Psicolog%C3%ADa-en-Honduras-REVISADO-1.pdf>
- Donis, J. (2013). Tipos de diseños de los estudios clínicos y epidemiológicos. *Avances en Biomedicina*. 2(2), 76-99.
- Dumais, A., Lesage, A., Alda, M., Rouleaud, G., Dumont, M., Chawky, N., & Tureccki, G. (2005). Risk factors for suicide completion in mayor depression a case-control study of impulsive and aggressive behaviors in men. *American Journal of Psychiatry*, 162(11), 2116-2124.
- Eaton, e. a. (2001). Un Modelo Invariable de Responsabilidad Dimensional de las Diferencias de Género en la Salud Mental Prevalencia del trastorno: Evidencia de una muestra nacional. *Journal of Abnormal Psychology*. Obtenido de Tendencias 21: http://www.tendencias21.net/Hombres-y-mujeres-tienden-a-sufrir-enfermedades-mentales-distintas_a7384.html
- EcuRed. (10 de julio de 2017). *Cedros (Honduras)*. Recuperado el 10 de julio de 2017, de [https://www.ecured.cu/Cedros_\(Honduras\)](https://www.ecured.cu/Cedros_(Honduras))

- El Heraldo. (7 de abril de 2014). Cáncer de Cérvix, el mas común en la mujer. Obtenido de <http://www.elheraldo.hn/pais/572888-214/cancer-de-cervix-el-mas-comun-en-la-mujer>
- ENDESA. (2012). *Encuesta Nacional de Demografía y Salud ENDESA 2011-2012*. Calverton, Maryland, EEUU: SESAL, INE e ICF International.
- Equipo de investigación. (8 de Julio de 2013). *Honduras: Entremares se llevó el oro provocando muerte, enfermedad y pobreza*. Recuperado el 7 de julio de 2017, de conexihon.info: <http://www.hondurastierralibre.com/2013/07/honduras-entremares-se-llevo-el-oro.html>
- Fernández, R. M., Thielmann, K., & Bormey Quiñones, M. B. (2012). Determinantes individuales y sociales de salud en la medicina familiar. *Revista Cubana de Salud Pública*, 38(3), 484-490.
- Fernández, S. (2012). *Perfil Epidemiológico de la Salud Mental en México*. México: Secretaría de Salud Subsecretaría de Prevención y promoción de la Salud Dirección General de Epidemiología.
- Fernández-Alvarez, H. (2003). Claves para la unificación de la psicoterapia. (Más allá de la integración). *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 12, 229-246.
- Ferrá Torres, T. M., Estrada Abreu, D. R., & Bermejo Bencomo, W. (2009). Factores de riesgo medioambientales del cáncer cervicouterino. *Archivo Médico de Camagüey*, 13(2), 12.
- FES Social. (2005). *Estudio Nacional de Salud Mental Colombia 2003*. (M. d.-F. FES, Ed.) Calí, Colombia: Gráficas, Ltda.
- FIDA. (2011). *Dar a la poblacion rural pobre de Honduras la oportunidad de salir de la pobreza*. Obtenido de <https://www.ifad.org/documents/10180/ef03ee63-3c7c-4e26-8b4e-c5e6608907aa>
- Fisher, J., Cabral de Mello, M., Patel, V., Rahman, A., Tran, T., Holton, S., & Holmes. (2012). Prevalencia y determinantes de los trastornos mentales perinatales frecuentes en mujeres en paises de ingresos bajos y medios-bajos; examen sistémico. *Bulletin of the World Health Organization*, 90(2), 139G-149G.

- Florenzano, R., Fullerton, C., Goldberg, D., Rezaki, M., Mavreas, V., & Maier, W. (2006). *La relación entre enfermedades físicas y trastornos mentales en diferentes países. Estudio de la Organización Mundial de la Salud*. APAL.
- Flores, S. (2012). El analfabetismo en Honduras. *Revista de Derecho*, 35(1).
- Flores-Alvarado, L. R., Moreno-Vargas, J., Delgado-Quiñonez, E., & Sandoval R, O. (Mayo-julio de 2015). Factores de riesgo cardiovascular en pacientes de 35 a 74 años con diabetes mellitus tipo 2 en el programa DIABETIMSS. *Revista Médica MD*, 6(4), 243-248.
- FOROMED. (2017). *Estrés, causas, síntomas, tratamientos, consecuencias y mas*. Obtenido de foromed.com
- Foucault, M. (1998). *Historia de la Locura en la época clásica I* (Vol. I). (J. J. Utrilla, Trad.) Santa Fe, Bogotá, D.C., Colombia: FCE. doi:958-9093-85
- Frager, R., & Fadiman, J. (2010). *Teorías de la Personalidad*. México: Alfaomega.
- Freeman, D., & Freeman, J. (2013). *The Stressed Sex: Uncovering the Truth about Men, Women, and Mental Health*. Oxford: Oxford University Press.
- Frontera Roura, E. A. (2009). Salud Mental y Bioética: Relación simbiótica. *Acta Bioethica*, 15(2), 139-147.
- Fuente Muñiz, R. (2008). *Psicología Médica* (1° ed.). Mexico, Mexico: FCE. doi:ISBN. 9789681639341
- Fullerton U, C., Florenzano U, R., & Acuña R, J. (2000). Comorbilidad de enfermedades médicas crónicas y trastornos psiquiátricos en una población de consultantes en el nivel primario de atención. *Rev. Méd. Chile*, 128(7).
- Gallo Garcia, V. (2014). *Influencia de las pautas transaccionales del sistema familiar y el ciclo vital de la pareja en la incidencia*. Obtenido de umanizales edu: <http://ridum.umanizales.edu.co:8080/xmlui/bitstream/handle/6789/1854/Influencia%20de%20las%20pautas>

- Gerónimo, N., Castañeda, O., Reyes, Y., Moron, L. S., Segura, O., & Hernández Robayo, P. (abril-septiembre de 2011). Prevalencia de cáncer de cuello uterino y cáncer de seno en Yopal, Casanare, Colombia. *Investigaciones Andina*, 13(22), 162-176.
- Goldberg, D., & Williams, P. (1988). *User's guide to the general health questionnaire*. Windsor: NFER-Nelson .
- Gómez, B. (2011). Abordaje de perturbaciones asociadas a enfermedades físicas crónicas. En H. F.-A. (Comp.), *Paisajes de la Psicoterapia. Modelos, procedimientos y aplicaciones*. (págs. 240-266). Buenos Aires: Polemos.
- Gómez, B. (noviembre de 2011). Introducción al Tema Especial: contribuciones de la psicología clínica al campo de las enfermedades físicas crónicas. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, xx(3), 197-200.
- Gómez, F. (2007). *Trastorno Mental: Definición según la OMS y el DSM*.
- Grau Abalo, J. A. (Mayo-Agosto de 2016). Enfermedades Crónicas no Transmisibles: Un abordaje desde los factores psicosociales. *Salud y Sociedad*, 7(2), 138-166.
- Harris, M. (2004). Antropología Cultural. En H. M., *Antropología Cultural* (pág. 624). Alianza Editorial.
- Hellman, C. (1994). En *Culture Health and Illnes*. England: Oxford University.
- Hernández Rodríguez, R., Amaya, J. A., & Chávez, M. A. (2002). *Promoción de la Medicina y Terapias Indígenas en la Atención Primaria de Salud: El Caso de los Garífunas*. Universidad Pedagógica Nacional Francisco Morazán . Honduras: Dirección de Investigación OPS/OMS.
- Hernández Sampieri, R. (2014). *Metodología de la Investigación*. México: Mc Graw Hill.
- Hernández, B., & Velasco-Mondragón, H. E. (2000). Encuestas transversales. Salud Pública de Mexico. *Salud Pública de México*, 42(5), 447-455.
- Hospital General San Felipe. (2003). *Registro de Cáncer*. Honduras .
- HPMM. (2015). Historia Hospital Psiquiátrico Mario Mendoza. Tegucigalpa, Honduras.

- Ibañez Marti, C. (29 de Febrero de 2012). *Que es la incidencia y la prevalencia de una enfermedad*. Obtenido de Salud pública y algo mas : http://www.madrimasd.org/blogs/salud_publica/2012/02/29/133136
- IDAMHO Instituto de Derecho Ambiental de Honduras . (2013). *La Mina de San Martín en el Valle de Siria*. Tegucigalpa, Honduras: Gráficos Tegucigalpa. Obtenido de <http://www.movimientom4.org/wp-content/docs/informe-mina-san%20martin-honduras.pdf>
- IESM-OMS. (2008). *Informe sobre el sistema de salud mental en Honduras*. Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias (MSD) de la OMS. Tegucigalpa, M.D.C. Honduras: OPS/OMS.
- IHADFA. (2012). Revista de investigaciones del IHADFA. *Revista de investigaciones del IHADFA, 1*, 136.
- INE. (2013). *Encuesta Nacional de Demografía y Salud ENDESA 2011-2012*. Tegucigalpa, M.D.C., Honduras.
- INE Honduras. (19 de marzo de 2013). *Censo de XVII Población y VI vivienda 2013*. Obtenido de Publicaciones INE y VI Vivienda 2013: <http://www.ine.gob.hn/index.php/component/content/article?id=103>
- Kabat-Zinn, J. (2004). *Vivir con plenitud las crisis: Cómo utilizar la sabiduría del cuerpo y la mente para afrontar el estrés, el dolor y la enfermedad*. Barcelona: Kairós.
- Kendall-Tackett, K. (2015). *Trauma, Violencia y Abuso*. Obtenido de <http://www.aarp.org/espanol/salud/expertos0/elmer-huerta/info-2015/violencia-domestica-salud-enfermedades-cronicas.html>
- Klein, M. (1960). Sobre la salud mental . *Bibliotecas de Psicoanálisis* , 7.
- Kohn, R., Shekhar Saxena, L. I., & Saraceno, B. (november de 2004). La Brecha terapéutica en la atención de salud mental. *Bulletin of the World Health Organization*, 82(11), 858-866.
- La Prensa. (6 de agosto de 2014). Recuperado el 25 de junio de 2017, de <http://www.laprensa.hn/honduras/sanpedrosula/735629-98/aumenta-la-cifra-de-hondure%C3%B1os-con-trastornos-mentales>

- Landeros-Olvera, E., Benavides, R., Frederickson, K., Martínez-Reyes, M. d., & Celis-García, M. (Abril de 2013). Análisis de concepto: "Decisión de cambio" para mejorar las conductas de salud en el contexto de las enfermedades crónicas en adultos. *I3(1)*, 57-68.
- Lau, M. (2005). Terapia cognitiva basada en la conciencia plena: Integrando la Conciencia plena, la meditación y la terapia cognitiva para educir el riesgo de recaída en la depresión. *Revisa Argentina de Clinica Psicológica.*, *13*, 7-15.
- Leguia-Cerna, J. A., Morales-Cabrejos, M. C., Soto-Cáceres, V., & Diaz-Vélez, C. (2015). Frecuencia y factores asociados a tamizaje y positivos para diabetes mellitus tipo 2 en la población de la Provincia de Chiclayo 2011. *Revista cuerpo Med. HNAAA*, *8(2)*, 64-70.
- Lemus Valdes, M. T., Llanos Hernández, I., & Lardoezt Ferrer, R. (2015). Interacción genoma-ambiente en la aparición de la Diabetes Mellitus tipo 2 en la población del municipio Plaza de la Revolución. *Revista Cubana de Investigación Biomédica*, *34(4)*, 298-312.
- Llanqui Gutierrez, U. (Enero-Abril de 2015). Irritantes químicos y prevalencia de asma y bronquitis crónica en los trabajadores de los servicios de limpieza de los establecimientos de salud de la región Puno, Perú. *Revista de la Universidad Industrial de Santander*, *47(1)*, 69-73.
- Londoño, N. H., Marin, C. A., Juárez, F., Palacio, J., Múñiz, O., Escobar, B., . . . Rojas. (2010). Factores de riesgo psicosociales y ambientales asociados a trastornos mentales. *Suma Psicológica*, *17(1)*, 59-68.
- Málaga López, A., Salas Trejo, D., Sala Felis, T., Ponce Romero, M., Goicoechea Sáez, M., Andrés Martínez, M., . . . Valen, G. C. (noviembre-diciembre de 2010). Programa de Cribado de cáncer colorrectal de la comunidad valenciana. Resultados de la primera ronda: 2005-2008. *Revista española de salud pública*, *84(6)*, 729-741.
- Málaga, G. (2014). Las enfermedades crónicas no transmisibles. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, *31(1)*, 6-8.

- mapsofworld. (2012). Obtenido de <http://morazan10.blogspot.com/p/mapa-de-sus-municipios.html>
- Marchetti, R., Castro, A., & Kurcgant, D. (2005). Epilepsia y trastornos mentales. 32(3), 170-182. Obtenido de Bago: <http://www.bago.com/BagoArg/Biblio/psiqweb380.htm>
- Martínez Pérez, J. A., Vásquez Martín, C. E., & Rodríguez Zapata, M. (2016). Prevalencia de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica en una zona rural de Guadalajara. *Revista Española de salud Pública, 90*, 1-10.
- Martinez Villota, S., Rosero, C. A., & Bonilla, M. F. (2015). *GPC Ansiedad*. (I. -C. Montserrat, Editor) Recuperado el 19 de marzo de 2017, de Guia de Practica Clinica Trastorno de Ansiedad: <http://www.clinicamontserrat.com.co/web/documents/Guias%20de%20practica%20clinica/GPC%20ANSIEDAD.pdf>
- Matarazzo, J. D. (2002). Behavioral Health's challenge to academic, scientific, and professional psychology. *American Psychologist, 37*, 20-24.
- Mebarak, M., Castro, A. D., Salamanca, M. d., & Quintero, M. F. (2009). Salud mental: un abordaje desde la perspectiva actual de la psicología de la salud. (U. d. Norte, Ed.) *Psicología desde el Caribe*.(23), 83-112.
- Medina Bardales, M. (2016). *El Panorama del ser humano rural en Honduras*. Obtenido de Mejorar la urbanización rural y acelerar las comunicaciones terrestres y las telecomunicaciones en todo el país.: <http://www.angelfire.com/ca5/mas/mmb/mb006.html>
- Medina Hernández, M. T., Zepeda Maradiaga, A. Z., & Redondo Licon, R. A. (1985). *Patología familiar del paciente psiquiátrico del Hospital Nacional Psiquiátrico Santa Rosita*. Tegucigalpa: UNAH.
- Medina-Mora, M. E., Borges, G., Lara Muñoz, C., Benjet, C., & Blanco. (Agosto de 2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental, 26*(4), 1-16.
- Medina-Mora, M. E., Sarti-Gutierrez, E. J., & Real Quintanar, T. (2015). La Depresión y otros trastornos psiquiátricos. México: Intersistemas, S.A. de C.V.

- Medina-Mora, M., Rojas, E., Borges, G., & Vásquez-Pérez, F. C. (2008). Comorbidity: Depression and substance abuse. En G. T. Aguilar-Gaxiola S (Ed.). New York: Springer .
- Mejia Rosales, S. C. (1976). *Estudio comparativo de salud de los últimos cinco años en el municipio de Cedros, departamento de Francisco Morazan*. Obtenido de TMH142.pdf: <http://www.bvs.hn/TMH/pdf/TMH142/pdf/TMH142.pdf>
- Mental Health Institute, Inc. (2003). *Revisión Completa y Análisis a fondo de Asuntos de Salud Mental Hispana*. New Jersey.
- Millan, R. M. (2012). *Tratamiento de los trastornos mentales a través de la historia*. Obtenido de Activa Ment Catalunya Associació: <http://www.activament.org/es/2012/04/12/el-tractament-dels-trastorns-mentals-a-traves-de-la-historia/#sthash.XhRcKGE5.dpbs>
- Molina-Cruz, L., & Medina-Hernández, M. T. (2003). Prevalencia e Incidencia de las Epilepsias en Honduras. *Rev Med Post UNAH*, 8(1,2,3,), 40-52.
- Moncada Godoy, G. (2013). Prevalencia de trastornos mentales en estudiantes universitarios. *UNAH*.
- Mora Pérez, J., Ibáñez Hernández, L., & Paredes Palma, J. C. (octubre-diciembre de 2012). Prevalencia de síndrome de ovario poliquístico en pacientes con cáncer de mama y diabetes ¿posible factor de riesgo? *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 17(4), 266-272.
- Morera Fumero, A. L., & González de Rivera, J. (1983). Relación entre factores de estrés, depresión y enfermedad médica. *Psiquis*, 4, 253-260.
- Morrison, V., & Bennett, P. (2008). *Psicología de la Salud*. Madrid: Pearson Educacion, S.A. Prentice Hall. doi:ISBN 978-84-8322-343-7
- MPC. (2014). *Sistema de Salud Mental en Honduras. Maestría Psicología Clínica I Promoción*. Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Departamento de Estadísticas, Tegucigalpa, MDC.
- MS. (2015). *Guía Clínica Insuficiencia Cardíaca*. Ministerio de Salud , Chile.
- Navarrete Garduño, J. C. (2014). *Frecuencia de Depresión en pacientes diabéticos e hipertensos del centro de salud rural disperso Portezuelo Jiquipilco Mexico de agosto 2013*

a junio del 2014. Mexico. Obtenido de <http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/14990/Tesis.420068.pdf;sequence=1>

- Nazar J, C., Coloma D, R., Zamora H, M., & Leiva R., I. M. (Agosto de 2015). Manejo preoperatorio de pacientes con enfermedades respiratorias crónicas. *Rev. Chil. Cir*, 67(4), 448-455.
- NIH. (2015). *Las enfermedades crónicas y la salud mental: Como reconocer y tratar la depresión*. (I. N. Mental, Ed.) Obtenido de https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/las-enfermedades-cronicas-y-la-salud-mental-como-reconocer-y-tratar-la-depresion/sp-15-mh-8015_152787.pdf
- Novell Alsina, R., Rueda Quitllet, P., & Carulla, L. S. (2002). *Salud mental y alteraciones de la conducta en las personas con discapacidad intelectual. Guia práctica para técnicos y cuidadores*. Barcelona, España : FEAPS. Recuperado el 20 de julio de 2017, de libro_saludmental: http://www.pascalpsi.es/Docs/salud_mental_y_%20alteraciones_de_la_conducta_en_las_personas_con_discapacidad_intelectual.pdf
- Omaña Polanco, R. (2008). *Estudio sobre la Depresión según la Encuesta Nacional de salud: 1995-2003*. Madrid.
- OMS . (Abril de 2016). *Trastornos mentales*. Recuperado el 19 de marzo de 2017, de Nota Descriptiva No. 396: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/es/>
- OMS. (1994). *A User's Guide to the self-Reporting Questionnaire (SRQ)*. (M. Beusenber, & J. Orley, Trads.) Geneva.
- OMS. (2000). *Encuesta sobre salud y capacidad de respuesta del sistema de salud. Estados de salud*. .
- OMS. (2001). *Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Ginebra, Suiza: Oficina de Publicaciones OMS.
- OMS. (2011). *Carga mundial de trastornos mentales y necesidad de que el sector de la salud y el sector social respondan de modo integral y coordinado a escala de país*. Ginebra, Suiza.
- OMS. (2011). *Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2010. Resumen de Orientación*. Gineba Suiza: Ediciones de la OMS.

- OMS. (6 de Agosto de 2013). *Directrices sobre la atención de Salud mental tras los eventos traumáticos*. Recuperado el 19 de marzo de 2017, de Atención para el trastorno de estrés posttraumático:
http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/trauma_mental_health_20130806/es/
- OMS. (marzo de 2013). *Enfermedades no transmisibles*. Recuperado el 2 de mayo de 2017, de Medicos Conscientes: <http://www.medicosconscientes.net/enfermedades-no-transmisibles.html>
- OMS. (2013). *Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020*. Ginebra, Suiza .
- OMS. (2013). *Prevención y control de las enfermedades no transmisibles: Directrices para atención primaria en entornos con pocos recursos*. OMS.
- OMS. (Enero de 2015). *OMS Alcohol*. Recuperado el 19 de marzo de 2017, de Nota Descriptiva No. 349: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/es/>
- OMS. (2015). *Temas de salud: Enfermedades crónicas*. Obtenido de Chronic diseases: http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es
- OMS. (Abril de 2016). *Nota descriptiva*. Obtenido de La salud mental y los adultos mayores: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/es/>
- OMS. (mayo de 2017). *Adolescentes riesgos para la salud y soluciones*. Recuperado el 09 de marzo de 2018, de Notas descriptivas : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/es/>
- OMS. (febrero de 2017). *Cancer, Nota descriptiva*. Recuperado el 18 de marzo de 2017, de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>
- OMS. (febrero de 2017). *OMS Epilepsia*. Recuperado el 19 de marzo de 2017, de Nota Descriptiva No. 999: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs999/es/>
- OPS . (2008). *Epidemiología Básica*. En R. Bonita, R. Beaglehole, & T. Kjellström. Washington, D.C.: Biblioteca Sede OPS - Catalogación en la fuente. Obtenido de apps.who.int/iris/bitstream/10665/174002/1/Epidemiologia%20basica.pdf
- OPS. (2003). *CIE-10 Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud*. OPS/OMS , Washington, D.C., USA.

- OPS. (2007). *Estrategia regional y plan de acción para un enfoque integrado sobre la prevención y el control de las enfermedades crónicas*. Washington, D.C. .
- OPS. (2009). *Estrategia y plan de acción sobre Salud Mental*. Washington D.C. EUA.
- OPS. (2009). *Perfil del Sistema de Salud de Honduras*. Washington, D.C.
- OPS. (2013). *WHO-AIMS Informe Regional sobre los Sistemas de Salud Mental en América Latina y el Caribe*. Washington, D.C., USA: Biblioteca Sede de la OPS.
- Ornelas-Mejorada, R. E., Tufiño Tufiño, M. A., & Sánchez-Sosa, J. J. (diciembre de 2011). Ansiedad y Depresión en Mujeres con Cáncer de Mama en Radioterapia: Prevalencia y Factores Asociados. *Acta de Investigación Psicológica - Psychological Research Records*, 1(3), 401-415.
- Orozco Gómez, A. M., & Castiblanco Orozco, L. (2015). Factores Psicosociales e intervención Psicológica en Enfermedades Crónicas no Transmisibles. *Revista Colombiana Psicológica*, 24(1), 203-217.
- Payne, D. (2011). Mindfulness interventions for cancer patients. En M. W. Kissane (Ed.), *Handbook of Psychotherapy in cancer care* (págs. 39-47). New York: Wiley .
- Peranovich, A. C. (Abr-Jun. de 2016). Enfermedades Crónicas y factores de riesgo en adultos mayores de Argentina. *Saúde debate*, 40(109), 125-135.
- Pereda Marin, S. (1987). *Psicología Experimental. I. Metodología*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Pérez Chiriboga, I. M. (2002). *Espiritus de Vida y Muerte: Los Miskitu hondureños en época de guerra* (1a, ed, ed.). (J. F. Travieso, Trad.) Tegucigalpa, Honduras: Guaymuras. doi:ISBN: 99926-28-17-0 1. Antropología
- Perez Rosabel, E., Soler-Sánchez, Y. M., & Morales Ortiz, L. (2016). Adherencia terapéutica y creencias sobre su salud en pacientes hipertensos. *Medisan*, 20(1), 3-9.
- Pérez, C. M. (junio de 2005). *Prevalencia y atención a los trastornos mentales en la comunidad rural*. (E. d. Granada, Ed.) Obtenido de <https://hera.ugr.es/tesisugr/15472917.pdf>

- Pichon Riviere, E. (2016). *Diccionario de Psicología Social, letra S, Salud mental*. .
Obtenido de Estudio del Psicoanálisis y psicología : <http://psicopsi.com/diccionario-de-psicologia-social-letra-S-Salud-mental-terminos-de-psicologia-social>
- Pinto-Meza, A., Haro, J., Palacin, C., Torres, J., Ochoa, S., Vilagut, G., & Alonso, J. (2007). Impacto de los trastornos del ánimo, de ansiedad y de las enfermedades físicas crónicas en la calidad de vida de la población general de España. Resultados del estudio ESEMeD-España. *Actas Españolas de Psiquiatria.*, 35(2), 12-20.
- Piqueras R, J. A., Martínez G., A. E., Ramos L., V. R., García L., L. J., & Oblitas G., L. A. (marzo de 2008). Ansiedad, Depresión y Salud. *Suma Psicológica*, 15(1), 43-73.
- PNUD. (2001). *Informe desarrollo Humano, Honduras 2000*.
- Primicia Honduras. (2017). Estudio revela que problemas mentales afectan mas a pobladoes del norte y occidente de Honduras. *Primicia Honduras*. Obtenido de <http://www.primiciahonduras.hn/estudio-problemas-mentales-honduras/>
- Quijano Blanco, Y., & Luque Bernal, R. M. (2015). Irrigación de la Glándula Tiroides en una muestra de Población Colombiana. *International Journal of Morphology*, 1032-1037.
- Quirantes Moreno, A. J., Mesa Rosales, B. M., & Quirantes Hernández, A. J. (2015). Hipotiroidismo subclínico en mujeres adultas atendidas por exceso de peso corporal. *Revista Cubana de Endocrinología*, 26(3), 246-253.
- Ramirez, F. (2010). Sintomatología Depresiva en adolescentes mujeres: prevalencia y factores de relación interpersonal. *Revista Peruana de Epidemiología*, 14(1), 65-71.
- Ramos Lira, L. (2012). Género y violencia. En *Salud mental y medicina psicológica*. México: McGrawHill/UNAM.
- Restrepo, D. A., & Jaramillo, J. C. (2012). Concepciones de salud mental en el campo de la salud pública. *Revista Facultad Nacional de salud Pública*, 30(2), 202-211.
- Rey, J., Bella-Awusah, T., & Jin, L. (2017). Depresión en niños y adolescentes. En M. Irarazaval, & I. H. Otero (Edits.), *Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente de la IACAPAP* (M. F. Prieto-Tagle, Trad., págs. 1-41). Ginebra. Obtenido de <http://iacapap.org/wp-content/uploads/E.1-Depresi%C3%B3n-Spanish-2017.pdf>

- Reyes Ticas, J. A., Zanoletti, G., Mendoza, M. V., & Aguilera, R. (julio-diciembre de 2008). Prevalencia de trastornos mentales en estudiantes de la carrera de medicina de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras y su relación con antecedentes de violencia en la infancia. *Rev. Fac. Ciencias Médicas UNAH*, 5(2), 21-29.
- Reyes, A., Munguia, A., Chirinos, A., Lagos, A., Salgado, J., & Padgett, D. (2011). Prevalencia de Trastorno de Estrés Postraumático en la población de Morolica a los 9 meses del Huracán Mitch. *Revista Hondureña del Postgrado de Psiquiatría UNAH*, 5(1), 8-19.
- Reyes-Ticas, A., Aguilar-López, M., Roveló-Bustillo, M., & Padgett, D. (enero-abril de 2001). Evaluación de Salud Mental en los Médicos Residentes de los Post-Grados de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras en el año 2000. *Rev. Med. Post UNAH*, 6(1), 3-6.
- Reyes-Ticas, A., Irias-Ortiz, R., Martínez-Molina, G., Amaya-Martínez, G., & Soto, R. J. (Mayo-Agosto de 1999). Prevalencia de Trastornos mentales en personas privadas de libertad. *Rev. Med. Post UNAH* (4), 129-136.
- Reyes-Ticas, A., Paz-Fonseca, A., Moncada-Landa, R., Sosa-Mendoza, C., Romero A, M. G., & Murcia, H. (Enero-Abril de 1999). Prevalencia de trastornos mentales en la comunidad de Villanueva, Región Metropolitana. *Rev. Med. Post UNAH*, 4(1), 74-85.
- Rodríguez Campuzano, M. d., & Frias Martínez, L. (2005). Algunos factores psicológicos y su papel en la enfermedad: una revisión. (U. Veracruzana, Ed.) *Psicología y Salud*, 15(2), 169-185.
- Rodríguez Herrera, A. (mayo de 2006). *La reforma de Salud en Honduras*. (C. S. desarrollo, Ed.) Recuperado el 11 de julio de 2017, de Nuevos modelos de gestión de Pro-Reforma: https://books.google.hn/books?id=rIiASKNr4OoC&pg=PA37&lpg=PA37&dq=salud+municipio+ce+dros+francisco+morazan+honduras&source=bl&ots=RPXtyrHuRo&sig=W7050OT4GtjGY3_Nit7aYAHh71M&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwjaxd2m2YLVAhXHNSYKHQgSB-QQ6AEIYDAN#v=onepage&q=salud%20m
- Rodríguez, J. (2011). Los servicios de Salud mental en América Latina y el Caribe: La evolución hacia un modelo comunitario. *Revista Psiquiátrica Uruguaya*, 75(2), 86-96.

- Rodríguez, J., Kohn, R., & Levav, I. (2009). *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe*. Washington: OPS.
- Rojas Solano, J. R., & Salas Herrera, I. (2002). Prevalencia y factores predictivos del dolor por cáncer. *Acta Médica Costarricense*, 44(4), 144-148.
- Romero, M. G., Hernández, R., & Garay, I. (2016). *Manual de Investigación Epidemiológica*. Guanajuato, México: McGraw-Hill Interamericana, S.A. de C.V.
- Rosas-Peralta, M., & Attie, F. (Abr-Junio de 2007). Enfermedad cardiovascular. Primera causa de muerte en adultos de México y el mundo. *Archivos Cardiología de México*, 77(2), 91-93.
- Rubinstein, A., Colantonio, L., Bardach, A., Caporale, J., García Martí, S., Kopitowski, K., . . . y Pichón-Rivière, A. (2010). Estimación de la carga de las enfermedades cardiovasculares atribuible a factores de riesgo modificables en Argentina. *Rev. Panam Salud Pública*, 27(4), 237-45.
- Sadock, B.; Sadock, V. A. (2011). *Manual de Bolsillo de Psiquiatría Clínica* (5a. ed.). (J. M. Arias, Trad.) España: Wolters Kluwer Health. doi:978-84-96921-84-9
- Salas-Urrutia, I., Villalobos, E. A., & Ramírez-Vega, B. L. (2006). Prevalencia de displasia y cáncer cervicouterino y factores asociados en el Hospital Central de Chihuahua, México. *Cimel Ciencia e Investigación Médica Estudiantil Latinoamericana*, 11(1), 12-15.
- Salvo, G. L. (2014). Magnitud, impacto y estrategias de enfrentamiento de la depresión con referencia a Chile. *Rev. Med. Chile*, 142(9), 1157-1164.
- Samaras, N., Rossi, G., Giannakopoulos, P., & Gold, G. (2010). Vascular depression. An age-related mood disorder. *European Geriatric Medicine*, 1(4), 220-225.
- Sarason, I. G., & Sarason, B. R. (2006). *Psicopatología. Psicología anormal: el problema de la conducta inadaptada*. (Undécima ed.). (P.-H. INC, Ed.) México: Pearson Educación. doi: 970-26-0841-4 Área: Ciencias Sociales
- Schokker, C. M. (2010). The impact of social comparison information on motivation in patients with diabetes as Function of Regulatory Focus and self-Efficacy. *Journal Health Psychology*, 29(4), 438-445.

- Servicio de Salud Mental. (2014). Salud Mental y Perinatología. Una mirada reflexiva sobre la practica en el 80 aniversario de la maternidad Sardá. *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá*, 33(2), 84-86.
- SESAL . (2003). *Departamento de Estadísticas. Salud en Cifras*. Tegucigalpa, Honduras.
- SESAL. (2005). *Plan nacional de salud 2021*. Secretaria de Salud. Tegucigalpa, Honduras: Secretaria de Salud.
- Simó-Noguera, C. H.-M.-R.-S. (2015). El efecto del estado civil y de la convivencia en pareja en la salud. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 151, 141-166. doi:10.5477
- Skapino, E., & Alvarez Vaz, R. (Agosto de 2016). Prevalencia de factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles en funcionarios de una institución bancaria del Uruguay. *Revista Uruguaya Cardiol*, 31(2), 246-255.
- Sperry, L. (2009). *Chronic Medical Conditions*. Washington: American Psychological Association .
- Szasz, T. S. (1994). *El mito de la enfermedad mental: bases para una teoría de la conducta personal*. (A. editores, Ed.) Buenos Aires, Argentina: Talleres Gráficos. doi:ISBN 950-518-404-2
- Teruel Diaz, R. (2015). La Consciencia de la locura a las puertas de la época clásica. *Tales. Revista de Filosofía*, 5, 216-230. Obtenido de file:///C:/Users/Jorge%20Padilla/Desktop/Nueva%20bibliografía%20Marzo%202018/Conciencia%20de%20la%20locura%20a%20las%20puertas%20de%20la%20epoca%20clasica.pdf
- Tobón Marulanda, F. A., López Giraldo, L. A., & Ramírez Villegas, J. F. (2013). Características del estado de salud mental de jóvenes en condiciones vulnerables. *Revista Cubana de Salud Pública*, 39(3), 12.
- Torres Funes, A. (27 de Septiembre de 2016). *El pulso*. Obtenido de Valle de Siria: Oro, Pobreza y Resistencia : <http://elpulso.hn/valle-de-siria-oro-pobreza-y-resistencia/>
- Torres, A. (2018). *Psicología y mente*. Obtenido de Las diferencias entre síndrome, trastorno y enfermedad: <https://psicologiamente.net/clinica/diferencias-sindrome-trastorno-enfermedad>
- Ubila, E. (2009). El concepto de salud mental en la obra de Erich Fromm. *Rev. Chil. Neuro-psiquiátrica*, 47(2), 143-162.

- UNAH. (2013). Hondureños reportan alta incidencia de enfermedades crónicas no transmisibles. *Presencia Universitaria*. Obtenido de <https://presencia.unah.edu.hn/investigacion-cientifica/articulo/hondurenos-reportan-alta-incidencia-de-enfermedades-cronicas-no-transmisibles->
- UNAH. (30 de julio de 2014). 3 de cada 10 hondureños mueren por enfermedades crónicas. *Presencia Universitaria*. Obtenido de [https://presencia.unah.edu.hn/salud/articulo/tres-de-cada-10-hondureños-mueren-por-enfermedades-crónicas](https://presencia.unah.edu.hn/salud/articulo/tres-de-cada-10-hondurenos-mueren-por-enfermedades-cronicas)
- UNAH. (2016). *Protocolo sobre prevalencia de depresión, ansiedad, consumo de alcohol y factores asociados en personas ≥ 18 años en zonas de influencia atendidas por los médicos en servicio social, año 2016-2017*. Tegucigalpa, Honduras. Obtenido de <http://www.bvs.hn/Honduras/uicfcm/saludmental/protocolo.sobre.depresión.ansiedad.y.consumo.de.alcohol.pdf>
- UNAH. (s.f.). *PRIMER INFORME. El Ordenamiento Territorial en Honduras: Una mirada inicial desde la perspectiva de 13 indicadores*. UNAH, Facultad de Ciencias Espaciales FACES, Tegucigalpa, Honduras. Obtenido de faces.unah.edu.hn/catedraot/images/stories/Documentos/.../INFORME_OUOT.pdf
- Van, Z. M., & Ferguson Stuart G. and Shiffman, S. (2010). Dynamic Effect of self-Efficacy on smoking Lapses and Relapse Among Adolescents. *Health Psychology*, 29(3), 246-254.
- Vargas-Hernández, V. M., Vargas-Aguilar, V. M., & Tovar-Rodríguez, J. M. (septiembre-octubre de 2015). Detección Primaria del cáncer cervicouterino. *Cirugía y Cirujanos*, 83(5), 448-453.
- Vásquez Machado, A. (2014). Factores de riesgo psicosociales de hipertensión arterial en una comunidad Venezolana. *Medisan*, 18(1), 211-218.
- Vásquez, C. (2009). La ciencia del bienestar. El estudio científico del bienestar. En F. d. Positiva. Madrid: Alianza Editorial.
- Vivas Sánchez, V. M., Torres Pedraza, N., Esguerra Gonzales, L. L., Torres Silva, C. A., Mojica Torres, I. C., Mendoza Jaimes, K. C., & Rayón Navarro, M. d. (2012). Conocimientos, Actitudes y prácticas de prevención del cáncer de mama. *Ciencia y cuidado*, 9(2), 43-51.

- Von Gleich, U., & Ernesto, G. (septiembre de 1999). *Pobreza étnica de Honduras*. Recuperado el 24 de marzo de 2017, de <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd47/etnica.pdf>
- Vukasovic R, J. L. (2012). Estrategias en la prevención de la insuficiencia cardíaca. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 23(6), 742-747.
- WFMH. (2010). Mental health and chronic physical illnesses. The need for continued and integrated care. USA.
- WFMH. (2012). *Depression: A global Crisis*. Occoquan, USA.
- Wikipedia. (6 de mayo de 2016). Recuperado el 12 de marzo de 2017, de El Porvenir (Francisco Morazán) : [https://es.wikipedia.org/wiki/El_Porvenir_\(Francisco_Moraz%C3%A1n\)](https://es.wikipedia.org/wiki/El_Porvenir_(Francisco_Moraz%C3%A1n))
- xplorhonduras. (22 de mayo de 2013). *Departamento de Francisco Morazán*. Recuperado el 20 de marzo de 2017, de División Política : <http://www.xplorhonduras.com/departamento-de-francisco-morazan/>

ANEXOS



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



Presentación

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

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

Consentimiento Informado

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

Firma del participante: _____

Fecha: _____ Huella _____



ENCUESTA DE CARACTERIZACION POBLACIONAL



DATOS GENERALES

Edad		Género				
		1. Masculino	2. Femenino	3. Otro		
Número de Teléfono:						
Estado Civil	1. Soltero (a)	2. Casado (a)	3. Unión libre	4. Viudo	5. Separado	6. Divorciado
Religión	1. Católico	2. Evangélico	3. Ninguna	4. Otro		
Área	1. Urbano		2. Rural			
Nivel económico	Listado de bienes y/o servicios que puede tener en su hogar:					
	Bienes o Servicios	Marque con "X" si lo tiene		Bienes o Servicios	Marque con "X" si lo tiene	
	Electricidad			Estufa eléctrica		
	Agua potable			Estufa de gas		
	Equipo de sonido			Fogón de leña		
	Radio			Lavadora de ropa		
	Televisión			Carro		
	Refrigerador			Computadora		
	Servicio sanitario			Internet		
	Letrina			Teléfono		
	Libros			Teléfono celular		
	Cable					
Dirección exacta						
Ocupación	1. Funcionarios, directores y jefes 2. Profesionistas y técnicos					

	3. Trabajadores auxiliares en actividades administrativas 4. Comerciantes, empleados en ventas y agentes de ventas 5. Trabajadores en servicios personales y vigilancia 6. Trabajadores en actividades agrícolas, ganaderas, forestales, caza y pesca 7. Trabajadores artesanales 8. Operadores de maquinaria industrial, ensambladores, choferes y conductores de transporte 9. Trabajadores en actividades elementales y de apoyo							
Con quien vive	Madre	Padre	Hijos	Hermanos	Abuelos	Pareja	Amigos	Otro
Escolaridad	1.Sin educación formal 2.Educacion básica incompleta 3.Educacion básica completa 4.Educacion media incompleta 5.Educacion media completa				6.Estudios técnicos 7.Estudios universitarios incompletos 8.Estudios universitarios completos 9.Otros			



SELF- REPORTING QUESTIONNAIRE (SRQ-34)



INSTRUCCIONES

Al encuestador:

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

Al encuestado (a)

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

- | SI | NO | |
|-------|-------|---|
| _____ | _____ | 1. ¿Tiene frecuentes dolores de cabeza? |
| _____ | _____ | 2. ¿Tiene mal apetito? |
| _____ | _____ | 3. ¿Duerme mal? |
| _____ | _____ | 4. ¿Se asusta con facilidad? |
| _____ | _____ | 5. ¿Sufre de temblor de manos? |
| _____ | _____ | 6. ¿Se siente nervioso o tenso? |
| _____ | _____ | 7. ¿Sufre de mala digestión? |
| _____ | _____ | 8. ¿Le cuesta pensar con claridad? |
| _____ | _____ | 9. ¿Se siente triste? |

- _____ 10. ¿Llora usted con mucha frecuencia?
- _____ 11. ¿Tiene dificultad en disfrutar sus actividades diarias?
- _____ 12. ¿Tiene dificultad para tomar decisiones?
- _____ 13. ¿Tiene dificultad en hacer su trabajo?
- _____ 14. ¿Se siente incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?
- _____ 15. ¿Ha perdido interés en las cosas?
- _____ 16. ¿Siente que usted es una persona inútil?
- _____ 17. ¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?
- _____ 18. ¿Se siente cansado todo el tiempo?
- _____ 19. ¿Tiene sensaciones desagradables en su estómago?
- _____ 20. ¿Se cansa con facilidad?
- _____ 21. ¿Siente usted que alguien ha tratado de hacerle daño en alguna forma?
- _____ 22. ¿Se cree usted mucho más importante de lo que piensan los demás?
- _____ 23. ¿Ha notado 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 personas cercanas a usted, le han dicho que ha estado bebiendo demasiado alcohol?
- _____ 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?
- _____ 31. ¿Ha usado, alguna vez, bebidas alcohólicas o drogas 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?



**ENCUESTA DE LA OMS SOBRE SALUD Y CAPACIDAD DE RESPUESTA
DEL SISTEMA DE SALUD. ESTADOS DE SALUD.**



INSTRUCCIONES

Las siguientes preguntas están relacionadas con ciertas enfermedades médicas de tipo crónico no transmisible, que lo pudieron haber molestado **en los últimos 12 meses**, si cree que las preguntas aplican a usted y tuvo la enfermedad **en los últimos 12 meses**, fue **diagnosticado, y recibió tratamiento** ponga una marca “X” en el inciso de **SI**, por otro lado si la pregunta no aplica a usted y no tuvo la enfermedad **en los últimos 12 meses**, no fue diagnosticado y no recibió tratamiento ponga una marca “X” en el inciso de **NO**. Si no está seguro de cómo contestar una pregunta puede pedir ayuda al encuestador. Las respuestas que usted provea aquí son confidenciales.

N	PREGUNTAS	¿Ha sufrido de uno o más de los síntomas y signos de la enfermedad o padecimiento?		¿Fue Diagnosticado por un médico general, especialista u otro trabajador de la salud?		¿Recibe tratamiento por este síntoma o enfermedad ?	
		Si	No	Si	No	Si	No
1.	¿Tiene o ha mantenido presión alta, arriba de 140/90?						
	¿Su presión alta ha ido acompañada de fuertes dolores de cabeza?						
	¿A la vez ha sentido mareos?						
	¿Y a la vez le zumban los oídos?						
2.	¿Ha estado con el pecho oprimido o apretado y con dolor?						

	¿Estos síntomas han ido acompañados de sudoración?						
	¿Además de la sudoración ha sentido palpitaciones?						
	¿Y han estado acompañados de falta de aire, le cuesta respirar?						
3	¿Ha padecido de frecuencias cardíacas rápidas o (palpitaciones rápidas del corazón)?						
	¿Estás palpitaciones rápidas han ido acompañadas de mareos?						
	¿Además de los mareos se le han inflamado los tobillos?						
	¿Experimentó a la vez cansancio y fatiga?						
4	¿Ha sufrido de parálisis en la mitad del cuerpo? (adormecimiento en la mitad del cuerpo)						
	¿Y en algún momento sintió pérdida parcial o total del habla?						
	¿Entendía muy poco lo que le decían?						
	¿Además sintió fuertes dolores de cabeza o Migrañas?						
5.	¿Al hacerse exámenes de laboratorio ha tenido ALTA el azúcar en ayunas (mayor a 126)?						
	¿Al repetirse el examen del azúcar con las comidas le ha vuelto a salir alta, mayor a 200?						

	¿Y ha sentido sed intensa?						
	¿Lo anterior ha ido acompañado de cansancio?						
	¿Siente que ha tenido pérdida de peso?						
	¿Y a la vez orina frecuentemente?						
6	¿Después de hacerse exámenes de la tiroides le han salido resultados bajos o elevados?						
	¿Considera que ha aumentado o bajado de peso?						
	¿Lo anterior ha ido acompañado de fatiga, cansancio?						
	¿Ha sentido su estado de ánimo bajo (depresión)?						
	¿Y seguido siente nerviosismo (ansiedad)?						
	¿Ha observado cambios en su cabello, uñas o alteraciones en la piel?						
7.	¿Ha tenido presión o dolor en el pecho?						
	¿Además de la presión en el pecho ha tenido gripe, tos, silbidos o chillidos al respirar?						
	¿Estos síntomas han ido acompañados de fiebre?						
8	¿Ha sentido dificultad para respirar como que el pulmón se cerrara y no entrara aire?						
	¿Además ha manifestado tos con o sin flema, acompañada de silbidos en el pecho?						
	¿Le han aparecido alergias e inflamación crónica en la piel?						
9	¿Ha estado expuesto al polvo, humo del fogón o de cigarrillo (tabaco)?						

	¿A la vez ha trabajado frecuentemente utilizando químicos?						
	¿Y ha sentido dificultad para respirar, tos, silbido, o chillido al respirar?						
10	¿Se ha realizado la citología vaginal después de algún sangrado anormal?						
	¿Y ha presentado sangrado vaginal abundante que no cesa?						
	¿El sangrado ha ido acompañado de dolor en la pelvis (vientre)?						
	¿Los sangrados han ido acompañados de olor fétido?						
11	¿Ha tenido una masa o tumor en las mamas o axilas que han ido cambiando de tamaño, forma y textura?						
	¿Al formarse esa masa o tumores ha tenido secreciones líquidas por los pezones con sangre y pus?						
12	¿Ha tenido dificultad para orinar, dolor o ardor, a veces orina sólo por gotitas?						
	¿A la vez ha habido sangre en el semen y disfunción eréctil o falta de erecciones?						
	¿Y ha experimentado molestias al sentarse por inflamación o aumento de la próstata?						
13	¿Ha sufrido de estreñimiento con sangre en heces?						
	¿Padece de muchas diarreas, dolor o molestia abdominal?						
	¿Si la respuesta es sí le han indicado ultrasonido?						

	¿Y le diagnosticaron alguna enfermedad (cual)?						
14	Ha tenido otros padecimientos (especifique)						

Muchas gracias por su colaboración. Los resultados de esta investigación quedarán registrados en la Dirección de Investigación Científica DICYP de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras UNAH.



HOJA DE CONTROL DE VALIDACION
GRUPO CONTROL



Nombre Encuestador (a): _____

Lugar de aplicación: _____ Fecha: _____

Instrucciones: Llenar el siguiente formato con la información requerida, colocar una X si la persona entrevistada se diagnostica con algún trastorno, en caso de presentar un solo trastorno se descarta para la aplicación del SRQ.

Simbología

DEP: Depresión

ANS: Ansiedad

PSI: Psicosis

A Y D: Alcoholismo y Drogas

EP: Epilepsia

EST: Estrés Postraumático

No	Género	Edad	Trastorno					Conclusión (Acepta / Descarta)	Observaciones
			DEP	ANS	PSI	A Y D	EP		
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									



HOJA DE CONTROL DE APLICACIÓN DE ENCUESTAS SEGÚN



EDAD Y GÉNERO

GRUPO CLINICO

Nombre Encuestador (a): _____

Lugar de aplicación: _____ Fecha: _____

Instrucciones: Por cada encuesta aplicada, marque con una “X” la casilla que indique a que rango de edad corresponde, tomando en cuenta el género (Femenino “F” o Masculino “M”)

Sujeto encuestado	18 – 30 años		31 a 50 años		50 años en adelante	
	F	M	F	M	F	M
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						



ENTREVISTA INDAGATORIA DE TRASTORNOS MENTALES



La presente entrevista ha sido diseñada exclusivamente para detectar la presencia de trastornos mentales, a través de una guía de preguntas fundamentales que orienten al entrevistador.

Los trastornos que se examinan son: Depresión, Ansiedad, Psicosis, Alcoholismo, Adicción a Drogas, Estrés postraumático y Epilepsia.

El objetivo es descartar la presencia de los trastornos antes mencionados para poder asegurar un auténtico grupo control, por consiguiente, si se detecta algún trastorno, automáticamente se daría fin a la entrevista.

Este formato presenta una serie de preguntas a manera de ir conduciendo la entrevista, no necesariamente se tienen que formular todas, el propósito es ir ayudando al entrevistador a examinar y descubrir cualquiera de los trastornos antes propuestos.

Para calificar si existe la presencia de un trastorno, la persona evaluada debe presentar el 50 % de afirmaciones a las preguntas expuestas, es decir, con la mitad de las preguntas se puede considerar la presunción diagnóstica del trastorno mental que califique con dicho porcentaje.



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



ENTREVISTA INDAGATORIA DE TRASTORNOS MENTALES

Nombre:

Fecha:

Edad:

Sexo:

Procedencia:

Entrevistador/a:

I. DEPRESION

1. ¿En el último mes, se ha sentido deprimido o decaído la mayor parte del día, casi todos los días?
2. ¿En el último mes, ha perdido el interés en la mayoría de las cosas, o ha disfrutado menos de las cosas que usualmente le agradaban?
3. ¿Disminuyó o aumentó su apetito casi todos los días?
4. ¿Ha tenido dificultad para dormir casi todas las noches (dificultad para quedarse dormido, o se despierta a media noche, o se despierta temprano en la mañana, o duerme excesivamente)?
5. ¿Casi todos los días, ha notado que habla o se mueve usted más lento de lo usual, o ha estado inquieto, o con dificultades para permanecer tranquilo? o ¿se ha sentido la mayor parte del tiempo fatigado o sin energía?
6. ¿Casi todos los días, se ha sentido culpable o inútil?
7. ¿Casi todos los días, ha tenido dificultad para concentrarse o tomar decisiones?
8. ¿En varias ocasiones, ha querido hacerse daño, o ha deseado estar muerto, o suicidarse?

II. ANSIEDAD

1. ¿Se ha sentido excesivamente preocupado o nervioso debido a varias cosas durante los últimos 6 meses? ¿Se presentan estas preocupaciones casi todos los días?
2. ¿Se ha sentido inquieto, tenso, intranquilo o agitado en los últimos 6 meses?
3. ¿Tiene dificultad para conciliar el sueño debido a las preocupaciones?
4. ¿Ha tenido sensación de ahogo o falta de aliento, opresión en el pecho?
5. ¿Ha tenido palpitaciones, o sensación de taquicardia?
6. ¿Ha presentado sudoración, escalofríos o sofocaciones? ¿Tiene náuseas o molestias abdominales frecuentemente?
7. ¿Ha sentido temblores, inestabilidad, mareos, o que se va a desmayar?
8. ¿Se le olvidan las cosas, o tiene dificultad para concentrarse debido a las preocupaciones?
9. ¿Se siente irritable de manera persistente, o se enoja con facilidad?
10. ¿Siente miedo a perder el control o volverse loco?, ¿Tiene miedo exagerado a morir?

III. PSICOSIS

1. ¿Alguna vez ha tenido la impresión de que alguien le espiaba, o conspiraba contra usted, o que trataban de hacerle daño?, ¿Actualmente cree usted esto?
NOTA: PIDA EJEMPLOS PARA DESCARTAR UN VERDADERO ASECHO.
2. ¿Ha tenido usted la impresión de que alguien podía leer o escuchar sus pensamientos, o que usted podía leer o escuchar los pensamientos de otros?, ¿Actualmente cree usted esto?
3. ¿Alguna vez ha creído que alguien o que una fuerza externa haya metido pensamientos ajenos en su mente o le hicieron actuar de una manera no usual en usted?
4. ¿Alguna vez ha tenido la impresión de que está poseído? ¿Actualmente cree usted esto?

PIDA EJEMPLOS Y DESCARTE CREENCIAS CULTURALES.

5. ¿Alguna vez ha creído que le envían mensajes especiales a través de la radio, o del televisor, o el periódico, o que una persona que no conocía personalmente se interesaba particularmente por usted?, ¿Actualmente cree usted esto?
6. ¿Consideran sus familiares o amigos que algunas de sus creencias son extrañas o poco usuales? PIDA EJEMPLOS.
7. ¿Actualmente, consideran los demás sus ideas como extrañas?
8. ¿Alguna vez ha visto o escuchado cosas que otras personas no podían ver o escuchar, como visiones, voces, etc.?
9. ¿Escuchó una voz que comentaba acerca de sus pensamientos o sus actos, o escuchó dos o más voces conversando entre sí?
10. ¿Ha escuchado estas cosas en el pasado mes?

IV. ALCOHOLISMO

1. ¿En los últimos 12 meses, ha tomado 3 o más bebidas alcohólicas en un período de 3 horas en tres o más ocasiones?
 - a. En los últimos 12 meses:
2. ¿Siente la necesidad de beber más para conseguir los mismos efectos que cuando usted comenzó a beber?
3. ¿Si usted reduce la cantidad de alcohol, ha sentido que le temblaban sus manos, sudaba, o se sentía agitado?, ¿Bebía para evitar estos síntomas o para evitar la resaca (ejemplo: temblores, sudoraciones o agitación)?
4. ¿Durante el tiempo en el que bebía alcohol, acababa bebiendo más de lo que en un principio había planeado?
5. ¿Ha tratado de reducir o dejar de beber alcohol, pero ha fracasado?
6. ¿Los días en los que bebía, empleaba mucho tiempo en procurarse alcohol, en beber y en recuperarse de sus efectos?
7. ¿Pasó menos tiempo trabajando, disfrutando de sus pasatiempos, o estando con otros, debido a su consumo de alcohol?
8. ¿Continuó bebiendo a pesar de saber que esto le causaba problemas de salud, físicos o mentales?

V. ADICCIÓN A DROGAS O SUBSTANCIAS PSICOATIVAS NO ALCOHOLICAS

1. ¿En los últimos 12 meses, tomó alguna de estas sustancias, en más de una ocasión, para sentirse mejor o para cambiar su estado de ánimo?
 - **Estimulantes:** anfetaminas, speed, cristal, dexedrina, ritalina, píldoras adelgazantes.
 - **Cocaína:** inhalada, intravenosa, crack, speedball.
 - **Narcóticos:** heroína, morfina, Dilaudid, opio, Demerol, metadona, codeína, Percodan, Darvon.
 - **Alucinógenos:** LSD (ácido), mescalina, peyote, PCP (polvo de ángel, peace pill), psilocybin, STP, hongos, éxtasis, MDA, MDMA.
 - **Inhalantes:** pegamento, éter, óxido nitroso (laughing gas), amyl o butyl nitrate (poppers).
 - **Marihuana:** hachís, THC, pasto, hierba, mota.
 - **Tranquilizantes:** Qualude, Seconal («reds»), Valium, Xanax, Librium, Ativan, Dalmane, Halción, barbitúricos, «Miltown», Tranquimazin, Lexatin, Orfidal.
 - **Otras sustancias:** esteroides, pastillas dietéticas o para dormir, sin receta. ¿Cualquier otra sustancia?
2. ¿Ha notado que usted necesitaba utilizar una mayor cantidad de dicha sustancia para obtener los mismos efectos que cuando comenzó a usarla?
3. ¿Cuándo redujo la cantidad o dejó de utilizar la droga, tuvo síntomas de abstinencia? (dolores, temblores, debilidad, diarreas, náuseas, sudaciones, palpitaciones, dificultad para dormir, o se sentía agitado, ansioso, irritable).
4. ¿Utilizó alguna/s droga/s para evitar enfermarse (síntomas de abstinencia) o para sentirse mejor?
5. ¿Ha notado que cuando usted usaba dicha sustancia, terminaba utilizando más de lo que en un principio había planeado?
6. ¿Ha tratado de reducir o dejar de consumirla, pero ha fracasado?
7. ¿Los días que la utilizaba, empleaba mucho tiempo (> 2 horas) en obtener, consumir, recuperarse de sus efectos, o pensando en drogas?

8. ¿Pasó menos tiempo trabajando, disfrutando de pasatiempos, estando con la familia o amigos debido a su uso de drogas?
9. ¿Ha estado intoxicado o con resaca a causa de la droga en más de una ocasión, cuando tenía otras responsabilidades en la escuela, en el trabajo o en el hogar?
10. ¿Esto le ocasionó problema en alguna situación en la que corriese un riesgo físico (ejemplo, conducir un automóvil, una motocicleta, una embarcación, o utilizar una máquina, etc.)?

VI. ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

1. ¿Ha vivido o ha sido testigo de un acontecimiento extremadamente traumático, en el cual otras personas han muerto y/u otras personas o usted mismo han estado amenazadas de muerte. o en su integridad física?
(ejemplos de acontecimientos traumáticos: accidentes graves, atraco, violación, atentado terrorista, ser tomado de rehén, secuestro, incendio, descubrir un cadáver, muerte súbita de alguien cercano a usted, guerra o catástrofe natural)
2. Durante el pasado mes, ¿ha revivido el evento de una manera angustiada (por ejemplo: ¿lo ha soñado, ha tenido imágenes vívidas, ha reaccionado físicamente o ha tenido recuerdos intensos)?
3. En el último mes:
 - a) ¿Ha evitado usted pensar en este acontecimiento, o en todo aquello que se lo pudiese recordar?
 - b) ¿Ha tenido dificultad recordando alguna parte del evento?
 - c) ¿Ha disminuido su interés en las cosas que le agradaban, o en las actividades sociales?
 - d) ¿Se ha sentido usted alejado o distante de otros?
 - e) ¿Ha notado que sus sentimientos están adormecidos?
 - f) ¿Ha tenido la impresión de que su vida se va a acortar debido a este trauma o que va a morir antes que otras personas?
4. Durante el último mes y a raíz del acontecimiento traumático:
 - a) ¿Ha tenido usted dificultades para dormir?

- b) ¿Ha estado particularmente irritable o le daban arranques de coraje?
- c) ¿Ha tenido dificultad para concentrarse?
- d) ¿Ha estado nervioso o constantemente en alerta?
- e) ¿Se ha sobresaltado fácilmente por cualquier cosa?

VII. EPILEPSIA

1. ¿Ha tenido o padece convulsiones, o ataques con temblores o movimientos de brazos y piernas, con mordedura de la lengua o caída al suelo con pérdida del conocimiento?

Presunción diagnóstica: