

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

MAESTRIA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA



TESIS

“Salud Mental del psicólogo y la psicóloga en Honduras: relación entre síntomas clínicos, estilos de vida y estrategias de afrontamiento”

Presentada por

Miguel Eduardo Mercado Barahona

Para optar al grado de Máster en Psicología Clínica

Asesor:

Miguel Omar Landa Blanco; Máster

Tegucigalpa, M.D.C., Honduras, C.A.

Junio 2022

LISTADO DE AUTORIDADES UNIVERSITARIAS

Doctor Francisco José Herrera Alvarado
Rector Interino

Máster Belinda Flores de Mendoza
Vice-Rectora Académica

Abogada Emma Virginia Rivera Mejía
Secretaria General

Máster Magda Elsy Hernández
Directora de Docencia

Doctor Armando Euceda
Director Sistema de Estudios de Postgrado

Doctora Carmen Julia Fajardo
Decana Facultad de Ciencias Sociales

Máster María José Irías Escher
Coordinadora General Postgrados Facultad de Ciencias Sociales

Máster Andrea Castillo
Jefa de la Escuela de Ciencias Psicológicas

Máster Yaraní Echenique
Coordinadora Académica Maestría en Psicología Clínica

Máster Miguel Landa Blanco
Coordinador de Investigación y Vinculación de la Maestría en Psicología Clínica

Agradecimientos

A Miguel Landa, quién me ha devuelto la motivación por la investigación y quien, si hubiese sido mi profesor de métodos de investigación en el grado, seguramente tuviera ya varias investigaciones publicadas. Agradezco también toda la paciencia necesaria hacia mi persona durante su asesoramiento.

A Yaraní Echenique, que siempre confió en mis capacidades y me apoyó en cada proceso de la maestría.

A mis demás colegas que siempre me apoyaron con información relacionada con mi tema y me animaban a no rendirme cuando me escuchaban las dificultades del proceso.

Dedicatoria

A mi madre Sara a quién más amo en mi vida, mi apoyo incondicional, mi fuente de motivación para ser mejor y no rendirme, a mis hermanos Yaquelin y Daniel; que siempre confían en mis capacidades académicas y no dejan de animarme; ella y él mis otros motores vitales. A mi padre Miguel, que en cada ocasión me animaba a terminar cada proyecto iniciado, mi viejo querido. A Ivin Pozo mi pareja quien me animó a emprender esta aventura y nunca me dejó de apoyar, a Angeliz mi chica que cada día me recordaba la importancia de mi tema y no dejaba de recordarme el trabajar en ello. A mi familia y amistades que me apoyaron en cada oportunidad.

Resumen

Considerando que los y las psicólogas trabajan cuidando la salud mental de otras personas, la posibilidad de que la salud de dichos profesionales también se pueda ver comprometida es probable. Por ello, esta investigación tiene como propósito exponer el estado de salud mental del profesional de la psicología en Honduras en el año 2020 a través de sintomatología clínica, estilos de vida saludable y sus estrategias de afrontamiento. El estudio tiene enfoque cuantitativo, transversal, no experimental y relacional. La muestra fue de 227 psicólogos/as, la recolección de datos se obtuvo por: BIS-53, COPE-28 y FANTASTIC. A partir de los datos obtenidos, los síntomas clínicos relevantes fueron: obsesivos, ansiedad, depresión y somatización como los síntomas que más se reportaron, siendo psicoticismo, sensibilidad e ideación paranoide las subescalas que menos significancia estadística reportaron. En cuanto a estilos de vida: en comparación a los hombres, las mujeres reportaron niveles significativamente más altos en el de consumo de tabaco, otras toxinas y alcohol. Según lo reportado por los y las psicólogas, las estrategias de afrontamiento más utilizadas son el afrontamiento activo, la planificación, la reinterpretación positiva y la aceptación. Entre los factores protectores se encuentran las relaciones interpersonales con la familia y amigos, actividad, nutrición, tabaco y toxinas, sueño y manejo del estrés, la autorreflexión y el trabajo. Se concluye que, en comparación a la población general hondureña, los y las profesionales de la psicología reportan menor prevalencia de síntomas de depresión, ansiedad y somatización.

Palabras clave: Salud mental, Psicólogos y psicólogas hondureñas, estilos de vida, estrategias de afrontamiento, síntomas clínicos

Abstract

Considering that psychologists work caring for the mental health of other people, the possibility that the health of these professionals may also be compromised is likely. Therefore, the purpose of this research is to expose the mental health status of psychology professionals in Honduras in the year 2020, through clinical symptomatology, healthy lifestyles and coping strategies. The study has a quantitative, cross-sectional, non-experimental and relational approach. The sample was 227 psychologists, data collection was obtained by: BIS-53, COPE-28 and FANTASTIC. From the data obtained, the relevant clinical symptoms were: obsessive, anxiety, depression and somatization as the most reported symptoms, being psychoticism, sensitivity and paranoid ideation the subscales with the least statistical significance. In terms of lifestyles: compared to men, women reported significantly higher levels of tobacco, other toxins and alcohol consumption. As reported by the psychologists, the most commonly used coping strategies are active coping, planning, positive reinterpretation and acceptance. Protective factors include interpersonal relationships with family and friends, activity, nutrition, smoking and toxins, sleep and stress management, self-reflection and work. It is concluded that, compared to the general Honduran population, psychology professionals report a lower prevalence of symptoms of depression, anxiety and somatization.

Key words: Mental health, Honduran psychologists, lifestyles, coping strategies, clinical symptoms.

Tabla de Contenido

Introducción	14
Capítulo 1: Planteamiento del Problema	17
1.1 Construcción del objeto de estudio	17
1.2 Preguntas de investigación.....	22
1.3 Preguntas específicas	23
1.4 Objetivos de la investigación.....	23
1.4.1 Objetivo general.	23
1.4.2 Objetivos específicos.....	23
1.5 Justificación	24
Capítulo 2: Marco Teórico	26
2.1 Salud Mental	26
2.1.1 Breve Historia de la salud mental	26
2.1.2 Nociones de salud mental	27
2.1.3 BSI-53; conceptualización de variables.....	32
2.2 Estilos de vida.....	34
2.2.1 FANTASTIC, definición de sus variables	36
2.3 Estrategias de afrontamiento.....	38
2.3.1 COPE-28, definición de las dimensiones.....	39
2.4 Salud mental; contexto mundial, regional y hondureño	41
2.5 Salud mental del profesional de la psicología	44
Capítulo 3: Marco Contextual	47

3.1 Breve reseña de la psicología en Honduras	47
3.2 Objetivo de la formación de profesionales en la capacitación de sus conocimientos y habilidades	48
3.3 Requisitos de graduación	48
3.4 Perfil del profesional y la profesional graduada en psicología	49
3.4.1 Conocimientos	49
3.4.2 Habilidades	50
3.4.3 Actitudes	51
3.5 Actividades y áreas laborales para psicólogos y psicólogas en Honduras	52
3.6 Marco Legal relacionado con la Salud Mental en Honduras	53
3.6.1 Política y marco legislativo.....	53
3.7 Presupuesto Nacional Sector Salud	57
3.8 Políticas sobre Derechos Humanos en Honduras	57
Capítulo 4: Metodología de la Investigación	58
4.1 Enfoque, alcance y diseño de la investigación.....	58
4.2 Técnicas de recolección de información.....	58
4.2.1 Inventario de Síntomas Breve (BIS-53):	59
4.2.2 Cuestionario Breve COPE-28	60
4.2.3 FANTASTIC de la Can Fam Physician:.....	61
4.2.4 Preguntas demográficas: se indagó en las características de la población a través de las siguientes preguntas:.....	62
4.3 Población y muestra.....	63

4.4 Consideraciones éticas	67
4.5 Plan de análisis.....	67
Capítulo 5: Resultados	68
5.1 Síntomas clínicos	68
5.1.1 Media y desviación estándar BIS-53	68
5.1.2 Correlación entre variables BIS-53.....	72
5.2 Estrategias de afrontamiento.....	74
5.2.1 Medias y desviación estándar COPE-28.....	74
5.2.2 Diferencia de medias.....	75
5.2.2 Correlación entre variables COPE-28.....	78
5.3 Estilos de vida.....	79
5.3.1 Medias y desviación estándar	79
5.3.2 Diferencia de medias, estilos de vida.....	80
5.3.3 Correlaciones, estilos de vida	83
5.4 Correlación entre las dimensiones; síntomas clínicos, estrategias de afrontamiento y estilos de vida.....	84
5.5 Comparación con otros estudios hondureños de población general respecto a sintomatología clínica.	91
Capítulo 6: Discusión	94
Recomendaciones	98
Futuras investigaciones.....	99
Limitaciones.....	99

Referencias Bibliográficas	100
Anexos.....	110
Anexo 1: Instrumento 1: COPE-28, medición de estrategias de afrontamiento	110
Anexo 2: Instrumento 2: BIS-53, medición de síntomas clínicos de enfermedades mentales	112
Anexo 3: Instrumento 3: FANTASTIC, para medición de estilos de vida Can Fam Physician (Wilson, Nielsen, & Ciliska, 1984).....	116
Anexo 4: Instrumento 4, Formato de consentimiento informado	117
Anexo 5: Tabla matriz de correlaciones de las dimensiones sintomatología clínica, estrategias de afrontamiento y estilos de vida.	119

Índice de Anexos

Anexo 1: Instrumento 1: COPE-28, medición de estrategias de afrontamiento.....	(Pág. 109)
Anexo 2: Instrumento 2: BIS-53, medición de síntomas clínicos de enfermedades mentales.....	(Pág. 111)
Anexo 3: Instrumento 3: FANTASTIC, para medición de estilos de vida.....	(Pág. 115)
Anexo 4: Instrumento 4: Formato de consentimiento informado.....	(Pág. 116)
Anexo 5: Tabla matriz de correlación entre dimensiones de instrumentos BIS-53, COPE-28 y FANTASTIC.....	(Pág. 118)

Índice de Figuras

Figura 1: Situación laboral y/o académica de los y las psicólogas hondureñas.....	(Pág. 63)
Figura 2: Personas que dependen del psicólogo y psicóloga en Honduras.....	(Pág. 64)
Figura 3: Psicólogos y psicólogas que han tenido o no un diagnóstico previo de una enfermedad mental.....	(Pág. 65)
Figura 4: Media y desvío estándar BIS-53.....	(Pág.68)
Figura 5: Diferencia significativa entre hombres y mujeres para síntomas clínicos.....	(Pág. 65)
Figura 6: Diferencias significativas entre síntomas clínicos y dependientes.....	(Pág. 70)
Figura 7: Síntomas clínicos y trabajo en el área de la psicología.....	(Pág. 70)
Figura 8: Psicólogos que han sido diagnosticados con una enfermedad mental previa versus quienes no.....	(Pág. 72)
Figura 9: Media y desvío estándar COPE-28.....	(Pág. 74)
Figura 10: Diferencia de medias entre el sexo y las estrategias de afrontamiento.....	(Pág. 75)
Figura 11: Diferencia entre psicólogos y psicólogas que tienen o no dependientes a su cargo.....	(Pág. 76)
Figura 12: Estrategias utilizadas por Psicólogos o psicólogas que laboran en el área de psicología versus quienes no.....	(Pág. 76)

- Figura 13: Psicólogos y psicólogas que han tenido un diagnóstico previo de enfermedad mental.....(Pág. 78)
- Figura 14: Medias y desvió estándar de estilos de vida mediante instrumento FANTASTIC.....(Pág. 79)
- Figura 15: Diferencias entre hombres y mujeres en estilos de vida relacionados con tabaco y otras toxinas y consumo de alcohol.....(Pág. 80)
- Figura 16: Diferencia significativa entre psicólogos y psicólogas que tienen o no dependientes.....(Pág. 81)
- Figura 17: Diferencia en los estilos de vida de psicólogos(as) que laboran en el área versus quienes no o carecen de empleo.....(Pág. 81)
- Figura 18: Diferencia entre psicólogos/as con o sin diagnóstico previo de una enfermedad mental en cuanto a sus estilos de vida.....(Pág. 83)

Índice de Tablas

Tabla 1: Consistencia interna BIS-53 en el presente estudio.....	(Pág. 59)
Tabla 2: Consistencia interna COPE-28 en el presente estudio.....	(Pág. 60)
Tabla 3: Consistencia interna FANTASTIC en el presente estudio.....	(Pág. 61)
Tabla 4: Datos sociodemográficos finales.....	(Pág. 66)
Tabla 5: Síntomas clínicos en psicólogos que han sufrido a causa de COVID-19 directa o indirectamente.....	(Pág. 71)
Tabla 6: Relación entre síntomas clínicos y la edad entre psicólogos y psicólogas.....	(Pág. 72)
Tabla 7: Relación entre años de experiencia y síntomas clínicos.....	(Pág. 73)
Tabla 8: Diferencia de medias en las estrategias de afrontamiento, entre quienes han sufrido a causa de COVID-19 versus quienes no.....	(Pág. 77)
Tabla 9: Diferencia significativa entre las estrategias de afrontamiento y los años de experiencia de los y las psicólogas.....	(Pág. 78)
Tabla 10: Diferencia de medias en los estilos de vida, entre profesionales que sufrieron a causa de la Covid19 y quienes no.....	(Pág. 82)
Tabla 11: Correlación entre la edad del profesional y estilos de vida.....	(Pág. 83)
Tabla 12: Correlación entre años de experiencia y estilos de vida.....	(Pág. 84)
Tabla 13: Diferencia entre presencia de síntomas clínicos en población general hondureña (BIS-18) versus psicólogos y psicólogas hondureñas (BIS-53).....	(Pág. 92)

Introducción

Hablar de salud mental en los profesionales encargados de cuidar dicha salud en la población en general se convierte en un reto en Honduras. Es por eso que esta investigación tiene como propósito inicial analizar la salud mental de los y las psicólogos de Honduras, sin embargo; al ser un concepto multifactorial, se han elegido tres variables; síntomas clínicos, estilos de vida y estrategias de afrontamiento.

Al haber buscado literatura empírica de estos profesionales en el país y no encontrar, se pretende crear un punto de partida para futuras investigaciones en este nicho profesional. La investigación se realizó de forma cuantitativa, utilizando los instrumentos: Brief Symptom Inventory-53 (BIS-53) de Derogatis, Brief COPE (COPE-28) de Morán, Landero y Gonzáles para su versión en español y el cuestionario FANTASTICO: Evaluación del estilo de vida de la Canadian Family Physician (FANTASTIC) para la recolección de información, donde la muestra estuvo compuesta únicamente por psicólogos y psicólogas residentes en Honduras.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (2004) define que la salud o bienestar solo es alcanzado cuando se posee dentro de ello, a parte de la salud física, una adecuada salud mental, además de adecuadas relaciones interpersonales, avanzando así en cuanto a la idea de que salud no es simplemente física, sino también mental y otras esferas. Es decir que el organismo representante de la salud a nivel mundial nos plantea una multicausalidad en el tema de salud, por lo que la salud mental también estaría incluida dentro de dichas variables y se definiría como: la capacidad para poder realizar nuestras actividades diarias pudiendo hacerles frente a los estresores que estas representan y en igual forma lograr ser productivo en cada ambiente que estemos (OMS, 2018).

Es decir que la salud mental es el pilar fundamental individual en cada persona, indicando que su desempeño en la sociedad variaría considerablemente según su estado de salud mental (OMS, 2018).

Los y las psicólogas son profesionales que se preparan con varios estudios, es decir; son expertos que cuentan con conocimientos para ayudar a las personas con problemas relacionados con la salud mental, estos pueden encontrarse en distintas áreas de trabajo como ser: clínicas, industria, proyectos sociales, centros educativos entre otros lugares (APA, 2011).

Esta investigación tiene por lo tanto el propósito de identificar la salud mental de las y los psicólogos de Honduras con respecto a tres áreas:

- Síntomas clínicos, tales como: obsesivos-compulsivos, ansiedad, depresión, somatización, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide, sensibilidad y psicoticismo.
- Estilos de vida, a través de: familia y amigos, actividad física, nutrición, tabaco y otras toxinas, alcohol, sueño, personalidad, autorreflexión y trabajo.
- Estrategias de afrontamiento como ser: afrontamiento activo, planificación, reinterpretación positiva, aceptación, humor, religión, apoyo emocional, apoyo instrumental, autodistracción, negación, desahogo, uso de sustancias, desconexión y autoinculpación.

Como marco de referencia para los síntomas clínicos hablando de salud mental y considerando la escala utilizada, se tomará como referencia la definición de trastorno mental del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) que plantea que, una serie de síntomas clínicos serían similar a un síndrome, el cual genera una alteración significativa en el estado mental, emocional y/o comportamiento de un

individuo, pudiendo ser estos síntomas de tipo biológico, hereditario o ambiental (APA, 2013).

Es decir que un síntoma clínico representaría una alteración anormal de la salud mental de un individuo.

Los estilos de vida por su parte según Ortega y Flores (2019) los definen como: la forma de vida específica que consciente o inconscientemente adoptan las personas de entre un conjunto de comportamientos o actitudes en relación con su ambiente. Estas actitudes inciden positiva o negativamente en la promoción de su salud y, por supuesto, en su calidad de vida.

Considerando entonces que cada conducta realizada o no por una persona puede tener un impacto positivo o negativo en la salud, por consiguiente; en la salud mental.

Mientras tanto las estrategias de afrontamiento según Lazarus y Folkman (1984) estarían definidas como: acciones realizadas, ya sean mentales o comportamentales que se ejecutan para enfrentar las peticiones del medio que puedan generar estrés o angustia. Tanto las demandas como las estrategias pueden ser cambiantes según la situación.

En resumen, esta investigación pretende mostrar un análisis de la salud mental de los y las psicólogos en Honduras a través de las dimensiones de síntomas clínicos, estilos de vida y estrategias de afrontamiento, pasando por una breve introducción de la salud mental, la conceptualización de cada una de las variables y por último exponiendo los resultados y conclusiones encontradas a través de los datos obtenidos mediante los instrumentos.

Capítulo 1: Planteamiento del Problema

1.1 Construcción del objeto de estudio

En sus inicios la salud mental era tratada de manera dualista (cuerpo-mente) en donde una afección médica podría tener consecuencias sobre la salud mental de una persona, aunque no al contrario, o al menos eso era en sus inicios esto, según León (2003) citado por Juárez (García, 2004). Esto como un planteamiento inicial denota aun así que la salud física se consideraba importante para una adecuada salud mental. Sin duda alguna este tipo de planteamientos son el primer esbozo para considerar la importancia de la salud mental.

La OMS (2004), en una de sus definiciones de salud nos plantea que este bienestar solo es alcanzado cuando se posee dentro de ello, a parte de la salud física, una adecuada salud mental incluyendo, además adecuadas relaciones, avanzando así en cuanto a la idea de que salud no es simplemente física, sino también mental y otras esferas.

No obstante, según la World Health Organization, la salud mental no es simplemente la afectación derivada un problema de salud físico, es más que eso. Es también la capacidad de cada individuo para hacerle frente al estrés diario sin dejar de ser productivo o de contribuir a la comunidad con sus acciones (WHO, 2004).

Así pues, se considera a un individuo “normal o saludable” si muestra la suficiente capacidad para relacionarse con su entorno de una manera constructiva, flexible, productiva y adaptativa. También considera si sus percepciones de sí mismo y del entorno son promotoras de equilibrio cognitivo-afectivo, de relaciones interpersonales duraderas, abiertas, sanas y estables, y de patrones de comportamiento funcionales (Mebarak, Castro, Salamanca, & Quintero, 2009, pág. 89).

Hablar de las características de las personas sanas es entonces importante, pues al hacer el énfasis en esto se puede deducir que el no cumplir estas consideraciones que hacen los teóricos o investigadores supondría no poseer una adecuada salud mental. De Castro (2008) nos habla de la clasificación que hace el DSM-IV en ese momento haciendo mención crítica de la falta de estas características, indicando que dejan de lado la parte vivencial única de cada sujeto, minimizando así su estructura subjetiva (personalidad) que vuelve único a cada individuo (De Castro, 2008).

Pacheco (2005) citado por Mebarak (2009), menciona las siguientes características de una persona que podría ser considerada mentalmente sana:

- Están satisfechas consigo mismas.
- No están abrumadas por sus propias emociones.
- Pueden aceptar las decepciones de la vida sin alterarse dramáticamente.
- Tienen una actitud tolerante y relajada respecto a la propia persona y a los demás.
- Son capaces de reírse de sí mismas.
- Se siente bien con los demás.
- Son capaces de amar y tener en consideración los intereses de los demás.
- Sus relaciones personales son satisfactorias y duraderas.
- Son capaces de confiar en los demás y están abiertos experiencialmente a que los otros confían en ellos.
- Respetan las múltiples diferencias que encuentran en la gente.
- Son capaces de satisfacer las demandas que la vida les presenta.
- Aceptan sus responsabilidades ante los problemas que se van presentando.

- Modifican su ambiente cuando esto es posible y se ajustan a él cuando es necesario. Planifican el presente de cara al futuro, al que enfrentan, en vez de evadirlo, a pesar del posible temor que puedan sentir (Mebarak, Castro, Salamanca, & Quintero, 2009).

Es bien sabido que los psicólogos son una referencia cuando de salud mental se trata. Estos profesionales se preparan con conocimientos científicos, habilidades y destrezas clínicas terapéuticas para ayudar a la demás población a mejorar su calidad de vida, en muchos casos a través de sesiones psicológicas (American Psychological Association, 2019).

Según la American Psychological Association (APA) (2017), muchas veces lleva años el prepararse, y en algunos casos los catedráticos sugieren que el estudiante pase por un proceso de psicoterapia, pero no se sabe si este consejo se realiza. Esta última situación lleva a plantearse acerca del estado de salud mental de los profesionales que velan por la misma.

En cuanto a esto último la APA (2017) en su Manual Ético en el apartado 2 de Competencias, norma 2.06, en relación con los problemas y conflictos personales indica lo siguiente:

(a) Los psicólogos se abstienen de iniciar una actividad si conocen o deberían conocer que existe una posibilidad considerable de que sus problemas personales les impidan desempeñar sus actividades laborales de manera competente.

(b) Cuando los psicólogos advierten problemas personales que pueden interferir en el correcto desempeño de su trabajo, toman las medidas adecuadas, tales como consultar u obtener ayuda profesional, y determinan si deberían limitar, suspender o concluir sus tareas laborales.

No obstante, en Honduras al hablar sobre el Código de Ética del Psicólogo hondureño, no se muestra las sugerencias a forma de deber si un profesional de la Psicología en Honduras tuviera un problema relacionado con su salud mental que interfiera en la práctica de su labor diaria en el nicho laboral que se encontrara.

Al hablar de psicólogos(as), las personas podrían pensar que estos profesionales al tener el conocimiento, los recursos, técnicas y estrategias para ayudar a las demás personas a superar aquellas situaciones que les aquejan les convierte en seres inmunes a la influencia de los mismos factores que les aqueja a ellos/as. Este pensar desestima el hecho que los psicólogos también son seres humanos y por lo tanto en algún punto ante una exposición de tiempo considerable a situaciones que vulneren sus capacidades para funcionar de manera óptima, también podrían verse comprometida su salud mental.

Estudios realizados en varios países, aunque pocos involucrando a los profesionales de la Psicología se encontraron diversos resultados. En un estudio relacionado con prácticas de autocuidado y el nivel de estrés en estudiantes de Psicología de los Estados Unidos, se encontró que aquellas conductas destinadas al autocuidado contribuyen a la disminución del estrés y a la buena práctica de la psicología. También se encontró que dichas conductas incluso ayudan a mejorar la resiliencia de los profesionales en formación; lo cual también a la mejor atención de personas como profesionales ya laborando (Myers, y otros, 2012).

Este estudio que estaba basado en el estrés también evidencia que las situaciones socioeconómicas son un determinante al momento de enfrentarse a las actividades diarias y así mismo afectará en la calidad de la salud mental del profesional (Myers, y otros, 2012). Dicha investigación también identificó que buenas prácticas en cuanto a las horas de sueños son también determinantes para una mejor salud y afrontamiento ante situaciones estresantes. Otro factor encontrado para una adecuada salud mental ante

el estrés fue la forma de percibir la situación y el manejo de las emociones de manera asertiva (Myers, y otros, 2012).

Un estudio realizado acerca del burnout a profesionales psicólogos estadounidenses reveló que los niveles de agotamiento emocional, despersonalización, realización personal son relativamente altos en comparación con los baremos para esa población, situación que evidencia que la presencia de dichos niveles podría contribuir al desarrollo de otras afecciones tanto mentales como físicas. En cuanto al análisis entre profesionales de espacios públicos versus privados, no se encontró una diferencia significativa en cuanto al agotamiento emocional y despersonalización, sin embargo, en cuanto a aquellos que trabajaban en espacio privados tenían índices más altos de falta de sentido de realización personal (Ackerly, Burnell, Holder, & Kurdek, 1988).

Otro dato importante que se encontró en el estudio indicó que los jóvenes son quienes están más propensos o vulnerables ante situaciones que generen una cantidad considerable de estrés en comparación con los profesionales de mayor experiencia (Ackerly, Burnell, Holder, & Kurdek, 1988). Este estudio fue uno de los pocos encontrados en donde se estudiaba específicamente a psicólogos y psicólogas ya graduados y laborando con diferentes años de experiencia y rubros.

En otro estudio realizado en México donde se involucró varios trabajadores del área de salud incluido psicólogos, se encontró que los factores directamente relacionados con la salud en general y salud mental de estos profesionales, evidenció que componentes como la inseguridad laboral seguida del control emocional y la autoeficacia contribuyen la afectación de su bienestar físico y psicológico (García, 2004).

De esta manera se resalta la dinámica que hay entre variables como trabajo-salud, lo que significa que aquellos profesionales que se encuentran en una situación inestable de

empleo, poseen niveles de hostilidad e irritabilidad fuera de su control y creen que no poseen las capacidades para ejecutar ciertos cursos de acción requeridos para manejar efectivamente situaciones en su trabajo, son más vulnerables a las afectaciones en su salud mental (García, 2004).

Al buscar estudios relacionados con la salud mental del profesional de la Psicología en Honduras no se encontró alguno, situación que podría deberse a múltiples factores. De igual manera, al realizar la búsqueda a través de portales confiables (Elsevier, Redalyc, Google académico, como algo más general) tampoco se logró encontrar una relacionada con las dimensiones para salud mental en general para psicólogos en Honduras.

Tampoco se encontró estudios a través de otros profesionales que brindaran información de atención de salud mental a personas que laboren otros sectores en que el profesional de la psicología labore.

Una de las situaciones podría ser la falta de investigaciones en el país de este tópico y nicho profesional. Esto se infiere del hecho que no se encontró estadísticas proporcionadas tanto por los entes estatales encargados ni de los mismos del gremio que indique esquemas de la salud mental de los psicólogos y psicólogas.

1.2 Preguntas de investigación

Pregunta general

- ¿Cuál es el estado de salud mental en las áreas de síntomas clínicos, estilos de vida y estrategias de afrontamiento del profesional de la Psicología en Honduras en el año 2020?

1.3 Preguntas específicas

- ¿Cuál es la prevalencia de síntomas clínicos en los y las profesionales de la Psicología en Honduras?
- ¿Cuáles son los recursos de afrontamiento utilizados por los y las profesionales de la Psicología en Honduras?
- ¿Cuáles son los estilos de vida saludable asociados a la salud mental del psicólogo y la Psicóloga hondureña?

1.4 Objetivos de la investigación

1.4.1 Objetivo general.

Analizar el estado de salud mental relacionado con sintomatología clínica, estilos de vida y estrategias de afrontamiento del profesional de la Psicología en Honduras en el año 2020

1.4.2 Objetivos específicos.

- Evidenciar los síntomas clínicos que padecen las y los profesionales de la Psicología en Honduras.
- Mostrar los recursos de afrontamiento utilizados por las y los psicólogos en Honduras.
- Identificar los estilos de vida saludable asociados a la salud mental del y la psicóloga hondureña.
- Relacionar los síntomas clínicos, los recursos de afrontamientos y estilos de vida saludables que reportan las y los profesionales de la Psicología en Honduras.

1.5 Justificación

La salud mental está determinada por múltiples factores que afectan a los individuos a lo largo de su diario vivir, esta no se limita a las esferas meramente físicas o mentales, sino que también puede estar determinada por los factores ambientales, personales, económicos entre otros (WHO, 2004).

Sin embargo, cuando se piensa en el psicólogo se cree que éste con todos sus conocimientos y recursos como las técnicas terapéuticas podrían estar exentos de padecer afecciones mentales. Esta situación expuesta por algunos estudios, han demostrado que como personas también estos profesionales están expuestos a tales afectaciones. Estudios relacionados con el estrés, síndrome de burnout e incluso estudios con el consumo de alcohol en psicólogos han hecho evidente que estos también requieren de atención psicológica (Patterson-Hyatt, 2016; Myers, y otros, 2012).

La APA recomienda la búsqueda de asistencia en sus estatutos ante situaciones que puedan comprometer la calidad de atención que el profesional pueda brindar a sus clientes/pacientes según sea el caso; el reglamento puede ser vago sin embargo se puede inferir que uno de esas posibles situaciones podría ser la salud mental del mismo profesional (APA (2017)).

En la Ley Orgánica del Colegio de Psicólogos de Honduras o en el Código de Ética del Psicólogo hondureño no se hace mención específica sobre la búsqueda de tratamiento. No obstante, sí se establece en el artículo 75 un trato de cortesía entre colegas, significando así que estos también podrían requerir de un proceso psicoterapéutico en cualquier momento (Tribunal de Honor: Colegio de Psicólogos de Honduras, 2019, pág. 25).

Ya que no se encontró en Honduras investigaciones que hablen de la salud mental del psicólogo esta investigación es una oportunidad para señalar el estado mental de los psicólogos hondureños. Contribuyendo a ayudar con posibles estrategias o programas de ayuda para quienes están en formación y los que ya laboran a partir de los datos que la investigación pueda reflejar ya que muchos trabajan en lugares tales como hospitales, clínicas, empresas, centros educativos, entre otros, siendo estatales o privados y que en su mayoría posiblemente trabajan directamente con personas.

Capítulo 2: Marco Teórico

Es importante definir las bases conceptuales de esta investigación ya que para cada una de las variables hay diferentes definiciones, sin embargo, en el presente marco se plasman las acepciones con mayor relevancia histórica, esto no limitará la definición de más autores, ya que le darán mayor sustento a cada una de las dimensiones abordadas.

2.1 Salud Mental

La salud mental está determinada por varios factores al ser seres biopsicosociales (Mebarak, Castro, Salamanca, & Quintero, 2009), significando que dimensiones como estilos de vida, la salud mental misma o bienestar psicológico y recursos de afrontamiento son parte indisoluble de una adecuada salud mental. Debido al dinamismo de la salud mental de un individuo se procede a la definición general de cada dimensión a continuación.

2.1.1 Breve Historia de la salud mental

Al hablar de salud mental, no podemos dejar de lado lo que fue estudiado y tratado primero antes que se le empezara a dar énfasis a la salud mental; o sea, los trastornos mentales o conducta anormal. Desde hace siglos las enfermedades mentales han estado rodeadas de misterios, atribuidas causas diversas tales como posesiones, castigos divinos e incluso a los astros, algunos historiadores ubican estos hechos en diversos escritos tales como la biblia, poemas, pinturas entre otras narraciones como la trepanación (Salaverry, 2012).

Luego de que las doctrinas cartesianas que hablaban del dualismo mente-cuerpo contribuyeran a la aceptación más abierta de las ciencias muchos seguidores del método cartesiano pasando de lo sobrenatural a algo más corporal en donde se creía que el cerebro a través la sangre obtenía algunos males animales, tomando este giro más

material logra que se pueda agregar a los males mentales, en su momento la locura, a procedimientos médicos (Salaverry, 2012).

Ya para el siglo XX Freud (1925/1958) a través del psicoanálisis plantea la idea de una estructura mental y procesos inconscientes que podrían influir en la conducta de los individuos proponiendo así ideas revolucionarias sobre la afectación de la conducta normal en las personas (Cloninger, 2003).

Es así como la salud mental en ese tiempo no fuera vista como algo prioritario, sino más como una resolución de la enfermedad mental que aquejaba a la persona. Sin embargo, este actuar ha ido cambiando, debido a la aceptación de que mente y cuerpo no son sistemas distintos sino uno solo (WHO, 2004). De manera que ahora se le ha dado relevancia a lo relacionado con el espectro de la salud mental desde un modelo integrador biopsicosocial (Sarason & Sarason, 2006, pág. 20) sistema que permite cubrir casi en su totalidad lo relacionado con la conducta del ser humano.

Luego de que en sus inicios solo se trabajara la enfermedad mental o la conducta anormal, el énfasis en la salud mental a través de la prevención fue tomando mayor relevancia. Esto posiblemente al crecimiento acelerado y desbalanceado en el mundo situación que ha hecho su impacto directo en la sociedad con cifras alarmantes (OMS, 2018) llevando a que se consideren políticas públicas de salud mental a nivel mundial.

2.1.2 Nociones de salud mental

La Salud Mental al igual que la salud en general no es sencillamente la ausencia de enfermedades relacionadas con la psique de una persona (OMS, 2004, pág. 14), cada individuo puede estar dentro del marco de esta definición sugerida por la OMS, no obstante esta no es una regla de medición puesto que la salud mental de cada individuo estará determinada por muchos factores (biológicos, psicológicos y ambientales) que

aun en la misma situación 2 o más individuos pueden tener diferentes reacciones; por lo tanto, su salud mental va a diferir uno del otro (OMS, 2004).

Cuando se habla de salud mental como se expresó anteriormente cada individuo tendrá un nivel de bienestar diferente respecto a sus pares. Siguiendo esta línea de acción la OMS en su informe “Promoción de la Salud Mental: conceptos, evidencia emergente y práctica define la salud mental como, un estado donde las personas tienen la capacidad de hacerle frente a las situaciones diarias de la vida. También es considera que la persona sea capaz de trabajar y aportar a la comunidad (OMS, 2004). Expresando desde esa concepción que el ser humano cada día se verá implicado en la faena de trabajar por su salud mental.

Y siendo que la salud mental está compuesta por diferentes variables, Carrasco (2015) agrega el componente religioso a la complejidad humana para una salud mental positiva e indicando lo siguiente:

La salud mental es fruto de todos los aspectos de la vida cotidiana, porque no solo depende de factores físicos sino en gran parte de factores psicológicos y ambientales. En este sentido, se puede decir que las personas somos muy vulnerables, ya que estamos expuestos a sufrir un problema de salud mental en cualquier momento de nuestras vidas. Además, agrega ...el establecimiento de vínculos afectivos es fundamental, mientras que el aislamiento, la falta de estímulos pueden predisponer a la depresión y otros trastornos...Las personas pueden estar expuestas a otros factores de riesgo, como un nivel social y económico bajo. Así mismo el consumo y abuso de sustancias adictivas tiene la capacidad de contribuir de forma significativa a un envejecimiento acelerado y puede ser en un porcentaje elevado desencadenante de graves trastornos mentales (Carrasco Falcó, y otros, 2015, pág. 10).

Desde el campo de la psicología de la salud Morales (1999, p.88) citado por Díaz hace la siguiente conceptualización:

A la psicología de la salud ...le interesa el estudio de aquellos procesos psicológicos que participan en la determinación del estado de salud, en el riesgo de enfermar, en la condición de enfermedad y en la recuperación, así como las circunstancias interpersonales que se ponen de manifiesto en la presentación de los servicios de salud, lo que se expresa en el plano práctico en un amplio modelo de actividad que incluye acciones útiles para la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades, la atención de los pacientes enfermos y personas con secuelas, y para la adecuación de los servicios de salud a las necesidades de los que los reciben (Díaz, 2010, pág. 60).

Este constructo con mucho corte médico pone de manifiesto la necesidad de una adecuada atención primaria con especial énfasis en la promoción y prevención, situación que no está alejada del contexto diario de cada persona, siendo que cada día se lucha contra las presiones del estrés (Díaz, 2010, pág. 61).

Desde la perspectiva de los teóricos de las ciencias sociales la salud mental tiene que ver con los siguientes aspectos o componentes:

a) Espontaneidad y viveza del afecto: Refleja la capacidad de experimentar la amplia gama de emociones humanas y de poder (o permitirse) sentir las profundamente si es necesario, de acuerdo con el proyecto de vida auto escogido.

b) Capacidad de identificación de los propios sentimientos, deseos, necesidades y pensamientos: Implica, hasta donde sea posible, la descripción detallada de la propia experiencia, así como de la forma de reaccionar y asumir una situación.

c) Valoración positiva de uno mismo: Internalización de derecho a sentirse bien consigo mismo al conseguir las cosas, del derecho a sentirse orgulloso y a valorar lo que se hace.

d) Autoafirmación: Implica la convicción interna de que está bien expresar los propios sentimientos, necesidades y opiniones cuando sea necesario, así como defenderse cuando estos han sido heridos por otros. También se trata de la capacidad y la disposición para llevar las propias convicciones a terreno de la acción.

e) Intimidad: La capacidad de expresarse de forma abierta y honesta con alguien a quien se quiere, lo que implica compartir la ternura, la necesidad o el dolor emocional.

f) Compromiso: Que viene a ser la capacidad y la disposición para perseverar en los momentos difíciles Mebarak et al (2009, pág. 89).

Estos componentes eminentemente propios de cada individuo ponen de manifiesto la idea de que cada individuo hasta cierto punto es responsable directo de su nivel de salud mental puesto que la individualidad supone un complejo que no puede generalizarse. Sin embargo, la sociedad o medio en el que se vive ejerce su influencia directa la cual cada persona decide de forma de manera de afrontar dicho nicho.

Según Oblitas (2004, p. 3) y Dubos (1975) citados por Mebarak et al (2009, págs. 89, 90) la salud mental puede darse a través de un bienestar físico, psicológico y social, añadiendo también que junto con esto se necesita de igual forma la lucha activa de cada individuo para conseguirla. Este no es un proceso estático sino dinámico que permite a las personas adaptarse al medio siendo flexibles sin dejar de lado el conocimiento de uno mismo a través de las fortalezas y debilidades propias.

Desde la perspectiva psicoanalítica de Freud la salud mental de una persona estaría determinada por la calidad de su desarrollo en su infancia (0-5 años) etapa en la

cual se determina la personalidad de un individuo, la forma en como lidia con sus estructuras (ello, yo, superyó) internas con relación a sus impulsos o deseos y el tipo de mecanismo de defensa que se adopte (Cloninger, 2003, págs. 43-57).

Según Adler (1927), citado por Cloninger (2003, págs. 121-123) la salud mental de las personas estará estrechamente ligado a la interacción sana con otros individuos. Enfatizó que no es simplemente lo individual, sino la vida en la sociedad en donde se realiza un intercambio que involucra el amor y el trabajo que le permitiría a una persona lograr un adecuado ajuste.

Para Allport (1937) citado por Cloninger (2003, pág. 204) la salud mental está ligada a la forma en como el individuo se adapta y afronta el medio con los rasgos de personalidad que posee, resultando en la dinámica entre sujeto y ambiente.

Los teóricos del aprendizaje afirman que la salud mental de las personas estará determinada por la cantidad y calidad del aprendizaje, sugiriendo de esta manera que un individuo que no logró aprender lo básico no podría tener un adecuado ajuste psicológico (Cloninger, Susan, 2003, pág. 301).

Para Fromm (1990) citado por (Urbilla, 2009), el hombre viene al mundo determinado con ciertas necesidades básicas que debes ser satisfechas y la forma en cómo se logre estará dado por factores históricos, sociales y naturales, por cuanto “la forma en que estas necesidades sean adecuadamente satisfechas o no determinarán finalmente el grado de salud mental que el Hombre pueda desarrollar” (pág. 156), entendiéndose que las necesidades podrían evolucionar o cambiar según la persona lo determine.

Por consiguiente, al haber definido las premisas básicas de la salud mental, es fundamental enunciar de forma precisa que se entiende por síntomas clínicos al hablar

de salud mental. Según el diccionario de la APA (2022) sería: “cualquier desviación del funcionamiento normal que se considere indicativa de patología física o mental”. Así mismo, considera que un síndrome como: “grupo de síntomas que implican comportamientos o condiciones fisiológicas anormales, angustia persistente o intensa, o una alteración del funcionamiento fisiológico” (APA, 2022).

Por lo tanto, los síntomas clínicos psicológicos o un desorden mental serían: “cualquier condición caracterizada por alteraciones cognitivas y emocionales, comportamientos anormales, deterioro del funcionamiento o cualquier combinación de estos” (APA, 2022).

Es importante resaltar que estos trastornos o síntomas clínicos pueden ser multifactoriales. Es decir, partir de situaciones ambientales, genética, sociales, entre otros y no son únicamente el resultado de la interacción entre una o un individuo y su ambiente.

2.1.3 BSI-53; conceptualización de variables

A continuación, se expone brevemente la definición de cada una de las variables de la escala empleada para la medición de la sintomatología clínica (Derogatis & Melisaratos, 1983);

Somatización: dimensión que expresa un malestar psicológico originado a partir de la percepción de malestares físicos, cefaleas, dolores de cuerpo, problemas gastro-intestinales entre otros.

Obsesivo-compulsivo: en esta dimensión las personas centran sus ideas y conductas de manera que son experimentadas como difíciles de controlar, siendo molestas y no deseadas, estas situaciones podrían ser; dificultad para tomar una

decisión, tener que repetir una y otra vez una acción, dificultad para concentrarse entre otras.

Sensibilidad interpersonal: compuesta por situaciones en las que las personas presentan sentimientos de inadecuación o inferioridad. Aquí el individuo puede experimentar autodesprecio e incluso malestares relacionados con situaciones sociales.

Depresión: esta dimensión integra los síntomas clínicos relacionados con el trastorno de depresión como ser; disforia, pérdida de energía, desesperanza, sentimientos de tristeza, entre otros.

Ansiedad: aquí se trata de recolectar sintomatología general de la ansiedad, por ejemplo: inquietud, nerviosismo, tensión muscular, ataques de pánico, etc.

Hostilidad: tienen que ver con aquellas conductas, ideas o sentimientos relacionados con la hostilidad, es decir; irritabilidad, poco control ante el estrés, urgencia por romper cosas, etc.

Ansiedad fóbica: más que síntomas generales de ansiedad, esta dimensión enmarca miedos específicos e incluso signos de agorafobia, por ejemplo; temor de volar, a estar en espacios abiertos, a las arañas, entre otros temores.

Ideación paranoide: aquí se encuentran pensamientos, sentimientos o acciones que son tomados erróneamente por las personas como una forma de ataque hacia ellos o ellas, por ejemplo, sospechas de que hablan mal de él/ella, miedo a la pérdida de la independencia, entre otros.

Psicoticismo: dimensión relacionada con conductas o estilos de vida que van de lo esquizoide hasta la psicosis (Derogatis & Melisaratos, 1983, págs. 596-597).

2.2 Estilos de vida

Otra de las dimensiones a medir corresponde a los estilos de vida. Estas conductas propias de cada individuo son la base diaria del comportamiento según lo aprendido a lo largo de los años en una determinada época y cultura.

Por lo tanto, un primer acercamiento de forma general nos la expone Guerrero et al (2010), quienes indican que el estilo de vida hace referencia a: “la manera de vivir, a una serie de actividades, rutinas cotidianas o hábitos, como el número de comidas diarias, características de alimentación, horas de sueño, consumo de alcohol, cigarrillo, estimulantes y actividad física entre otras” (pág. 15).

Por su parte Alvin Toffler (1979) citado por Mora (2012), describe que el estilo de vida está ligado a cada una de las acciones realizadas por las personas, por ejemplo: la manera de comer, hacer o no ejercicios, descansar, jugar, el trato con los demás, pensar, planificar, conducir un vehículo, dormir, trabajar, entre otros, y en general la forma total de vivir (pág. 49). Dentro de este concepto, también se integra los patrones sociales y las actividades de recreación, así como su elección consciente o inconsciente de todo el conjunto de factores anteriormente mencionados y afirma que este repertorio de actividades ya sean ejecutadas o no, inciden directamente en la salud de cada una de las personas (Mora, 2012, pág. 49).

Tena y Ortega-Nava (2019), agregan elementos cognoscitivos y ambientales donde cada una de las personas genera una conducta a partir de su repertorio de ideas previamente asimiladas y que dichas conductas irán en función del ambiente en el que una persona se encuentra. Es decir que plantean los estilos de vida como: “Una forma de vida específica que consciente o inconscientemente adoptan las personas de entre un conjunto de comportamientos o actitudes en relación con su ambiente y que inciden

positiva o negativamente en la promoción de su salud y, por supuesto, en su calidad de vida” (pág. 4).

Mora (2012) hace una contribución importante al hacer una enumeración de posibles conductas a considerar para una adecuada salud a través de estilos de vida saludables. Y siendo que la salud mental está ligada a la calidad de vida que un individuo pueda tener, se muestran entonces una lista de conductas consideradas saludables:

- Practicar alguna actividad física moderadamente intensa al menos 5 días por semana, y preferiblemente cada día
- Abandonar el hábito tabáquico (si se es fumador)
- Moderar el consumo de alcohol: limitarlo a 2 unidades estándar /día (en varones); una unidad estándar/día (en mujeres)
- Reducir el peso corporal entre el 5-10% (si sobrepeso u obesidad):
- Disminuir la ingesta calórica en 500 kcal/día
- Aumentar gradualmente la intensidad del ejercicio físico hasta 60 minutos/día
- Asegurar una dieta equilibrada, variada y saludable: rica en vegetales y frutas: al menos 2 frutas/3 vegetales por día
- Seleccionar alimentos integrales, con alto contenido en fibra (al menos la mitad de los cereales que sean integrales)
- Limitar la ingesta de ácidos grasos saturados a menos del 10% de las calorías y de ácidos grasos trans (margarina, bollería, fritos) a menos del 1%

- Reducir el colesterol a menos de 300 mg/día, seleccionando carnes magras, alternativas vegetales y productos lácteos desnatados, y minimizando la ingesta de grasas parcialmente hidrogenadas
- Consumir pescado, en especial pescado azul, al menos dos veces por semana
- Minimizar la ingesta de bebidas y comidas con azúcar añadido
- Limitar el consumo de sal (< 5 g al día)
- Beber suficiente agua ($> 1,5$ litros/día)
- Aumentar el bienestar emocional y mental: presentar una actitud optimista y positiva ante la vida, practicar/experimentar el buen humor y la risa (≥ 3 minutos de risa intensa al día)
- Gestionar efectivamente el estrés
- Dormir las horas de sueño adecuadas (7-9 horas en adultos y mayores).

Considerando lo anterior, Fernández y colaboradores (2012) citados por Ornelas y Ruíz (2017, pág. 2) expresan que la calidad de vida de una persona mejora o empeora su salud. La presencia de un trastorno mental igualmente afecta la calidad de vida y viceversa.

2.2.1 FANTASTIC, definición de sus variables

Para la definición de las dimensiones a medir en los estilos de vida, se tomó como punto de referencias los conceptos del instrumento presentado por Fitzgerald, Litt,

Ciliska, Delmore, & Butson (1984) y Sherk, Thomas, Wilson, & Evans (1985) de la *Canadian Family Physician*:

Familia y amistades: esta dimensión mide la capacidad de la persona para establecer relaciones interpersonales donde pueda expresarse, dar y recibir cariño y su capacidad de que dichas relaciones puedan ser significativas y contribuyan al bienestar psicológico.

Actividad: esta dimensión refiere toda acción vinculada al ejercicio de forma disciplinada de al menos 20-30 minutos con un mínimo de 3 veces a la semana. Es decir que valora en términos de saludable aquella actividad física encaminada a mejorar la salud de la persona.

Nutrición: esta variable intenta agrupa las actividades de ingesta cuyo propósito es mejorar a modo de prevención la salud física de la persona. Va desde la ingesta mayor o menor de determinados alimentos que puedan afectar la calidad de vida.

Tabaquismo y toxinas: esta dimensión valora el uso o no de las drogas legales o ilegales más comunes y el efecto en la salud física de la persona.

Alcohol: esta dimensión valora el impacto del alcoholismo, considerando que su efecto en la salud a nivel individual y colectivo se ha llegado convertido en problema de salud público en muchos países.

Sueños, estrés y cinturón de seguridad: esta dimensión valora la afectación de la privación del sueño puede tener repercusiones psicológicas en la salud de la persona. Igual expone que niveles moderados a altos de estrés pueden afectar directamente la salud física y mental. En cuanto a la precaución al manejar puede afectar no solo la seguridad propia sino la de terceros.

Tipo de personalidad: esta dimensión evalúa la forma de actuar de una persona ante una situación que le genere malestar. Estima que un individuo puede actuar calmado o irascible frente a un malestar, pudiendo esta actitud repercutir en la salud física de uno o una misma y a las demás personas.

Introspección: esta dimensión evalúa la salud mental de las personas a través de los constructos mentales que se ha formado cada quien respecto de las situaciones que le aquejan, como ser síntomas depresivos, ansiosos o de temor.

Carrera profesional: aquí se valora la salud mental o su deterioro a través de satisfacción laboral que pueda tener el individuo en la organización que trabaje.

2.3 Estrategias de afrontamiento

En el día a día es normal encontrarse con situaciones que generan estrés en cada persona. Los psicólogos y psicólogas no están libres de percibir estresores aun cuando cuenten con herramientas para el manejo de dichas situaciones. A continuación, se presentan las acepciones más utilizadas para definir las estrategias de afrontamiento ante eventos estresantes.

Según Lazarus (1984) el estrés es la relación que se da entre cada persona y su ambiente, el cual provoca que se busquen mecanismos para hacer frente a esta dinámica, a estas herramientas les llamó, estrategias de afrontamiento y las definió como: ‘‘procesos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/ o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo’’ (Lazarus & Folkman, 1984, pág. 117).

Claramente Lazarus no fue el único en notar que esta relación entre el estrés-persona-ambiente/situación movilizan al individuo o grupo de personas. Macías et al (2013) exponen que: “las estrategias de afrontamiento son entendidas como recursos psicológicos que el sujeto pone en marcha para hacer frente a situaciones estresantes” Macías et al (pág. 125).

Sobretudo Macías (2013) hace énfasis en que la puesta en marcha de estas no siempre garantiza el éxito, sirven para generar, evitar o disminuir conflictos en los seres humanos, atribuyéndoles beneficios personales y contribuyendo a su fortalecimiento.

Por otra parte, McCubbin et al. (1997) nos habla del afrontamiento familiar, donde nos expone sobre la dinámica que se da no únicamente en lo individual, sino en lo colectivo, dicho de paso, en la familia y lo define como: las posibilidades de la unidad familiar para actuar y ejecutar estrategias que sirvan como medidas de contingencia a las demandas del ambiente.

Esto significa que las estrategias de afrontamiento o las herramientas utilizadas para moderar el estrés o angustia generada por una situación o diferentes situaciones van a variar según el caso que se presente ante un individuo o grupo de personas, teniendo presente que incluso en el grupo de individuos, las estrategias mismas pueden variar. Estos estilos de afrontamiento determinan en muchos sentidos la calidad de la salud mental, Cruz (2010).

2.3.1 COPE-28, definición de las dimensiones

Las estrategias de afrontamiento sin duda juegan un papel fundamental en nuestra salud mental, Moran et al (2009) nos muestran las bases de cada una de las siguientes dimensiones:

Afrontamiento activo: capacidad de una persona para actuar en pro de la solución de la situación que le genera malestar.

Planificación: es la habilidad del individuo para valorar y trazar un plan y lidiar con los problemas que le puedan generar estrés.

Apoyo instrumental: consiste en la capacidad del individuo para solicitar ayuda a terceros que puedan tener mejor conocimiento o estrategias para la resolución de una situación similar.

Uso de apoyo emocional: dimensión que valora la habilidad de la persona para buscar apoyo comprensivo y empático.

Autodistracción: determina el hecho en que una persona busca centrar sus esfuerzos con situaciones que le distraigan de la situación que le genera estrés o angustia.

Desahogo: valora la tendencia de la persona a descargar sus emociones, producto del estrés o angustia.

Desconexión conductual: es la completa indisposición de la persona para resolver el problema.

Reinterpretación positiva: es la capacidad para tomar lo positivo de la situación estresante y crecer a partir de ello.

Negación: es la reticencia a aceptar los hechos que son la causa de estrés o angustia.

Aceptación: contrario a la negación, valora la capacidad para reconocer la fuente de su estrés.

Religión: expone el uso de la fe y otras estrategias similares para sobrellevar el estrés o angustia.

Uso de sustancias: es la acción de una persona a recurrir al uso de estimulantes, relajantes o estupefacientes para manejar sus problemas.

Humor: es la capacidad de una persona para hacer frente a un problema de manera humorística, lograr hacer burla de la misma y así sobrellevar la crisis.

Autoinculpación: es la tendencia a culparse o criticarse uno mismo cuando una situación estresante se presenta.

Es indudable que el paso del tiempo afecta todo, desde objetos hasta el individuo mismo

2.4 Salud mental; contexto mundial, regional y hondureño

Es indudable que el paso del tiempo afecta todo, desde objetos hasta el individuo mismo. El contexto en el cual el ser se desenvuelve no está excepto de tales cambios, por lo cual la salud mental está en muchos casos determinada por el contexto (Sarason & Sarason, 2006) y debido a los efectos del cambio en el ser y con esto en su salud mental es importante mostrar los actuales números, cifras y aquello que ligado con la situación del bienestar psicológico del ser humano.

A nivel mundial según la OMS (2013), el 20% de la población infantil y adolescente sufría de algún tipo de trastorno mental. Junto con el consumo de sustancias los trastornos mentales representan casi el 23% de causa; de años perdidos de vida saludable en cada persona afectada. Igualmente, según estimaciones, a nivel mundial cada año se suicidan más de 800 mil personas.

Las guerras y catástrofes afectan la salud mental y bienestar psicosocial (situación que hoy por hoy no está del todo alejado de la realidad de nuestro país (Observatorio

Nacional de la Violencia, 2018)), al padecer una enfermedad mental se está expuesto o vulnerable a otras enfermedades.

La OMS (2018) determina a través de su plan de un plan de acción integral que permite alcanzar los siguientes objetivos:

- Reforzar el liderazgo y la gobernanza eficaces en lo concerniente a salud mental;
- Proporcionar en el ámbito comunitario servicios de salud mental y asistencia social completos, integrados y adecuados a las necesidades;
- Poner en práctica estrategias de promoción y prevención en el campo de la salud mental;
- Fortalecer los sistemas de información, los datos científicos y las investigaciones sobre la salud mental.

Al determinar estos objetivos como ente internacional muchas veces dicta la pauta a sus países asociados para que así se vayan creando políticas dentro del marco de referencia del Plan dictado por dicha Organización (OMS, 2018).

Con relación a la carga de salud mental a nivel de América Latina, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2018) a través de su informe expresa que, una considerable cantidad de personas poseen problemas de salud debido a una mala salud mental, el consumo de sustancias. También informa sobre mayores problemas de discapacidad y tasas más altas para personas con una enfermedad mental.

Junto con este enunciado en el inicio del informe nos presenta los siguientes datos relacionados con la salud mental en la región de las Américas:

- Los trastornos mentales, neurológicos específicos y debidos al consumo de sustancias y suicidio suponen una tercera parte de todos los años perdidos por

discapacidad (APD) y una quinta parte de todos los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) (OPS, 2018, pág. x).

- Los trastornos depresivos son la principal causa de discapacidad y, cuando se considera la discapacidad junto con la mortalidad, suponen 3,4% del total de AVAD y 7,8% del total de APD (OPS, 2018, pág. x).
- El segundo subgrupo en importancia abarca los trastornos de ansiedad, con 2,1% y 4,9% del total de AVAD y de APD, respectivamente. La autoagresión y los trastornos por dolor (trastornos somatomorfos con dolor predominante) suponen, respectivamente, 1,6% de los AVAD y 4,7% de los APD (OPS, 2018, pág. x).
- América del Sur, en general, tiene mayores proporciones de discapacidad debida a enfermedades mentales comunes. En comparación con otras subregiones, Centroamérica tiene una mayor proporción de discapacidad por trastorno bipolar y trastornos de comienzo habitual en la infancia y adolescencia, así como por epilepsia; Estados Unidos y Canadá sufren una carga elevada de discapacidad por esquizofrenia y demencia, y por las tasas abrumadoras de trastornos debidos al consumo de opioides (OPS, 2018, pág. x).

Contextualizando la situación de la salud mental en Honduras en un informe realizado por la OMS (2008, pág. 22) la cantidad de recursos humanos trabajando en el sistema de salud mental por cada 100,000 habitantes es de 6.12 profesionales. El desglose de acuerdo con la profesión es el siguiente: 0.82 psiquiatras, 0.66 médicos generales, 2.59 enfermeras, 0.77 psicólogos, 0.29 trabajadores sociales, 0.22 terapeutas ocupacionales y 0.76 de otros profesionales. Este es uno de los últimos informes realizados en el país con relación a la salud mental realizado en el país.

Otro informe realizado por la Organización Panamericana de la Salud (2018), estimó que en Honduras los años de vida ajustados en función de discapacidad (AVAD) es del 14%, mientras que los años perdidos por discapacidad (APD) ES DEL 33%, en cuanto a discapacidad por trastornos mentales, neurológicos y debidos al consumo de sustancias y por suicidio fue del 33,5%; siendo depresión un 7,6% y 4,3 para la depresión finalizando el reporte con un 0,9% la tasa de suicidio a nivel nacional.

2.5 Salud mental del profesional de la psicología

Investigaciones con relación a la salud mental de las personas hay muchas (OMS, 2018) (OPS, 2018) incluso hoy en día las hay hasta por profesiones (Reyes Ticas, y otros, 2012; Mora, 2012) ya que la carga de estrés, el cuidado de la salud e incluso las relaciones pueden incidir en la salud mental de una persona (OMS, 2004).

Cuando se habla también de salud mental, trastornos mentales el colectivo puede recordar al profesional de la psicología, puesto que en esta profesión cada persona se prepara para ayudar a los demás con todo lo relacionado a su *psique* (APA, 2019). No obstante, cuando se revisa sobre investigaciones acerca de la salud mental del profesional de la psicología éstas son pocas; este contexto supone un reto para el gremio de cada país.

En el contexto internacional investigaciones sobre profesionales de la psicología son pocas, muchas de ellas orientadas a los efectos del síndrome de burnout (Ackerly, Burnell, Holder, & Kurdek, 1988).

Ackerly y colaboradores (1988), en un estudio sobre el Síndrome del Profesional Quemado (burnout) en Estados Unidos reveló que los niveles de agotamiento emocional, despersonalización, realización personal son relativamente altos en

comparación con los baremos para esa población, situación que evidencia que la presencia de dichos niveles podría contribuir al desarrollo de otras afecciones tanto mentales como físicas.

Chard (2005), citado por Bridgeman (2006), en una presentación de la APA sobre asistencia a colegas reportó un deterioro entre estos profesionales de un 60% durante su carrera de estos 64% indicó estrés individual y laboral en un 32%, el mismo estudio reportó un 23% de problemas familiares a nivel de pareja, 21% problemas económicos y un 32% reportó síndrome del profesional quemado o depresión. El mismo estudio el cual consistió en una muestra de 800 profesionales reportaron un que 29% de estos indicó haber tenido pensamientos suicidas durante sus carreras y un 4% de ellos realizó los intentos suicidas.

Bridgeman (2010) citado por Patterson (2016, pág. 52), en una encuesta realizada a psicólogos de la APA indicó que estos reportaron ansiedad (51%) e ideación suicida (18%). De este último dato 43% de estos reportaron no haberle dicho a nadie antes.

En otro estudio realizado en Estados Unidos, Patterson (2016) encontró que el 81% de los psicólogos presentaban síntomas relacionados con un desorden mental, y el 71% de ellos reportó haber experimentado síntomas o características de algún desorden de personalidad en el transcurso de su vida. En cuanto a estilos de vida, se reportó un rango entre 8 y 52 por ciento en cuanto a trastornos relacionados con el abuso de sustancias; de los cuales alcohol era predominante.

Respecto a estados de ánimos presentados por los psicólogos en sus estudios Patterson (2016) encontró que la depresión era prevalente con un rango de 11% a 63%, ansiedad entre 36% a 51%, en cuanto a desórdenes alimenticios se encontró un

promedio de 49%. También se encontró que trastornos tales como paranoia, fobia social y disfunciones sexuales estuvieron un 20% dentro de la muestra.

Es importante señalar que no hay estudios relacionados con los profesionales de la psicología en Honduras en el campo de la salud mental. Por lo tanto, este estudio tiene como finalidad exponer la salud mental del psicólogo y psicóloga hondureña a través de la relación entre las dimensiones de síntomas clínicos, estilos de vida y estrategias de afrontamiento.

Capítulo 3: Marco Contextual

Aun cuando hay poca investigación sobre el trabajador(a) de la Psicología conocer su contexto de formación es vital, por lo que el contexto de formación y laburo del profesional de la Psicología en Honduras es el siguiente:

3.1 Breve reseña de la psicología en Honduras

La Carrera de Psicología fue creada en el año de 1961, el 9 de noviembre según el Acta 88, del Consejo Universitario, siendo el primer jefe del departamento el Dr. Asdrúbal Raudales.

En 1968 se creó el Departamento de Ciencias Psicológicas fusionando las actividades psicológico/psiquiátricas de la Facultad de Medicina con el Departamento de Psicología del CUEG hoy Facultad de Ciencias Sociales.

La Carrera ofrece al estudiantado los métodos y técnicas de investigación psicosocial que les permita sistematizar su acción investigativa y desempeño profesional; amplio y profundo conocimiento sobre las bases bio-psicosociales de la conducta para contribuir científica y técnicamente en el proceso de desarrollo de la sociedad hondureña. Mediante esta formación los profesionales logran ser capaces de estudiar, comprender y analizar los actos, conductas y procesos mentales normales y anormales del ser humano. Por medio de la observación de las acciones, reacciones, decisiones, comportamiento verbal, movimiento corporal y otros eventos observables, así como mediante la aplicación de instrumentos científicos, para llegar a conclusiones y brindar diagnósticos y soluciones a problemas (Universidad Nacional Autónoma de Honduras (2017).

3.2 Objetivo de la formación de profesionales en la capacitación de sus conocimientos y habilidades

- Formar profesionales con actitud hacia el interés en el conocimiento científico para la interpretación de la problemática del país y la intervención profesional oportuna.
Capacitar sobre los fundamentos teóricos, habilidades y destrezas necesarias para el desempeño eficiente en la prevención y solución de la problemática psicológica a nivel individual y grupal.
- Promover la formación de profesionales con actitud crítica sobre las diferentes corrientes psicológicas para la interpretación de la conducta humana y su relación con la realidad concreta en que vive.
- Fomentar profesionales con visión integral que les permita intervenir científicamente en la solución de problemas psicosociales nacionales a través de la concepción filosófica, política y social (UNAH, 2017).

3.3 Requisitos de graduación

Es importante que la persona interesada conozca los requisitos curriculares para cursar la carrera de psicología en la (UNAH, 2017).

- Realizar prueba de ingreso a la Universidad PAA y obtener los puntos correspondientes a la misma
- Duración de la carrera: 4 a 5 años.
- Grado: Licenciatura.
- Título por obtener: Licenciado en Psicología.
- Posibilidades de trabajar mientras estudia: Si es posible.
- Requisitos de graduación: Haber completado el plan de estudio.

- Haber realizado 800 horas de práctica profesional.
- Haber realizado 40 horas de trabajo comunal.
- Presentar su Informe de Práctica Profesional Supervisada.
- Hacer todos los trámites administrativos establecidos.
- Posibilidades de estudio de Postgrado: En el país puede obtener una Maestría en Psicología en diferentes áreas como ser Clínica, Industrial, Psicometría entre otras.

3.4 Perfil del profesional y la profesional graduada en psicología

El y la egresada de la Carrera de Psicología deber ser capaz de aplicar los conocimientos y destrezas que se requieren para contribuir a la solución de problemas nacionales. El perfil que se ha trazado comprende tres áreas: conocimientos, habilidades y actitudes (UNAH, 2017).

3.4.1 Conocimientos

- Conocimiento general de las ciencias humanísticas dadas por las clases de estudios generales.
- Conocimientos de la metodología de la investigación en sus diferentes tipos.
- Conocer ampliamente la realidad nacional y los elementos socializantes que intervienen en la formación de la personalidad del hondureño.
- Conocimientos sobre las bases biológicas de la conducta.
- Conocer ampliamente el desarrollo evolutivo del ser humano.
- Profundizar sobre las diferentes teorías explicativas de la personalidad humana.
- Conocer sobre la administración general y la administración de personal.
- Conocer sobre el proceso de reclutamiento: selección, capacitación y entrenamiento de personal.

- Adquirir los lineamientos generales sobre consejería para la intervención individual y grupal.
- Conocer los lineamientos generales de los programas de orientes en los diferentes modelos de evaluación psicológica.
- Conocimiento de las diferentes categorías psicopatológicas del ser humano.
- Conocimiento de las técnicas de intervención comunitaria.
- Conocer elementos básicos de Tecnología Educativa.
- Amplio conocimiento de cómo aprende el ser humano.
- Tener conocimiento de los diferentes enfoques psicoterapéuticos.
- Adquirir conocimientos básicos en la elaboración ejecución y evaluación de proyectos para intervenir en problemas psicológicos y sociales.

3.4.2 Habilidades

- Interpretar la problemática psicosocial hondureña basándose en el diagnóstico de la realidad del país.
- Abordar interdisciplinariamente la conducta humana.
- Implementar proyectos de investigación a cualquier campo psicológico.
- Elaborar instrumentos de investigación psicológica aplicarlos e interpretarlos.
- Reconocer e interpretar el componente biológico en la expresión de la conducta humana.
- Interpretar los cambios evolutivos del ser humano que determinan la conducta.
- Intervenir en la resolución de problemas de personal relacionado con actividades técnico-laborales.
- Desarrollar campañas de seguridad e higiene en el trabajo.
- Armonizar relaciones en el trabajo en organizaciones.

- Crear y promover cambios en sistemas de comunicación institucional.
- Manejar técnicas de consejería individual y grupal.
- Integrar equipos multidisciplinarios en programas de desarrollo humano en el nivel educativo que se ejecuten.
- Realizar una orientación vocaciones y profesional acertada.
- Usar instrumentos psicológicos para hacer evaluaciones neurológicas, psicométricas y de psicométricas y de psicodiagnóstico.
- Identificar las entidades nosológicas y sus determinantes.
- Diagnosticar trastornos psicopatológicos.
- Identificar y dar alternativas a los educandos que no aprenden.
- Analizar los problemas educativos.
- Manejo de la relación terapeuta-paciente.
- Manejo de la intervención en crisis.
- Conducir grupos humanos para dar alternativas de solución ante problemas.
- Desarrollar proyectos de salud mental a nivel preventivo.
- Elaborar ejecutar y evaluar proyectos en cualquier campo de la Psicología.
- Poseer principios éticos en el ejercicio profesional.

3.4.3 Actitudes

- Capacidad de empatía
- Espíritu de iniciativa y creatividad.
- Actitud científica
- Objetividad.
- Conciencia social.
- Sentido de la responsabilidad.

- Equilibrio emocional
- Capacidad de análisis y conciencia crítica.
- Deseo de permanecer de servicio.
- Ética profesional.

3.5 Actividades y áreas laborales para psicólogos y psicólogas en Honduras

Las áreas laborales o lugares donde puede desempeñarse el y la profesional de la psicología son diversos, desde escuelas, clínicas, empresas; estos a nivel tanto estatal como privado (UNAH, 2017).

Mientras tanto las actividades que pueden desempeñar desde el grado en licenciatura son:

- Prevención en salud mental, consejería, evaluaciones, programas reeducativos, intervención en crisis.
- Administración de Recursos Humanos, consultarías, capacitaciones, etc.
- Aplicación de técnicas de intervención en las comunidades e investigación de los problemas psicosociales.
- Estudios diversos de la conducta humana y problemas de la realidad nacional.
- Planificación y desarrollo de cursos, seminarios, talleres y otros eventos de capacitación y motivación
- Diseño y ejecución de programas de recuperación psicopedagógica en niños y adolescentes.
- Orientación psicológica a niños, jóvenes, adultos y ancianos.

- Realización diagnósticos psicológicos y atención de casos y brindar tratamiento psicoterapéutico individual y grupal.
- Diseño y dirección proyectos de desarrollo comunitario.

3.6 Marco Legal relacionado con la Salud Mental en Honduras

3.6.1 Política y marco legislativo

Honduras no cuenta con una normativa o ley especial en salud mental, que rijan las políticas públicas y promueva los derechos de las personas que presentan problemáticas en este campo.

No obstante, a continuación, se hace un breve resumen sobre las leyes, artículos, códigos y convenciones que promueven el cuidado de la salud de los y las ciudadanas en Honduras y de manera general se indica el presupuesto destinado al área de la salud al año 2018 ya que la del año 2019 no está todavía desglosada para ser incluida, situación que hace considerar de manera esperanzadora que haya incrementado.

La Constitución de la República en el capítulo de Salud en sus artículos 120, 145 al 150 expresa:

Artículo 120: Los menores de edad, deficientes física o mentalmente, los de conducta irregular, los huérfanos y los abandonados, están sometidos a una legislación especial de rehabilitación, vigilancia y protección según el caso (Congreso Nacional de la República de Honduras, 2012).

Artículo 145: Se reconoce el derecho a la protección de la salud. Es deber de todos y todas participar en la promoción y la preservación de la salud personal y de la comunidad (Congreso Nacional de la República de Honduras, 2012).

Artículo 146: Corresponde al Estado por medio de sus dependencias y de los organismos constituidos de conformidad con la Ley, la regulación, supervisión y control de los productos alimenticios, químicos, farmacéuticos y biológicos (Congreso Nacional de la República de Honduras, 2012).

Artículo 147: La Ley regulará la producción, tráfico, tenencia, donación, uso y comercialización de drogas psicotrópicas que solo podrán ser destinadas a los servicios asistenciales de salud y experimentos de carácter científico, bajo la supervisión de la autoridad competente (Congreso Nacional de la República de Honduras, 2012)

Artículo 148: Créase el Instituto Hondureño para la Previsión del Alcoholismo, drogadicción y Farmacodependencia, el que se regirá por una ley especial (Congreso Nacional de la República de Honduras, 2012).

Artículo 149: El Poder Ejecutivo por medio de la Secretaria de Salud, coordinará todas las actividades públicas de los organismos centralizados y descentralizados de dicho sector, mediante un plan nacional de salud, en el cual se dará prioridad a los grupos más necesitados.

Corresponde al Estado (2012) supervisar las actividades privadas de salud conforme a la ley. Las leyes hondureñas también hablan de sanciones relacionadas a la infracción o delitos contra la salud publica en el Código Penal, siendo los artículos relacionados con la profesión de la psicología los artículos 182 y 183.

Artículo 182: Quien elabore sustancias alimenticias o terapéuticas en forma peligrosa para la salud, será sancionado con reclusión de uno (1) a cinco (5) años. En la misma pena incurrirá quien a sabiendas, importe, distribuya, venda, exporte o mantenga en depósito para su distribución o expendio, sustancias nocivas a la salud o alimentos

falsificados, adulterados, deteriorados, contaminados o vencidos (Congreso Nacional de la Republica de Honduras, 1984).

Artículo 182-A: Será penado con reclusión de uno (1) a seis (6) años el que sin estar legalmente autorizado a efecto expendan sustancias, estupefacientes, enervantes o análogos de regulación estrictamente farmacéutica, expendan o sirvan de intermediario en la compra a menores de veintiún (21) años de productos que contengan compuestos orgánicos como cementos plásticos, adelgazadores de pintura y todo tipo de pegamento que al ser inhalados produzcan hábito, acostumbramiento y dependencias, tanto psíquicas como psicofísicas (Congreso Nacional de la Republica de Honduras, 1984).

Artículo 183: Será sancionado con pena de uno (1) a tres (3) años de reclusión quien, ejerciendo el comercio de medicamentos, debidamente autorizado por la ley, los expendiere sin prescripción facultativa, cuando esta fuere necesaria o en desacuerdo con ella, o las suministre en especie, cantidad o calidad diferente a la prescrita por el facultativo. Igual sanción se aplicará a quien, en el mismo caso, vendiere sustancias medicinales a sabiendas de que han perdido sus propiedades terapéuticas (Congreso Nacional de la Republica de Honduras, 1984).

La Corte Suprema de Justicia en el Código de Salud en la sección de Derechos y Deberes Relativos a la Salud Familiar y Colectiva y al Medio Ambiente en los artículos 17 y 117 nos expone lo siguiente:

Artículo 17: Los enfermos mentales, farmacodependientes y alcohólicos que no se encuentren internados en un hospital por orden judicial, podrán salir del establecimiento de conformidad con las disposiciones reglamentarias pertinentes, por egreso médico o por alta exigida a petición del paciente o de sus familiares, cuando su

salida no involucre peligro para la salud o la vida del paciente o de terceros (Corte Suprema de Justicia, 1996).

Artículo 117: En todos los lugares de trabajo habrá iluminación y ventilación suficiente en cantidad y calidad, para prevenir efectos nocivos a la salud de los trabajadores y garantizar adecuadas condiciones de visibilidad y seguridad (Corte Suprema de Justicia, 1996).

Para finalizar, el Estado nos presenta un plan de Plan Nacional de Salud en el cual indica el marco político, legal y de salud, el cuadro con el mismo nombre nos muestra las siguientes disposiciones

Objetivo: Lograr que la salud mental sea de interés y de compromiso público nacional, mediante acciones coordinadas entre Estado y sociedad civil, que garanticen el bienestar físico, emocional y espiritual de los(as) ciudadanos(as) hondureños(as):

Medidas y/o Estrategias

- Ética y derechos humanos.
- Violencia intrafamiliar.
- Promoción y prevención.
- Identidad, cultura y migración.
- Fortalecimiento institucional.
- Investigación científica.

3.7 Presupuesto Nacional Sector Salud

Es importante mencionar que cada año el Estado aprueba un presupuesto en el cual se incluyen los gastos de cada área en las cuales se va invertir el dinero de la república, dentro de este se encuentra el destinado al área de la salud con un monto de 12,480, 810,243 sin incluir recursos propios o fuentes externas al año 2018, de los cuales solo el 1.78% de este presupuesto va destinado a los servicios de la salud mental y de este último el 88% va dirigido a los hospitales psiquiátricos y el restante 12% a los servicios de salud mental no hospitalarios (La Gaceta, 2018).

3.8 Políticas sobre Derechos Humanos en Honduras

Según informe de la Organización Mundial de la Salud no existe en este momento, en el país, ningún organismo nacional que vigile sobre el estado de los derechos humanos de los usuarios en los hospitales psiquiátricos. No existe además ningún organismo intrahospitalario que realice tal actividad, ni se realiza ninguna actividad de capacitación del personal de los hospitales psiquiátricos sobre los derechos humanos de los usuarios de los servicios (Organización Mundial de la Salud, 2008).

Capítulo 4: Metodología de la Investigación

4.1 Enfoque, alcance y diseño de la investigación

Enfoque Cuantitativo: 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, Fernández, & Baptista, 2010).

Diseño no-experimental: Estudios que se realizan sin la manipulación deliberada de variables y en los que sólo se observan los fenómenos en su ambiente natural para después analizarlos (Hernández Sampieri, Fernández, & Baptista, 2010).

Alcance Relacional: Se realizan cuando el objetivo consiste en examinar un tema poco estudiado (Hernández Sampieri, Fernández, & Baptista, 2010).

Temporalidad Transversal: Investigaciones que recopilan datos en un momento único (Hernández Sampieri, Fernández, & Baptista, 2010).

4.2 Técnicas de recolección de información

La información recogida para marco teórico y contextual se hizo mediante motores de búsqueda tales como: PubMed, PsycInfo, ScienceDirect, Scholar, entre otros portales contenedores de artículos, revistas e información científica.

En cuanto a la recolección de datos muestral se hizo a través de un cuestionario en formato digital a través de la plataforma *Google Forms* en donde se transcribió cada uno de los instrumentos seleccionados.

A continuación, se describen los instrumentos seleccionados para la recolección de datos:

4.2.1 Inventario de Síntomas Breve (BIS-53): versión breve del SCL-90-R, este instrumento consta de 53 ítems que cubren nueve dimensiones de síntomas de: somatización, obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoica y psicoticismo; también cubre tres índices globales de angustia que son: índice de gravedad global, índice de angustia de síntomas positivos y total de síntomas positivos. Los índices globales miden el nivel actual o pasado de la sintomatología, la intensidad de los síntomas y el número de síntomas notificados, respectivamente. Para este estudio se utilizó la versión de Derogatis (1975) traducido, adaptado y revisado por expertos para su uso.

En este instrumento las personas responden a preguntas tales como: *En los últimos días he sentido* “ Nerviosismo o temblores en el cuerpo”, “Poco apetito” con puntuaciones en escala tipo Likert de 0 (Nunca) a 4 (Siempre). Con los datos del presente estudio se determinó la confiabilidad del BIS-53 y de sus subescalas, todas alcanzando niveles adecuados de consistencia interna, ver Tabla 1.

Tabla 1

Consistencia interna BIS-53 en el presente estudio

Dimensión	Alfa de Cronbach	Omega de McDonald
Somatización	.847	.849
Obsesión-compulsión	.838	.839
Sensibilidad interpersonal	.821	.831
Depresión	.854	.860
Ansiedad	.800	.802
Hostilidad	.819	.821
Ansiedad fóbica	.772	.780
Ideación paranoide	.750	.757
Psicoticismo	.715	.728
Total Escala	.964	.965

Nota: puntajes por encima de 0.70 indican una adecuada consistencia interna (Oviedo & Campo-Arias, 2005).

4.2.2 Cuestionario Breve COPE-28: este inventario de 28 ítems y 14 subescalas que se responde en una escala ordinal tipo Likert de 4 alternativas de respuesta (de 0 a 3), entre "nunca hago esto" a "siempre hago esto" con puntuaciones intermedias. Se utilizó la versión española del Brief COPE de Carver (1997) es especial la revisión psicométrica de Moran et al. (2009), versión que tiene preguntas tales como: "Intento conseguir que alguien me ayude o aconseje sobre qué hacer" o "Utilizo alcohol u otras drogas para hacerme sentir mejor", donde la persona selecciona entre las puntuaciones anteriormente descritas. Ver tabla 2

Tabla 2

Consistencia interna COPE-28 en el presente estudio

Dimensión	Alfa de Cronbach	Omega de McDonald
Afrontamiento activo	.57	.57
Planificación	.53	.53
Apoyo emocional	.78	.78
Apoyo Social	.43	.43
Religión	.74	.74
Reinterpretación positiva	.53	.53
Aceptación	.39	.40
Negación	.45	.48
Humor	.79	.79
Autodistracción	.66	.67
Autoculpa	.69	.70
Desconexión	.59	.61
Desahogo	.38	.38
Uso de sustancias	.90	.90
Total escala	.82	.82

Nota: puntajes por encima de 0.70 indican una adecuada consistencia interna (Oviedo & Campo-Arias, 2005).

4.2.3 FANTASTIC de la Can Fam Physician: de Wilson et al. (1984), este inventario abarca los componentes físicos, emocionales y sociales de la salud que se consideran pertinentes para la morbilidad, la mortalidad y la calidad de vida. Contiene 24 preguntas las cuales abarcan desde familia y amistades hasta el ámbito laboral o profesional. Aquí la persona responde a preguntas como ‘‘Mi comunicación con los demás es abierta, honesta y clara’’ o ‘‘Abuso de medicamentos que necesiten prescripción médica o no’’, con puntuaciones de 0 a 2 algunas preguntas son de puntuación inversa y la persona responde entre; casi nunca o casi siempre y su variable intermedia, según diversos estudios su validez y fiabilidad adecuadas, pudiéndose adaptar a cada cultura (Wilson, Nielsen, & Ciliska, 1984). Ver tabla 3

Tabla 3

Consistencia interna FANTASTIC en el presente estudio

Dimensión	Alfa de Cronbach	Omega de McDonald
Familia y amistades*	.51	.61
Actividad física	.27	.29
Nutrición	.44	.55
Tabaco y toxinas	.30	.39
Alcohol	.25	.29
Sueño, seguridad, estrés	.28	.38
Tipo de personalidad	.70	.71
Reflexión	.62	.62
Profesión	.43	.46
Total Escala	.77	.79

Nota: puntajes por encima de 0.70 indican una adecuada consistencia interna (Oviedo & Campo-Arias, 2005).

4.2.4 Preguntas demográficas: se indagó en las características de la población a través de las siguientes preguntas:

Preguntas de descarte inmediato

- Aceptar el consentimiento informado
- ¿Es usted licenciado/a en psicología?
- Actualmente, ¿vive en Honduras?

Preguntas generales

Sexo

Edad

Estado civil

Situación académica y laboral

Último grado académico alcanzado

Tipo de trabajo actual

Si tiene trabajo, ¿es de psicología o muy relacionado a la profesión?

Años de experiencia en el campo de la psicología

Área de experiencia en la psicología

¿Con quién vive actualmente?

Lugar propio, rentado o compartido

¿Tiene alguien que dependa de usted?

¿Padece de alguna enfermedad médica?

¿Tiene alguna condición especial?

¿Ha sufrido la pérdida de algún ser querido en los últimos 6 meses?

¿Ha sido diagnosticado/a con una enfermedad mental alguna vez?

¿Tuvo usted o alguien de su familia, COVID19?

¿Qué tipo de impacto ha tenido la COVID19 en su vida actual?

4.3 Población y muestra

La muestra final (Ver tabla 4) estuvo comprendida por 33 hombres (14.5%) y 194 mujeres (85.5%); para una muestra total de 227 profesionales de la psicología en Honduras. Dentro de dicha muestra se encontró profesionales en edades comprendidas entre 26 y 57 años; con una media de 30.5 años, en cuanto a su estado civil la población abarcó un 64.3% de solteros, 24.7% son casados, 8.8% en unión libre y 2.2% divorciados.

Respecto de la situación laboral o académico; 48% trabaja, 30.4% indicó que labora y también sigue estudiando, 15.9% actualmente no trabaja ni estudia y 5.7% únicamente estudia ya sea una maestría, especialidad o doctorado (ver figura 1).

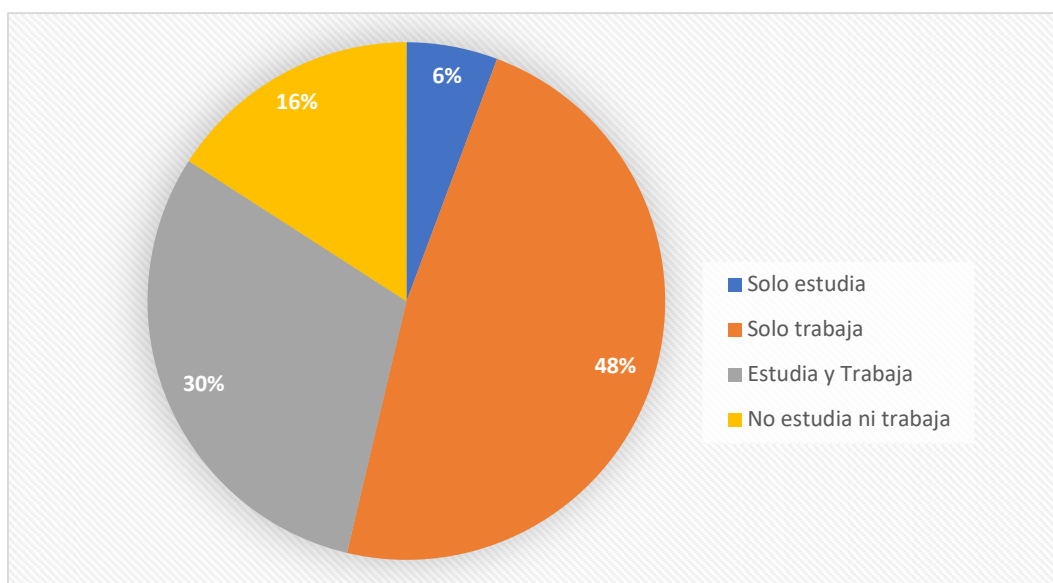


Figura 1: Situación laboral y/o académica de los y las psicólogas hondureñas. Nota: fuente de datos y elaboración propios.

El último grado académico alcanzado consiste en un 82.4% con licenciatura, 11.9% cuentan con maestría, 5.3% tienen una especialidad y un 0.4% tiene un doctorado. En cuanto a la situación laboral del profesional de la psicología en Honduras,

el 44.5% tiene un empleo permanente, 24.2% no cuenta con trabajo, 22.0% indicó que su empleo era temporal y un 9.3% señaló que su fuente de ingreso era propia; respecto al rubro laboral, el 68.3 indicó que sí laboraba en el campo de la psicología y un 31.7% indicó que su trabajo no tiene que ver con la Psicología. Los años de experiencia en el área de la Psicología indicaron un promedio de 3.83 años de experiencia, con un mínimo de 0 años y un máximo de 33 años de experiencia laboral.

En el tema de convivencia; 76.7% viven con su familia, 15,9% viven con su pareja, un 7% vive solo o sola y un 0.4% viven con sus padres, madres y su pareja. En cuanto a la pertenencia de la vivienda un 63.0% indicó que es propia, 20.3% que alquila y 16.7% vive con un familiar o amistad.

Otro dato recopilado fue la dependencia económica de alguien hacia el psicólogo/a y se evidenció que un 53.7% no tiene quien dependa de ellos/as versus un 46.3% que sí (ver Figura 2).

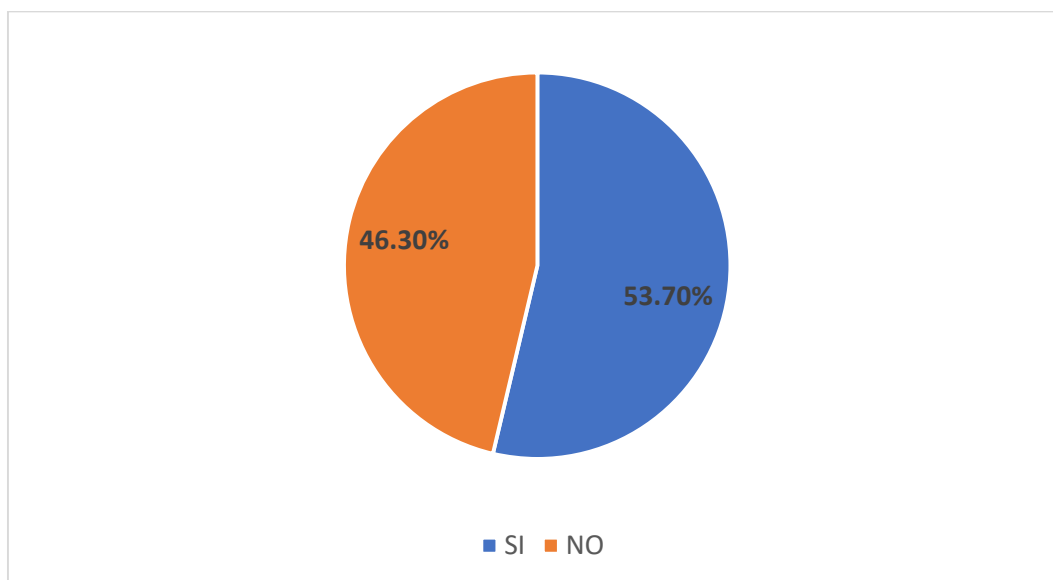


Figura 2: Personas que dependen del psicólogo y psicóloga en Honduras. *Nota:* fuente de datos y elaboración propios.

Respecto de la salud médica, un 64.0% indicó no tener una enfermedad crónica versus un 36% que sí tienen un padecimiento crónico (cáncer, diabetes, VIH/SIDA, cardiopatías, enfermedades respiratorias y otras). Referente a alguna condición especial un 89.3% indicó que no tenía y un 10.7% indicó que sí poseía una o más (e.g. movilidad reducida, sordera, padecimientos oculares, etc.), siendo el estudio durante el contexto de la pandemia coronavirus; se encontró que un 52,4% de la muestra fue diagnosticado con covid19, indicando también que un 20,8% de esta había sufrido la pérdida de un ser querido, también se encontró que el mayor impacto de la pandemia fue en el área familiar con 12,3%, área profesional 12,3% y área interpersonal y social 9,3%.

Finalmente se agregó una pregunta de sondeo respecto a enfermedades mentales diagnosticadas previas al llenado de los instrumentos en las y los psicólogos, donde resultó que la población de profesionales de la psicología indicó un 88.5% nunca había sido diagnosticada con un trastorno mental, mientras que un 11.5% indicó que sí (ver Figura 3).

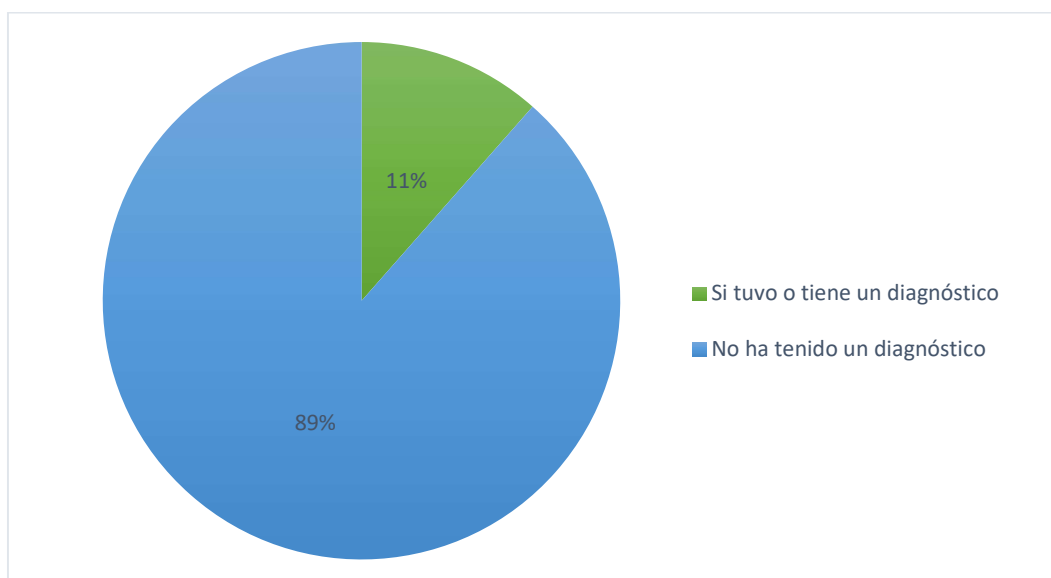


Figura 3: Psicólogos y psicólogas que han tenido o no un diagnóstico previo de una enfermedad mental. *Nota:* fuente de datos y elaboración propios

Tabla 4

Datos sociodemográficos finales

VARIABLES	DATOS
Sexo	Hombres 14.5% Mujeres 85.5%
Edad	Min 26 - Máx. 57 Media 30.5
Estado civil	Soltero/a 4.7% Casado/a 24.7% Unión libre 8.8% Divorciado/a 2.2%
Situación laboral/académica	Trabaja 48.0% Estudia 5.7% Estudia y trabaja 30.4%
Ultimo grado académico	No trabaja ni estudia 15.9% Licenciatura 82.4% Maestría 11.9% Especialidad 5.3% Doctorado 0.4%
Tipo de contrato de trabajo	Ninguno 24.2% Permanente 44.5% Propio 9.3% Temporal 22.0%
Labora en área psicológica	No 31.7% Sí 68.3%
Convivencia	Familia 76.7% Parientes y pareja 0.4% Pareja 15.9% Solo/a 7.0%
Vivienda	Alquilada 20.3% Propia 63.0% De familiar o amistad 16.7%
Dependientes	No 53.7% Sí 46.3%
Enfermedad médica	No 64.0% Sí 36.0%
Condición especial	No 89.3% Sí 10.7%
COVID19	Diagnostico positivo 52,4% Pérdida de ser querido 20,8% Impacto familiar 12,3% Impacto profesional 12,3% Impacto interpersonal 9,3%
Diagnóstico de enfermedad mental	No 88.5% Sí 11.5%

Nota: Fuente de datos y elaboración propia

4.4 Consideraciones éticas

La recolección de datos se obtuvo mediante un cuestionario en donde se respetó la identidad del colaborador(a) quien a su vez lo llenó a sabiendas de un consentimiento informado en donde se informaba sobre el propósito de la investigación, así como datos de contacto por si se presentaba alguna duda, también se omitió preguntar el nombre.

De esta manera cada participante completó el instrumento de manera anónima y voluntaria, otra consideración tomada fue el no preguntar datos específicos que pudieran identificar a quienes llenaron la encuesta.

4.5 Plan de análisis

El análisis de datos se realizó por medio de estadísticos descriptivos, comparaciones por medio de la t de Student, las relaciones se determinaron por medio del coeficiente de correlación de Pearson. Todas las pruebas de hipótesis se realizaron a un nivel de confianza del 95%. Estos datos fueron analizados en las plataformas de Excel y Jamovi.

Capítulo 5: Resultados

A continuación, se presentan los resultados obtenidos en la aplicación de los instrumentos, estos irán presentados en el siguiente orden: síntomas clínicos, estrategias de afrontamiento, estilos de vida. Dichas dimensiones se relacionaron: el sexo, años de experiencia, dependientes, entre otras variables.

5.1 Síntomas clínicos

5.1.1 Media y desviación estándar BIS-53

Para la medición de la salud mental se utilizó el BIS-53, donde se obtuvieron los siguientes datos: la media (M) global fue de 52.1 y una desviación estándar (SD) de 34.2, en cuanto a las subescalas se encontraron los siguientes puntajes: Obsesivo ($M=7.4$; $SD=5.08$), Ansiedad ($M=7.4$; $SD=4.51$), Depresión ($M= 6.07$; $SD= 4.88$), Somatización ($M= 5.93$; $SD=5.33$), Hostilidad ($M 5.2$; $SD= 3.97$), Fobia ($M=4.8$; $SD=4.5$), Paranoide ($M= 3.99$; $SD= 3.68$), Sensibilidad ($M= 3.84$; $SD= 3.48$) y Psicosis ($M=3.25$; $SD=3.4$) (ver Figura 4).

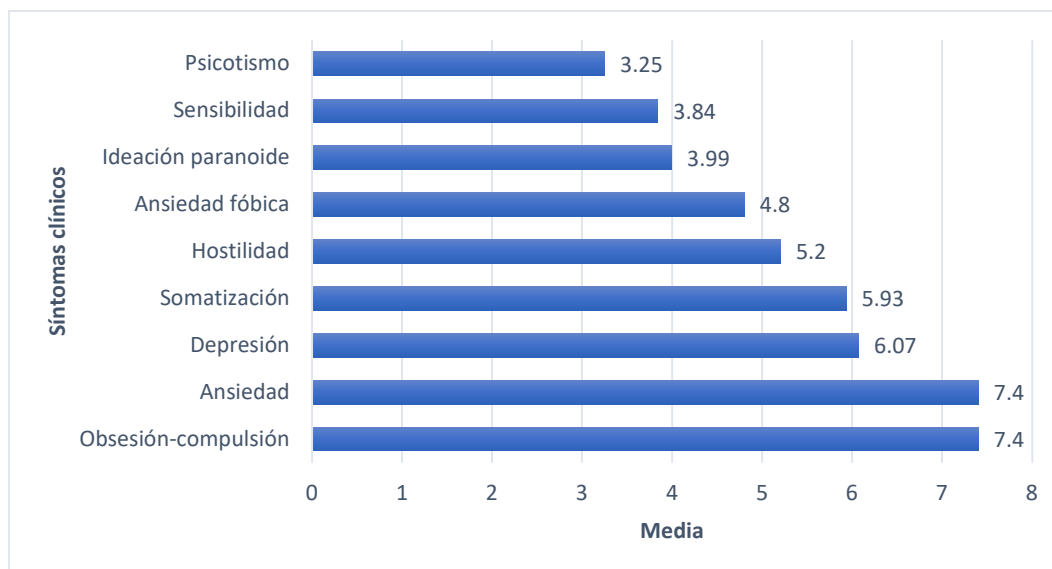


Figura 4: Media y Desviación estándar BIS-53. *Nota:* Los síntomas clínicos que más se presentaron fueron: ansiedad, obsesivos-compulsivos y depresión. Fuente de datos y elaboración propia.

Los datos también arrojaron diferencia significativa (*t* de Student) entre hombres y mujeres en los síntomas de ansiedad fóbica ($p = 0.02$, $d = 0.41$) entre hombres $M=3.21$ ($SD=3.87$) y mujeres $M=5.23$ ($SD=3.96$). Ver figura 5.

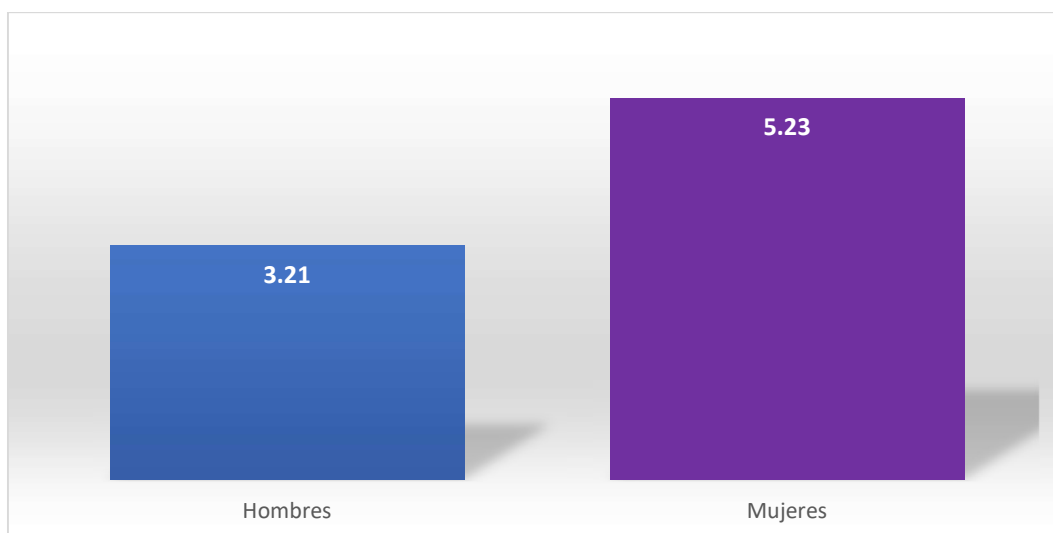


Figura 5: Diferencia significativa entre hombres y mujeres para síntomas clínicos. *Nota:* ansiedad fóbica: indicando mayor prevalencia de dichos síntomas en mujeres, mientras que los resultados de las demás subescalas no resultaron significativos. Fuente y datos de elaboración propios.

En cuanto a la relación entre *síntomas clínicos* y *dependientes*, siendo estos, hijos, padres, u otra persona que depende económicamente del profesional; se encontró una diferencia significativa en las escalas de síntomas obsesivos ($p= 0.006$, $d= 0.36$), quienes no tienen dependientes ($M= 8.26$; $SD=5.27$) y los que sí ($M= 6.42$; $SD= 0.45$).

De igual manera en la subescala de depresión se encontró una puntuación de ($p=0.013$, $d= 0.33$), con una media en quienes no tienen dependientes ($M= 6.82$, $SD= 5.10$) y quienes sí tienen dependientes ($M=5.21$; $SD= 4.48$). También en la subescala de psicosis se encontró puntajes de ($p= 0.02$, $d= 0.29$) con una media para quienes no de ($M=3.70$; $SD=3.67$) y quienes sí los tienen de ($M= 2.71$; $SD= 2.99$). En las demás subescalas las diferencias no resultaron significativos (ver figura 6).

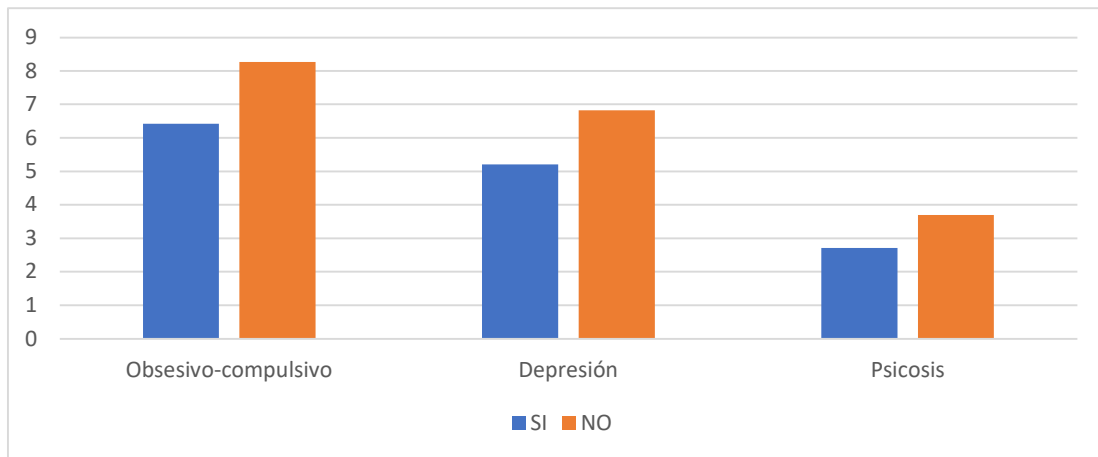


Figura 6: Diferencias significativas entre síntomas clínicos y dependientes. *Nota:* Los resultados indican mayor prevalencia de síntomas clínicos obsesivos, depresivos y psicosis en psicólogos y psicólogas que no tienen dependientes que aquellos que sí tienen. Fuente de datos y elaboración propios.

Respecto a los y las psicólogos y su trabajo relacionado o no a la profesión se encontraron: síntomas obsesivos ($p=0.02$, $d=0.32$), ansiedad ($p=0.01$, $d=0.37$), depresión ($p=0.001$, $d=0.46$), somatización ($p=0.01$, $d=0.37$), hostilidad ($p=0.02$, $d=0.33$), ansiedad fóbica ($p=0.009$, $d=0.37$), síntomas de paranoia ($p=0.009$, $d=0.37$) y sensibilidad ($p=0.035$, $d=0.30$); donde valores menores a ($p < 0,05$) son significativos. Siendo los síntomas psicóticos ($p=0.29$, $d=0.15$) los únicos que no mostraron diferencia significativa respecto a laborar o no en la misma profesión (ver Figura 7).

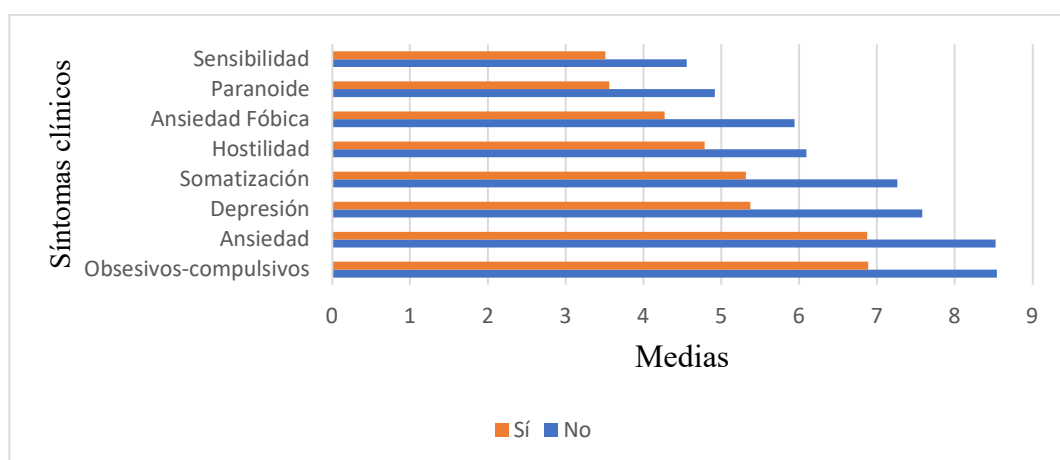


Figura 7: Síntomas clínicos y trabajo en el área de la psicología. *Nota:* La relación entre laborar o no en el ámbito de la psicología indica mayor prevalencia de síntomas clínicos

si el o la profesional no labora versus quienes sí, en las dimensiones expuestas. Fuente de datos y elaboración propios.

Por otro lado, no se encontró diferencia significativa en ninguna de las subescalas del BIS-53 entre quienes han sido diagnosticados con covid19 o a alguno de sus seres queridos ya sean familia y/o amistades y para quienes sí han tenido un diagnóstico previo. Ver tabla 5

Tabla 5

Síntomas clínicos en psicólogos que han sufrido a causa de COVID-19 directa o indirectamente.

Síntomas clínicos	<i>p</i>	<i>d</i>
Somatización	0.275	-0.145
Obsesivo	0.902	-0.016
Sensibilidad	0.207	0.168
Depresión	0.723	-0.047
Ansiedad	0.389	-0.114
Hostilidad	0.614	0.067
Ansiedad Fóbica	0.92	0.013
Paranoide	0.973	0.004
Psicosis	0.805	0.032

Nota: Valores-*p* menores a 0.05 son significativos estadísticamente. Fuente de datos y elaboración propios.

Respecto a las y los psicólogos que han tenido o no un diagnóstico previo de una *enfermedad mental* los resultados de las subescalas indicaron diferencia significativa en las dimensiones de: somatización ($p=0.008$, $d= -0.55$), depresión ($p=0.049$, $d= -0.41$), ansiedad ($p=0.001$, $d= -0.69$), síntomas fóbicos ($p=0.022$, $d= -0.47$) y síntomas de psicosis ($p=0.006$, $d= -0.57$). En las demás subescalas (de síntomas obsesivos, sensibilidad, hostilidad y paranoia) no se encontró diferencias significativas (ver Figura 8).

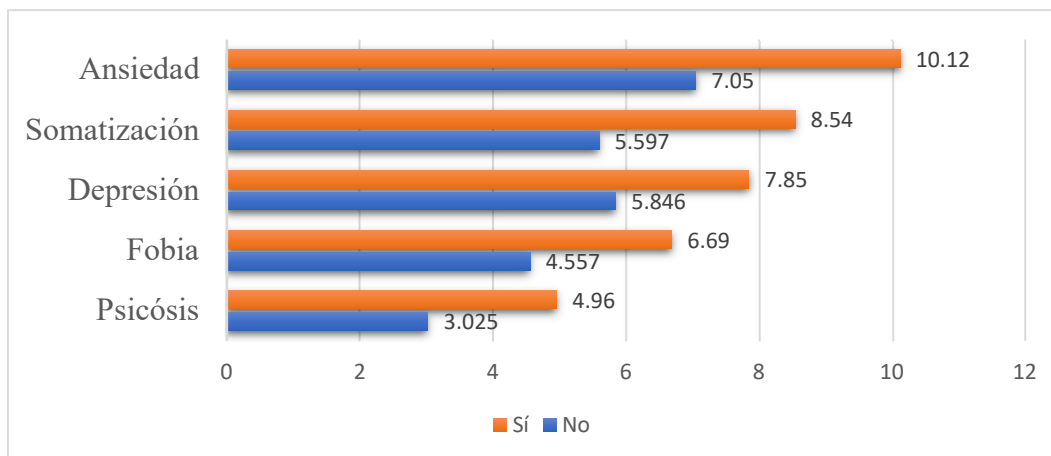


Figura 8: Psicólogos que han sido diagnosticados con una enfermedad mental previa versus quienes no. *Nota:* Valores mostrados en la tabla indican mayor prevalencia de síntomas clínicos en las subescalas expuestas entre quienes sí han tenido una enfermedad mental previa versus quienes no. Fuente de datos y elaboración propios.

5.1.2 Correlación entre variables BIS-53

Las correlaciones se trabajaron con un nivel de confianza del 95%, donde se relacionaron variables como la edad o años de experiencia.

Respecto de la relación entre la *edad* y *síntomas clínicos*, se encontró que existe una relación estadísticamente significativa de manera negativa; mostrando los siguientes valores: obsesivo, sensibilidad, depresión, ansiedad y hostilidad es decir que a mayor edad del profesional menor la aparición de sintomatología clínica. A parte de estos datos, no se encontró correlación positiva estadística significativa en los demás (ver Tabla 6).

Tabla 6

Relación entre síntomas clínicos y la edad entre psicólogos y psicólogas

Síntomas clínicos	Estadístico	Edad (en años)
Obsesivo	Pearson's r	-0.186 **
	p-value	0.005
Sensibilidad	Pearson's r	-0.133 *
	p-value	0.045
Depresión	Pearson's r	-0.164 *

	p-value	0.013
Ansiedad	Pearson's r	-0.136 *
	p-value	0.041
Hostilidad	Pearson's r	-0.134 *
	p-value	0.043

Nota: Valores estadísticamente significativos si * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$. NC = 95%. Fuente de datos y elaboración propios.

En cuanto a los *años de experiencia y síntomas clínicos* se encontró una relación estadística significativa de manera negativa en las siguientes dimensiones ($r = -0.184$ y $p = 0.006$), obsesivo ($r = -0.224$, $p < .001$), sensibilidad ($r = -0.172$, $p = 0.009$), depresión ($r = -0.195$, $p = 0.003$), ansiedad ($r = -0.143$, $p = 0.031$), hostilidad ($r = -0.182$, $p = 0.006$), fobia ($r = -0.135$, $p = 0.042$), paranoide ($r = -0.155$, $p = 0.019$), sin embargo; no se encontró relación positiva significativa entre estas variables (ver tabla 7)

Tabla 7

Relación entre años de experiencia y síntomas clínicos

Sintomatología clínica	Años de experiencia	
Somatización	Pearson's r	-0.184 **
	P-value	0.006
Obsesivo	Pearson's r	-0.224 ***
	P-value	< .001
Sensibilidad	Pearson's r	-0.172 **
	P-value	0.009
Depresión	Pearson's r	-0.195 **
	P-value	0.003
Ansiedad	Pearson's r	-0.143 *
	P-value	0.031
Hostilidad	Pearson's r	-0.182 **
	P-value	0.006
Fóbica	Pearson's r	-0.135 *
	P-value	0.042
Paranoide	Pearson's r	-0.155 *
	P-value	0.019

Nota: Valores significativos si = * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$. NC = 95%. Fuente de datos y elaboración propios.

5.2 Estrategias de afrontamiento

5.2.1 Medias y desviación estándar COPE-28

Las estrategias de afrontamiento se midieron a través de la escala COPE-28, este instrumento indicó los siguientes resultados:

Afrontamiento activo ($M=4.8$, $SD=1.21$), planificación ($M=4.5$, $SD=1.22$), reinterpretación positiva ($M=4.03$, $SD=1.36$), aceptación ($M=4.63$, $SD=1.17$), humor ($M=3.06$, $SD=1.82$), religión ($M=3.45$, $SD=1.89$), apoyo emocional ($M=3.47$, $SD=1.7$), apoyo instrumental ($M=2.91$, $SD=1.46$), Autodistracción ($M=3.78$, $SD=1.7$), negación ($M=1$, $SD=1.26$), desahogo ($M=2.76$, $SD=1.46$), uso de sustancias ($M=0.55$, $SD=1.29$), desconexión ($M=1.06$, $SD=1.3$), autculpa ($M=3.21$, $SD=1.46$) (ver figura 9).

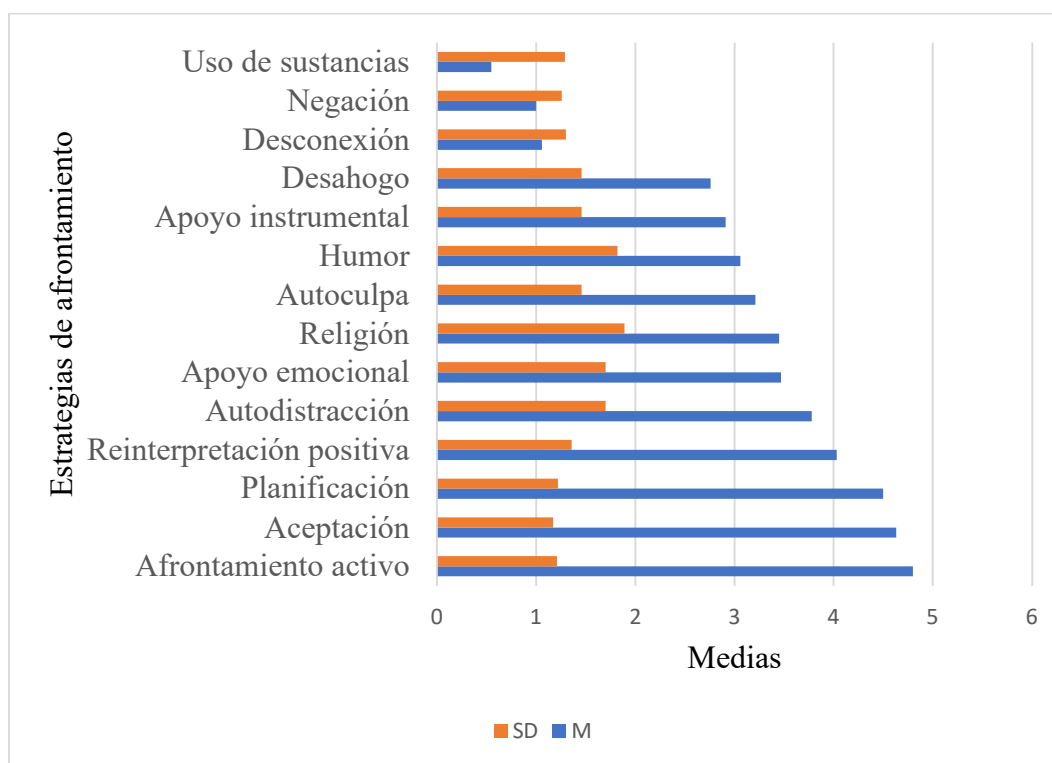


Figura 9: Media y desvío estándar COPE-28. *Nota:* El nivel de confianza utilizado fue de 95%. Se evidencia las estrategias más utilizadas (Afrontamiento activo, Aceptación, Planificación, Reinterpretación positiva, Autodistracción). Fuente de datos y elaboración propios.

5.2.2 Diferencia de medias

En cuanto a la diferencia de medias en las estrategias de afrontamiento los resultados basados en un nivel de confianza del 95%, indicaron que el contraste entre el *sexo y afrontamiento* muestra una diferencia significativa en las subescalas de: de planificación ($p=0.017$, $d=0.45$), aceptación ($p=0.005$, $d=0.53$) y humor ($p=0.022$, $d=0.43$) siendo esta más utilizadas por hombres que por mujeres. En cambio, se encontró que la subescala de religión ($p<.001$, $d=-0.97$) la utilizaban más mujeres que hombres (ver figura 10).

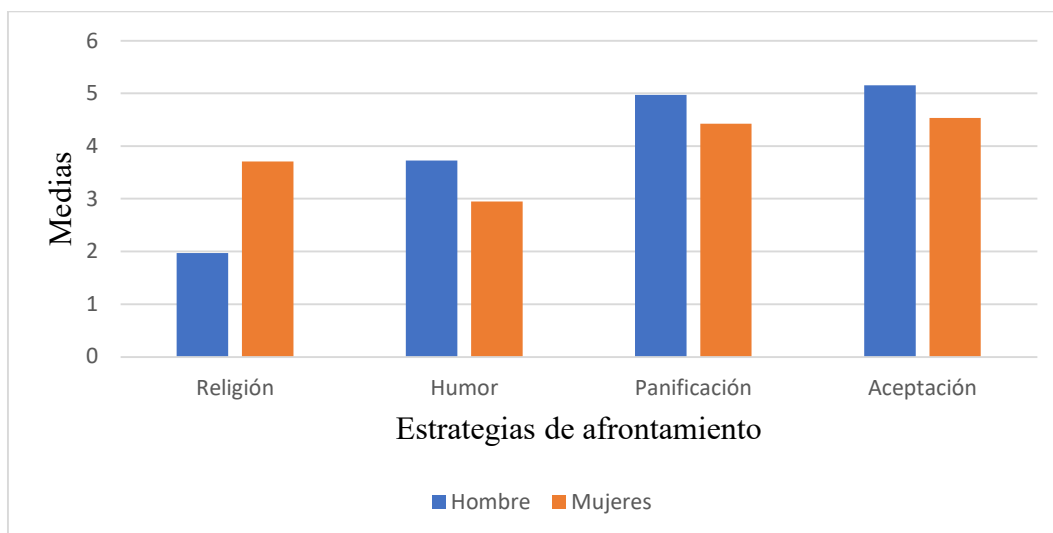


Figura 10: Diferencia de medias entre el sexo y las estrategias de afrontamiento. *Nota:* Valores menores a 0.05 son significativos. Se presentan las estrategias significativas entre hombres y mujeres, siendo humor, planificación y aceptación más usada por psicólogos, dejando la religión como estrategia más usada por las psicólogas.

En cuanto a la diferencia entre psicólogos(as) que tienen *dependientes* o no a su cargo (ya sean: hijos, padre, madre, demás familia o amistades), se encontró únicamente diferencia significativa en la subescala de apoyo instrumental ($p=0.026$, $d=0.29$). No se encontró diferencias significativas en las demás subescalas (ver figura 11).

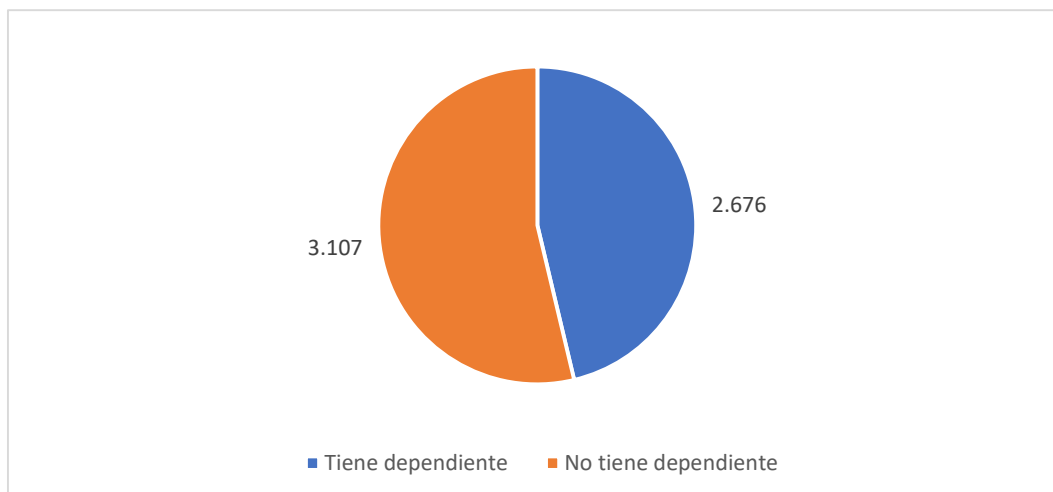


Figura 11: Diferencia entre psicólogos y psicólogas que tienen o no dependientes a su cargo. *Nota:* Fuente de datos y elaboración propios.

En cuanto a diferencias entre los y las psicólogas que *trabajan en el área de psicología o no*; se encontró únicamente una discrepancia significativa en la subescala de planificación ($p=0.034$, $d= -0.30$). Las demás subescalas resultaron no ser significativas (ver Figura 12).

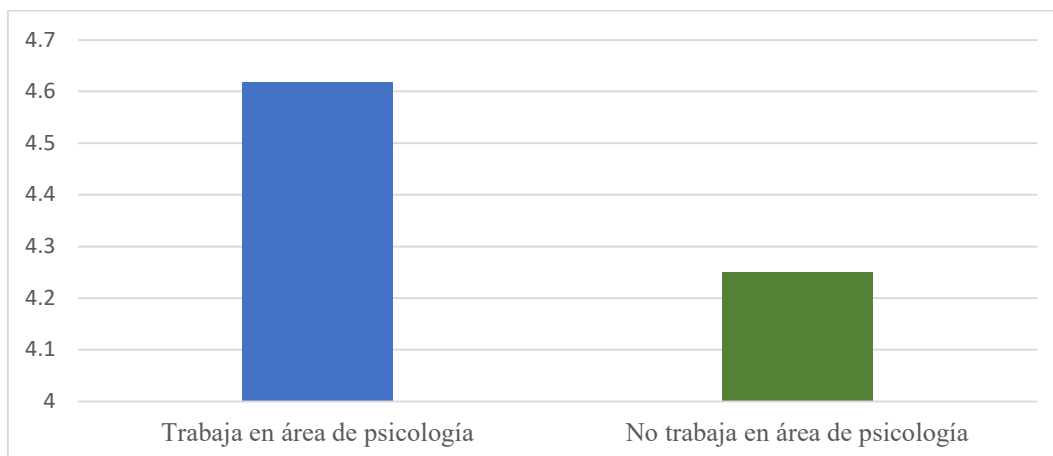


Figura 12: Estrategias utilizadas por Psicólogos o psicólogas que laboran en el área de psicología versus quienes no. *Nota:* La única estrategia de afrontamiento significativamente estadística resultó ser la de planificación, siendo más usada por profesionales que sí laboraban en el área de la psicología que quienes no laboran en el área o no tienen empleo. Fuente de datos y elaboración propios.

En cuanto a psicólogos(as) o familiares directos de los profesionales de la psicología que han sido *diagnosticados o no con covid19*, no se encontró diferencias significativas con la escala de COPE-28 (ver Tabla 8).

Tabla 8

Diferencia de medias entre quienes han sufrido por a causa de Covid19 versus quienes no.

Estrategia de afrontamiento	p	d
Afrontamiento activo	0.817	-0.030
Planificación	0.605	0.068
Reinterpretación positiva	0.605	-0.068
Aceptación	0.860	-0.023
Humor	0.137	0.198
Religión	0.673	-0.056
Apoyo emocional	0.259	-0.150
Apoyo instrumental	0.857	0.024
Autodistracción	0.716	-0.048
Negación	0.716	-0.048
Desahogo	0.476	-0.094
Uso de sustancias	0.28	0.143
Desconexión	0.634	-0.063
Autoinculpación	0.902	-0.016

Nota: Valores menores a 0.05 son significativos. No se aprecia significancia estadística. Fuente de datos y elaboración propios.

Referente a psicólogos(as) que han sido diagnosticados(as) o no con una *enfermedad mental* se encontró una diferencia significativa positiva en: humor ($p=0.005$, $d= -0.59$), apoyo instrumental ($p=0.003$, $d= -0.61$), negación ($p= 0.005$, $d= -0.58$), uso de sustancias ($p< .001$, $d= -0.93$) desconexión ($p=0.031$, $d= -0.45$) y autoculpa ($p< .001$, $d= -0.81$) (ver Figura 13).

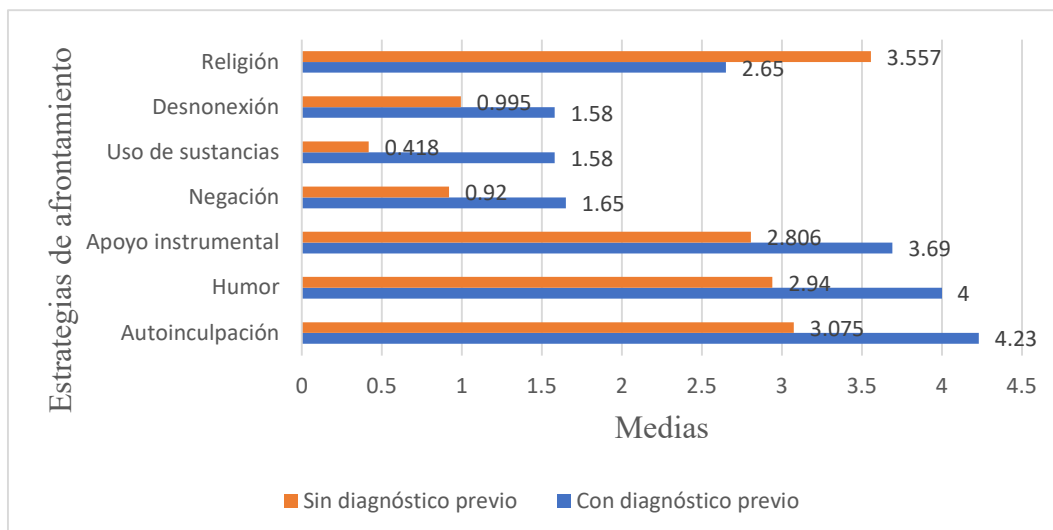


Figura 13: Psicólogos y psicólogas que han tenido un diagnóstico previo de enfermedad mental. *Nota:* Esta tabla muestra únicamente un diagnóstico realizado por un o una profesional cualificado para emitirlo. Fuente de datos y elaboración propios.

5.2.2 Correlación entre variables COPE-28

Con respecto de las interacciones entre la escala COPE-28 y las demás variables, se encontró únicamente relación significativa estadísticamente entre los *años de experiencia* y *estrategias de afrontamiento*, en la subescala de planificación ($r=0.13$, $p=0.04$) (ver Tabla 9).

Tabla 9:

Diferencia significativa entre las estrategias de afrontamiento y los años de experiencia de los y las psicólogas.

Estrategia de afrontamiento	<i>r</i>	<i>p</i>
Afrontamiento activo	0.112	0.092
Planificación	0.136	0.04 *
Reinterpretación positiva	0.085	0.204
Aceptación	0.064	0.338
Humor	0.084	0.207
Religión	-0.036	0.593
Apoyo emocional	-0.006	0.925
Apoyo instrumental	0.026	0.695
Autodistracción	-0.045	0.5

Negación	-0.089	0.183
Desahogo	0.058	0.388
Uso de sustancias	-0.045	0.502
Desconexión	-0.12	0.071
Autoinculpción	0.012	0.863

Nota: Valores significativos si: * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$. Fuente de datos y elaboración propio

5.3 Estilos de vida

5.3.1 Medias y desviación estándar

Para la medición de estilos de vida en las y los psicólogos se utilizó el instrumento FANTASTIC, todos estos datos obtenidos al igual que con los otros instrumentos utilizan el índice de confianza del 95%, y los resultados indicaron los siguientes datos:

Familia y amigos ($M=5.35$, $SD=0.876$), actividad ($M=2.3$, $SD=1.15$), nutrición ($M=5.47$, $SD=1.56$), Tabaco y toxinas ($M=5.52$, $SD=0.904$), alcohol ($M=3.62$, $SD=0.676$), sueño, estrés y manejo ($M=4.17$, $SD=1.18$), tipo de personalidad ($M=4.59$, $SD=1.36$), autorreflexión ($M=4.21$, $SD=1.36$), trabajo ($M=3.48$, $SD=0.76$) (ver Figura 15).

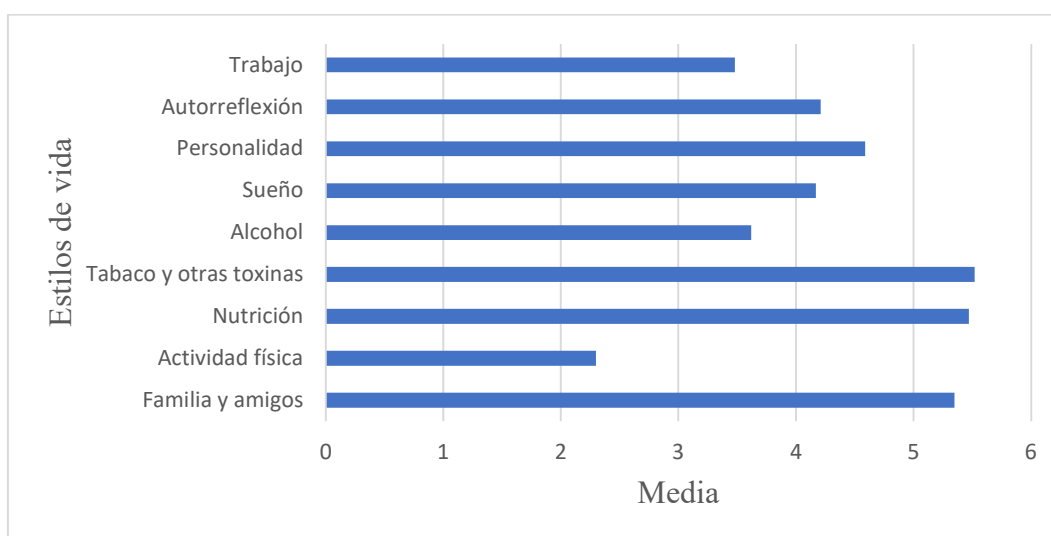


Figura 14: Medias de estilos de vida mediante instrumento FANTASTIC. Nota: Valores determinados por índice de confianza del 95%. Fuente de datos y elaboración propios.

5.3.2 Diferencia de medias, estilos de vida

Respecto de las diferencias de medias entre los *estilos de vida* y *el sexo*, las subescalas de consumo de tabaco y toxinas ($p < .001$, $d = -0.69$) y para alcohol ($p < .037$, $d = -0.39$) (ver Figura 15).

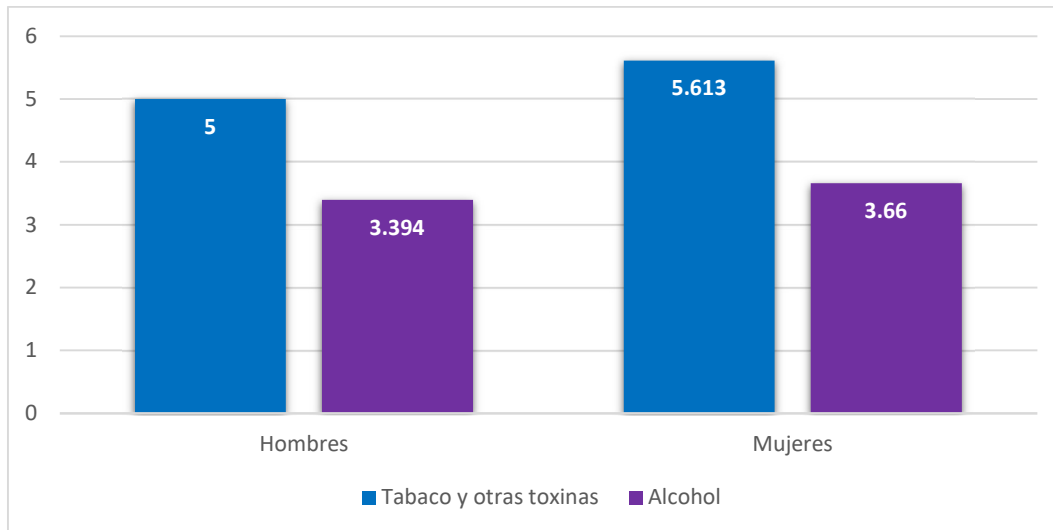


Figura 15: Diferencias entre hombres y mujeres en estilos de vida relacionados con tabaco y otras toxinas y consumo de alcohol. *Nota:* Valores presentados a través de las medias que indican mayor consumo de tabaco y alcohol por parte de las mujeres con relación a los hombres. Fuente de datos y elaboración propia.

Ahora bien, para quienes tienen *dependientes o no*, se observó una diferencia estadística significativa en las subescalas de actividad ($p=0.05$, $d=0.26$), autorreflexión ($p=0.003$, $d=-0.39$) (ver Figura 16).

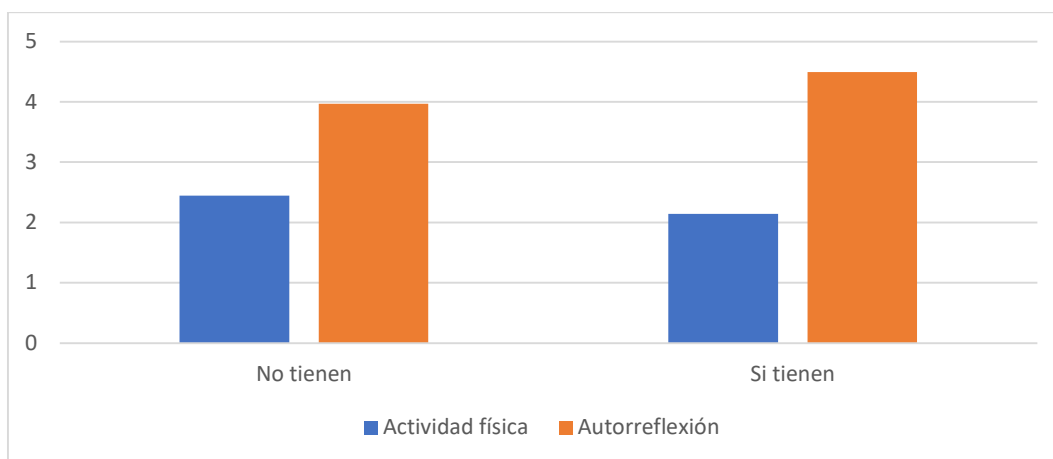


Figura 16: Diferencia significativa entre psicólogos y psicólogas que tienen o no dependientes. *Nota:* los valores mostrados son a través de las medias. Fuente de datos y elaboración propios.

Para la diferencia entre quienes trabajan en el *área de la psicología o* relacionada y quienes no, se encontró una diferencia significativa en las subescalas de autorreflexión ($p=0.006$, $d=-0.039$) y trabajo ($p=0.2$, $d=-0.33$) (ver Figura 17).

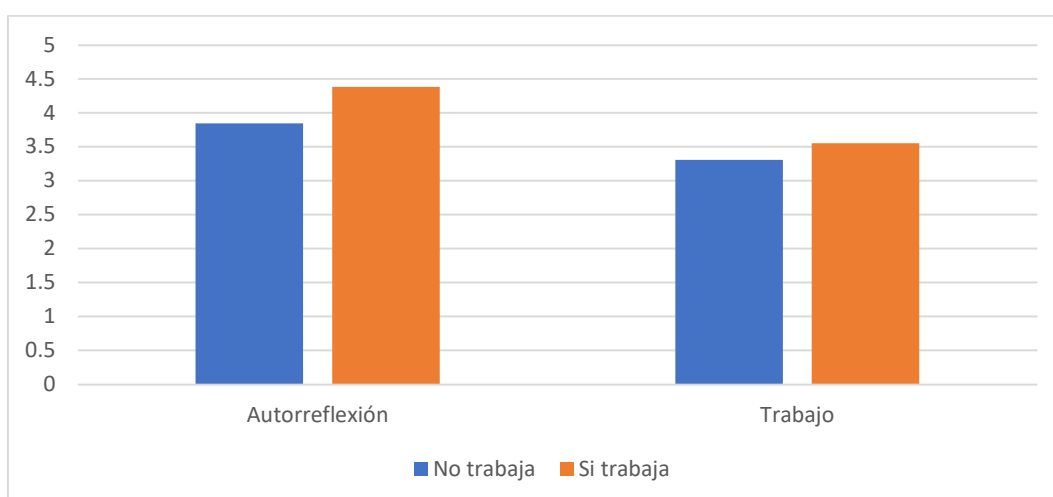


Figura 17: Diferencia en los estilos de vida de psicólogos(as) que laboran en el área versus quienes no o carecen de empleo. *Nota:* gráficos presentados mediante medias estadísticas. Fuente de datos y elaboración propios.

En cuanto a la diferencia entre quienes han padecido a causa de la Covid19 y quienes no, no se encontraron diferencia significativa en ninguna de las subescalas del instrumento (ver Tabla 10).

Tabla 10

Diferencia de medias en los estilos de vida entre profesionales que sufrieron a causa de la Covid19 y quienes no

Estilos de vida	<i>p</i>	<i>d</i>
Familia y amigos	0.398	-0.112
Actividad física	0.924	-0.012
Nutrición	0.159	0.187
Tabaco y otras toxinas	0.596	-0.070
Alcohol	0.233	-0.159
Sueño	0.266	0.148
Personalidad	0.789	-0.035
Autorreflexión	0.549	0.079
Trabajo	0.421	0.107

Nota: Valores menores a 0.05 en *p* son significativos. No se aprecia significancia estadística. Fuente de datos y elaboración propios.

Por último, para esta escala se encontró diferencia significativa entre quienes han sido diagnosticados previamente con una enfermedad mental y quienes no en las subescalas de alcohol ($p=0.05$, $d=0.39$), tipo de personalidad ($p=0.002$, $d=0.66$) y autorreflexión ($p=0.002$, $d=0.66$) (ver figura 18).

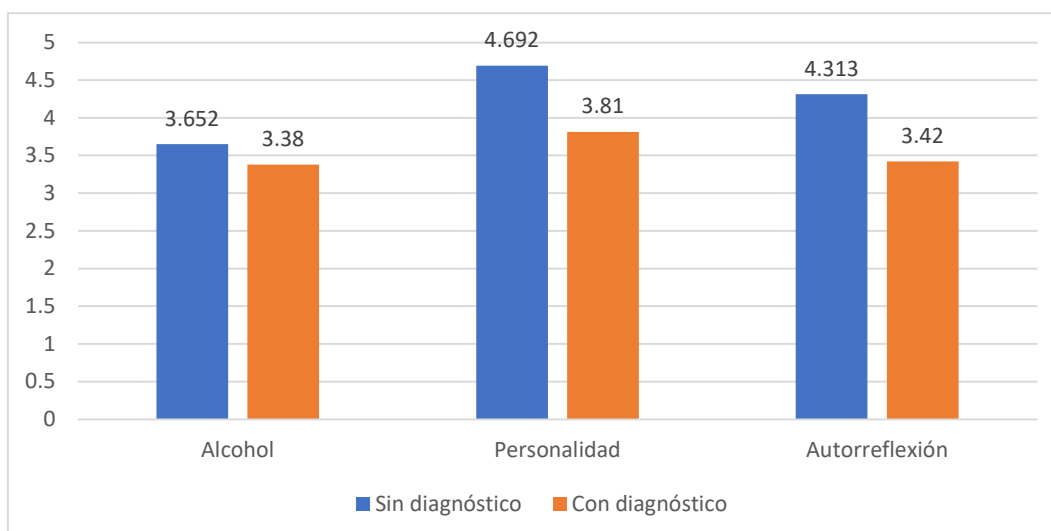


Figura 18: Diferencia entre psicólogos/as con o sin diagnóstico previo de una enfermedad mental. *Nota:* Valores mostrados a partir de medias. En la escala de alcohol, mayor puntuación significa menor cantidad de consumo. Fuente de datos y elaboración propios.

5.3.3 Correlaciones, estilos de vida

Hubo correlaciones positivas moderadamente significativas en las subescalas de sueño, estrés y manejo ($r=0.17, p=0.007$), autorreflexión ($r=0.2, p=0.002$) y trabajo ($r=0.2, p=0.002$) con relación a la edad de cada profesional (ver Tabla 11).

Tabla 11

Correlación entre la edad del profesional y estilos de vida

Dimensión	Pearson's r	p-value
Sueño	0.178	0.007 **
Autorreflexión	0.203	0.002 **
Trabajo	0.202	0.002 **

Nota: * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$. Tabla muestra correlación positiva entre la edad y las dimensiones sueño, autorreflexión y trabajo. Fuente de datos y elaboración propios.

Con respecto a la correlación entre los años de trabajo se encontró en las subescalas de autorreflexión ($r=0.17, p=0.009$) y trabajo ($r=0.17, p=0.007$) (ver Tabla 12).

Tabla 12

Correlación entre años de experiencia y estilos de vida

Dimensión	Pearson's r	p-value
Autorreflexión	0.172	0.009 **
Trabajo	0.179	0.007 **

Nota: * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$. Tabla muestra correlación positiva entre el tiempo de experiencia y las variables autorreflexión y trabajo. Fuente de datos y elaboración propios.

5.4 Correlación entre las dimensiones; síntomas clínicos, estrategias de afrontamiento y estilos de vida

Las siguientes relaciones entre cada una de las dimensiones principales del estudio fueron valoradas siempre con un índice de confianza del 95%, relaciones que dieron los siguientes resultados

Somatización de manera significativamente positiva tuvo relación con: Obsesivo ($r=0.69$), Sensibilidad ($r=0.54$), Depresión ($r=0.58$), Ansiedad ($r=0.71$), Hostilidad ($r=0.54$), Fobia ($r=0.42$), Paranoide ($r=0.50$), Psicosis ($r=0.53$), Autodistracción ($r=0.17$), Negación ($r=0.31$), Uso de sustancias ($r=0.14$), Desconexión ($r=0.35$), Autoinculpación ($r=0.21$). En cambio, de manera negativamente significativa con las subescalas de: Afrontamiento activo ($r=-0.19$), Planificación ($r=-0.18$), Aceptación ($r=-0.18$) (estrategias de afrontamiento), Familia y amistades ($r=-0.23$), Actividad ($r=-0.17$), Nutrición ($r=-0.22$), Tabaco y toxinas ($r=-0.19$), Sueño ($r=-0.38$), tipo de Personalidad ($r=-0.34$), Autorreflexión/insight ($r=-0.52$) y Trabajo ($r=-0.30$) (ver Anexo 5).

Obsesivo presentó relación estadísticamente significativa de forma positiva con: Sensibilidad ($r=0.7$), Depresión ($r=0.68$), Ansiedad ($r=0.67$), Hostilidad ($r=0.63$), Fobia ($r=0.46$), Paranoide ($r=0.6$), Psicosis ($r=0.68$), Autodistracción ($r=0.18$), Negación ($r=0.31$), Desconexión ($r=0.37$) y Autoinculpación ($r=0.33$). Negativa

significativamente estadística se encontró relaciones en las subescalas de: afrontación activo ($r=-0.167$), Planificación ($r=-0.166$), Aceptación ($r=-0.137$), Familia y amigos ($r=-0.27$), Actividad ($r=-0.22$), Nutrición ($r=-0.27$), Tabaco y toxinas ($r=-0.19$), Sueño, cinturón y estrés ($r=-0.42$), Tipo de personalidad ($r=-0.48$), Autorreflexión/insight ($r=-0.55$) y Trabajo ($r=-0.30$) (ver Anexo 5).

Sensibilidad indicó una relación significativamente positiva con las subescalas de: Depresión ($r=0.73$), Ansiedad ($r=0.62$), Hostilidad ($r=0.65$), Fobia ($r=0.43$), Paranoide ($r=0.70$), Psicosis ($r=0.75$), Autodistracción ($r=0.13$), Negación ($r=0.35$), Desconexión ($r=0.30$) y Autoinculpción ($r=0.26$). Negativamente significativa obtuvo correlación con: Familia y amigos ($r=-0.36$), Actividad ($r=-0.19$), Nutrición ($r=-0.26$), Sueño, cinturón y estrés ($r=-0.36$), Tipo de personalidad ($r=-0.44$), Autorreflexión/insight ($r=-0.50$) y Trabajo ($r=-0.40$) (ver Anexo 5).

Depresión por su parte presentó correlación estadística significativamente positiva con las subescalas de: Ansiedad ($r=0.66$), Hostilidad ($r=0.66$), Fobia ($r=0.46$), Paranoide ($r=0.63$), Psicosis ($r=0.80$), Autodistracción ($r=0.17$), Negación ($r=0.36$), Uso de sustancias ($r=0.24$), Desconexión ($r=0.37$), Autoinculpción ($r=0.28$). Con respecto a las correlaciones significativamente negativas, se encontraron en las subescalas: Afrontamiento activo ($r= -0.15$), Planificación ($r= -0.22$), Reinterpretación positiva ($r= -0.13$), Aceptación ($r= -0.14$), Humor ($r= -0.16$), Familia y amigos ($r= -0.35$), Actividad ($r=-0.19$), Nutrición ($r=-0.25$), Tabaco y toxinas ($r= -0.17$), Sueño, cinturón y estrés ($r= -0.41$), Tipo de personalidad ($r= -0.43$), Autorreflexión/insight ($r= -0.66$) y Trabajo ($r= -0.42$) (ver Anexo 5).

Ansiedad evidenció una relación estadística positiva significativa con: Hostilidad ($r= 0.60$), Fobia ($r= 0.49$), Paranoide ($r= 0.50$), Psicosis ($r= 0.62$), Apoyo emocional ($r= 0.20$), Apoyo instrumental ($r= 0.16$), Autodistracción ($r= 0.26$),

Negación ($r= 0.43$), Desahogo ($r= 0.18$), Uso de sustancias ($r= 0.22$), Desconexión ($r= 0.38$), Autoinculpación ($r= 0.30$). Negativamente presento correlación con: Afrontamiento activo ($r= -0.16$), Planificación ($r= -0.17$), Aceptación ($r= -0.16$), Familia y amigos ($r= -0.23$), Actividad ($r= -0.16$), Nutrición ($r= -0.14$), Sueño, cinturón y estrés ($r= -0.40$), Tipo de personalidad ($r= -0.43$), Autorreflexión/insight ($r= -0.60$) y Trabajo ($r= -0.34$) (ver Anexo 5).

Hostilidad presentó correlación estadísticamente significativa de manera positiva con las subescalas: Fobia ($r= 0.50$), Paranoide ($r= 0.66$), Psicosis ($r=0.66$), Autodistracción ($r=0.17$), Negación ($r= 0.36$), Desahogo ($r= 0.16$), Uso de sustancias ($r=0.14$), Desconexión ($r=0.27$) y Autoinculpación ($r=0.30$). De forma negativa se vio correlación en las subescalas de: Familia y amigos ($r= -0.30$), Nutrición ($r= -0.15$), Tabaco y toxinas ($r= -0.17$), Sueño, cinturón y estrés ($r= -0.38$), Tipo de personalidad ($r= -0.55$), Autorreflexión/insight ($r= -0.49$) y Trabajo ($r= -0.33$) (ver Anexo 5).

Fobia correlacionó estadísticamente significativo de manera positiva con las subescalas: Paranoide ($r= 0.48$), Psicosis ($r=0.50$), Autodistracción ($r=0.17$), Negación ($r= 0.23$), Uso de sustancias ($r=0.19$), Desconexión ($r=0.26$) y Autoinculpación ($r=0.21$). De forma negativa se vio correlación en las subescalas de: Familia y amigos ($r= -0.15$), Tabaco y toxinas ($r= -0.18$), Sueño, cinturón y estrés ($r= -0.31$), Tipo de personalidad ($r= -0.33$), Autorreflexión/insight ($r= -0.31$) y Trabajo ($r= -0.21$) (ver Anexo 5).

Paranoide presentó una correlación positiva estadísticamente significativa con las subescalas de: Psicosis ($r=0.71$), Negación ($r= 0.21$), Uso de sustancias ($r=0.20$), Desconexión ($r=0.20$) y Autoinculpación ($r= 0.20$). De forma negativa significativamente estadística se vio correlación en las subescalas de: Familia y amigos ($r= -0.37$) Actividad ($r= -0.17$), Nutrición ($r= -0.19$), Tabaco y toxinas ($r= -0.18$),

Sueño, cinturón y estrés ($r = -0.39$), Tipo de personalidad ($r = -0.34$), Autorreflexión/insight ($r = -0.47$) y Trabajo ($r = -0.30$) (ver Anexo 5).

Psicosis por su parte indicó correlaciones estadísticamente significativas positivas con las subescalas de: Autodistracción ($r = 0.15$), Negación ($r = 0.35$), Desahogo ($r = 0.13$), Uso de sustancias ($r = 0.18$), Desconexión ($r = 0.33$) y Autoinculpación ($r = 0.26$). Significativamente negativa hubo correlación en las subescalas de: Familia y amigos ($r = -0.29$), Tabaco y toxinas ($r = -0.27$), Sueño, cinturón y estrés ($r = -0.37$), Tipo de personalidad ($r = -0.44$), Autorreflexión/insight ($r = -0.53$) y Trabajo ($r = -0.29$) (ver Anexo 5).

El Afrontamiento activo indicó tener una relación estadísticamente significativa positiva con las subescalas de: Planificación ($r = 0.56$), reinterpretación positiva ($r = 0.40$), Aceptación ($r = 0.43$), Humor ($r = 0.15$), Religión ($r = 0.22$), Apoyo emocional ($r = 0.27$), Apoyo instrumental ($r = 0.30$), Desahogo ($r = 0.20$), Familia y amigos ($r = 0.18$), Actividad ($r = 0.14$), Nutrición ($r = 0.17$), Autorreflexión ($r = 0.18$) y Trabajo ($r = 0.20$) es decir a mayor puntuación en afrontamiento activo mayor la utilización de las estrategias de afrontamiento y prácticas de vida saludable descritos anteriormente. No se encontró relaciones significativas negativas entre esta subescala y las demás estrategias de afrontamiento y estilos de vida (ver Anexo 5).

La estrategia de Planificación indicó significancia estadística positiva con subescalas como: reinterpretación positiva ($r = 0.36$), Aceptación ($r = 0.38$), Humor ($r = 0.25$), Apoyo instrumental ($r = 0.24$), Desahogo ($r = 0.16$), Autoinculpación ($r = 0.17$), Actividad ($r = 0.14$), Nutrición ($r = 0.17$), Autorreflexión ($r = 0.20$) y Trabajo ($r = 0.22$), donde evidencia que mayor puntuación en Planificación indica mayor el uso de las estrategias y estilos de vida mencionados anteriormente. En esta subescala tampoco se mostró significancia negativa con otras subescalas (ver Anexo 5).

Por su parte la estrategia de Reinterpretación positiva obtuvo relación estadística significativa de manera positiva con las subescalas: Aceptación ($r= 0.37$), Humor ($r= 0.26$), Religión ($r= 0.36$), Apoyo emocional ($r=0.30$), Apoyo instrumental ($r= 0.32$), Desahogo ($r= 0.18$), Autoinculpación ($r= 0.19$), Actividad ($r= 0.13$), Nutrición ($r= 0.13$) y Autorreflexión ($r= 0.17$), indicando con esto que a búsqueda de lo positivo de una situación estresante, mayor el uso en conjunto de las anteriores estrategias y estilos de vida saludable. Esta subescala no mostró significancia negativa con otras subescalas (ver Anexo 5).

La Aceptación como medio para afrontar el estrés tiene una relación significativa con las siguientes subescalas: Humor ($r= 0.24$), Apoyo emocional ($r=0.18$), Autodistracción ($r= 0.14$) Desahogo ($r= 0.19$), Autoinculpación ($r= 0.17$), Autorreflexión ($r= 0.15$) y Trabajo ($r= 0.19$), mostrando mayor uso de estas estrategias y estilos de vida al admitir y asimilar como real lo que sucede en el presente. De manera negativa se encontró significancia con la subescala de: Negación ($r= -0.13$), es decir a mayor aceptación, menor negación de la realidad (ver Anexo 5).

Humor, por su parte mostró una relación estadística significativa de manera positiva con: Apoyo emocional ($r=0.19$), Apoyo instrumental ($r= 0.26$), Autodistracción ($r= 0.31$), Negación ($r=0.18$), Desahogo ($r= 0.31$), Uso de sustancias ($r= 0.31$), Desconexión ($r= 0.21$), Autoinculpación ($r=0.37$) y Actividad ($r= 0.14$), esto demuestra que a medida se usa el Humor como estrategia de afrontamiento, más posibilidad de utilizar las demás estrategias y estilos de vida anteriormente descritas. En cuanto a relación estadística significativa negativa, se encontró correlación con las subescalas: Tabaco y toxinas ($r= -0.15$), Alcohol ($r= -0.24$) y Tipo de personalidad ($r= -0.17$), o sea; a mayor uso del Humor, menor la prevalencia en la práctica de dichos estilos de vida (ver Anexo 5).

La Religión como estrategia ante eventos estresores indicó una relación positiva significativa con las subescalas de: Apoyo emocional ($r=0.30$), Apoyo instrumental ($r=0.18$), Autoinculpción ($r=0.37$) y Alcohol ($r=0.16$), es decir que cuanto más se vuelca hacia actividades religiosas, más se presentan las demás estrategias y estilo de vida anteriores. De forma negativa se encontró relación significativa con la subescala de: Uso de sustancias ($r=-0.18$), es decir mayor uso de la religiosidad, menor el uso de sustancias para enfrentar el estrés (ver Anexo 5).

El Apoyo emocional como búsqueda para conseguir enfrentar situaciones difíciles indicó tener relación significativa de forma positiva con las subescalas de: Apoyo instrumental ($r=0.55$), Autodistracción ($r=0.24$), Desahogo ($r=0.39$), Uso de sustancias ($r=0.15$), Autoinculpción ($r=0.55$) y Familia y amigos ($r=0.13$). No se presentó relaciones significativas negativas para el uso de esta estrategia (ver Anexo 5).

El buscar ayuda de personas con experiencia o competentes para el Apoyo instrumental resultó en la relación significativa de forma positiva con las subescalas de: Autodistracción ($r=0.23$), Negación ($r=0.38$), Desahogo ($r=0.38$), Uso de sustancias ($r=0.19$), Autoinculpción ($r=0.63$). De manera negativa se encontró relación con la subescala de Tipo de personalidad ($r=-0.15$), indicando que la búsqueda de ayuda capacitada disminuye conductas agresivas o sentimientos de ira u hostilidad (ver Anexo 5).

Realizar diferentes actividades para evitar enfocarse en la situación que aqueja como medida de Autodistracción evidenció una relación positiva con las subescalas de: Negación ($r=0.24$), Desahogo ($r=0.25$), Uso de sustancias ($r=0.25$) y Autoinculpción ($r=0.34$). Se presentó relación negativa significativa con las subescalas: Tipo de personalidad ($r=-0.18$), y Autorreflexión ($r=-0.15$), donde el buscar distracción disminuye los anteriores estilos de vida (ver Anexo 5).

Una de las formas de protegerse ante el estrés puede ser la Negación, subescala que obtuvo una relación significativa positiva con las subescalas tales como: Desahogo ($r= 0.22$), Desconexión ($r= 0.33$) y Autoinculpación ($r=0.29$). También indicó una relación estadística significativamente negativa con: Familia y amigos ($r= -0.16$), Nutrición ($r= -0.16$), Tabaco y toxinas ($r= -0.14$), Sueño, cinturón y estrés ($r= -0.19$), Tipo de personalidad ($r= -0.29$), Autorreflexión ($r= -0.25$) y Trabajo ($r= -0.24$), donde a mayor negación, menor el uso de estos estilos de vida (ver Anexo 5).

La tendencia de liberar la carga emocional a través del Desahogo indicó una relación positiva significativa con las subescalas: Uso de sustancias ($r= 0.16$), Desconexión ($r= 0.24$) y Autoinculpación ($r= 0.35$), resultando que, a mayor Desahogo, mayor la relación con las estrategias de afrontamiento ya descritas. Respecto de una relación negativa significativa, resultó correlacionar con Tipo de personalidad ($r= -0.19$), donde el aumento en expresar el malestar resulta en la disminución de conductas como: la ira, impaciencia, agresividad y otros estilos de vida(ver Anexo 5).

El Uso de sustancias a través del alcohol y/o drogas legales o no para aliviar el nivel de estrés indicó una semejanza estadísticamente significativa positiva con las subescalas de: Desconexión ($r= 0.19$) y Autoinculpación ($r= 0.23$). En cambio, se presentó una correlación significativa negativa con estilos de vida tales como: Tabaco y toxinas ($r= -0.42$), Alcohol ($r= -0.47$), Tipo de personalidad ($r= -0.16$) y Autorreflexión ($r= -0.14$), indicando una relación inversa al respecto de la estrategia del uso de sustancias versus los estilos de vida descritos arriba(ver Anexo 5).

La subescala Desconexión donde el individuo se aleja de toda acción que involucre el estresor indicó una relación significativa positiva fuerte con la subescala de: Autoinculpación ($r= 0.29$) lo que indica que, a menor esfuerzo por tratar la situación de estrés, mayor el nivel de culpa o autocrítica. De forma inversa presentó una correlación

significativa con las subescalas: Tabaco y toxinas ($r = -0.16$), Sueño, cinturón y estrés ($r = -0.18$), Tipo de personalidad ($r = -0.22$), Autorreflexión ($r = -0.16$) y Trabajo ($r = -0.20$), donde mayor uso de la desconexión para enfrentar las situaciones, menor presencia de las conductas de vida que se describieron antes (ver Anexo 5).

La tendencia a la culpa o autocrítica en la estrategia de la Autoinculpación obtuvo significancia negativa con las subescalas de: Nutrición ($r = -0.13$), Tabaco y toxinas ($r = -0.16$), Sueño, cinturón y estrés ($r = -0.15$), Tipo de personalidad ($r = -0.33$), Autorreflexión ($r = -0.25$) y Trabajo ($r = -0.18$), es decir que el uso continuo de la culpa es directamente inverso a las conductas mencionadas anteriormente (ver Anexo 5).

5.5 Comparación con otros estudios hondureños de población general respecto a sintomatología clínica.

En un estudio realizado por Chirinos y Flores en (2002), utilizando el instrumento Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI), se encontró una prevalencia de 35%; (mujeres= 18.9, hombres= 9.2) de síntomas clínicos en población general, versus un 20% en la población de psicólogos (mujeres= 85.5, hombres 14.4).

Otro estudio más donde se aplicó el BSI-53 en población general con una muestra de 855 personas ($t(853) = -1.494, p = 0.135$) realizado por Landa-Blanco y otros (2021), indicó que los síntomas que más se presentaron en dicha muestra fueron: Obsesivos-compulsivos ($M = 1.595, SD = 1.054$), Ansiedad ($M = 1.592, SD = 0.92$) y Sensibilidad interpersonal ($M = 1.46, SD = 1.071$); no obstante en este estudio los síntomas que más reportaron los psicólogos y psicólogas fueron: Obsesivo-compulsivo ($M=7.4; SD=5.08$), Ansiedad ($M=7.4; SD=4.51$), Depresión ($M= 6.07; SD= 4.88$), Somatización ($M= 5.93; SD=5.33$), Hostilidad ($M 5.2; SD= 3.97$). Siendo los síntomas

Obsesivos compulsivos y la Ansiedad los únicos síntomas clínicos encontrados en ambas poblaciones.

En otro estudio realizado por Landa-Blanco y otros (2021), donde se utilizó el BIS-18; se comparó la sintomatología clínica entre la población de psicólogos y psicólogas y la población en general. Los resultados en la investigación de (Landa-Blanco, y otros, 2021) indicaron los siguientes datos: somatización ($p = 0,07$, $d = 0,11$), depresión ($p = 0,53$, $d = -0,04$) y ansiedad ($p = 0,93$, $d = 0,01$) (ver Tabla 13).

Tabla 13

Diferencia entre presencia de síntomas clínicos en población general hondureña (BIS-18) versus psicólogos y psicólogas hondureñas (BIS-53).

Prueba T de una muestra Ansiedad

		Statistic	df	p	Mean difference	95% Confidence Interval	
						Lower	Upper
Ansiedad-BIS 53	Student's t	-7.28	226	<.001	-2.18	-2.77	-1.59

Nota. H_a population mean \neq 9.58

Descriptives

	N	Mean	Median	SD	SE
Ansiedad-BIS 53	227	7.4	7	4.51	0.299

Prueba T de una muestra Depresión

		Statistic	df	p	Mean difference	95% Confidence Interval	
						Lower	Upper
Depresión-BIS 53	Student's t	-6.03	226	<.001	-1.96	-2.59	-1.32

Nota. H_a population mean \neq 8.03

 Descriptives

	N	Mean	Median	SD	SE
Depresión-BIS 53	227	6.07	5	4.88	0.324

 Prueba T de una muestra Somatización

		Statistic	df	p	Mean difference	95% Confidence Interval	
						Lower	Upper
Somatización-BIS 53	Student's t	-0.3	226	0.765	-0.106	-0.803	0.591

Nota. H_a population mean \neq 6.04

 Descriptives

	N	Mean	Median	SD	SE
Somatización-BIS 53	227	5.93	5	5.33	0.354

Nota: Fuente de datos de estudio de BIS-18 se encuentra en las referencias, elaboración propia.

Capítulo 6: Discusión

La población de psicólogos y psicólogas indicaron mayor prevalencia de síntomas clínicos tales como: obsesivos-compulsivos, ansiedad, depresión, somatización y hostilidad. Estos resultados concuerdan con otros estudios relacionados con terapeutas (Pope & Tabachnick, 1994; Gilroy, Carroll, & Murra, 2022) y exponen que los y las profesionales de la psicología también están expuestos a padecimientos sintomáticos de enfermedades mentales. También se evidenció que las psicólogas son más propensas a presentar sintomatología clínica relacionada con el estado de ánimo (Gilroy, Carroll, & Murra, 2022).

Respecto de los síntomas clínicos y otras variables, las y los psicólogos que tienen dependientes muestran menos sintomatología clínica que aquellos que no tienen. También se encontró aquellos terapeutas que trabajan en el área de la psicología en Honduras, presentan menos síntomas clínicos versus quienes no, pudiendo incrementar la aparición de síntomas como ansiedad, depresión, somatización, hostilidad y obsesivos-compulsivos. También se concluye que la probabilidad de que un psicólogo o psicóloga presente síntomas clínicos aumenta si ya ha tenido un diagnóstico previo. Por último, la edad y los años de experiencia indicaron ser un factor protector para la aparición de síntomas, es decir, que a mayor edad y más años de experiencia; menor la probabilidad de síntomas clínicos.

En cuanto a las estrategias de afrontamiento utilizadas por los psicólogos y psicólogas hondureñas, se concluye que las más utilizadas son: el afrontamiento activo, la aceptación, planificación, reinterpretación positiva, autodistracción, apoyo emocional y la religión. Sin embargo, las estrategias utilizadas dependerán del lugar de trabajo y la población (Catillo, Díaz, Jelvez, & López, 2019; Jordaan, Spangenberg, Watson, & Fouche, 2007).

Respecto a la diferencia entre el sexo y las estrategias, los hombres utilizan más la planificación, aceptación y el humor, en cambio las mujeres utilizan más la religión. También es importante resaltar que las formas en que las estrategias de afrontamiento se presentan varían según variables como la cultura, individuo, tiempos, entre otros (Alterman, 1998; Luberto, Goodman, Halvorson, Wang, & Haramati, 2020). Otra conclusión del estudio es que las y los psicólogos hondureños con diagnóstico previo de una enfermedad mental utilizarán estrategias como el humor, apoyo instrumental, negación, el uso de sustancias, la desconexión y la autculpa más frecuente que aquellos que no han sido previamente diagnosticados.

En cuanto a los estilos de vida de los y las psicólogas en Honduras, los hábitos saludables indicados fueron: compartir con familia y amistades o comunicarse efectivamente, comer nutritivamente, la autorreflexión, presentar una actitud positiva ante los problemas, la satisfacción laboral, el sueño y el uso de del cinturón de seguridad. No obstante, también se encontró costumbres diarias no adecuadas para la salud como ser: el consumo de alcohol, tabaco, otras toxinas y la poca actividad física. Estos resultados no se pueden comparar con otros terapeutas debido a que no se encontró estudios similares tanto en herramienta como en población.

A un nivel más específico en los estilos de vida entre las y los psicólogos hondureños, las mujeres presentaron mayor consumo de tabaco y alcohol. A nivel general una psicóloga o psicólogo que haya tenido un diagnóstico previo de enfermedad mental está más propenso a consumir alcohol y presentar irritabilidad. Quienes tienen dependientes tienen dificultades para realizar actividad física. También se concluye que trabajar en el área de psicología permite mejorar el pensamiento positivo y disminuir síntomas de ansiedad, estrés y depresión. Por último, la edad y los años de experiencia

también contribuyen a estilos de vida más saludables con relación al sueño, la autorreflexión y la satisfacción laboral.

A nivel interno entre las dimensiones a considerar en el estudio (síntomas clínicos, estrategias de afrontamiento y estilos de vida) se concluye que:

A mayor nivel de somatización mayores índices de síntomas obsesivos, sensibilidad, depresión, ansiedad, hostilidad, fobia, paranoia y psicosis. También aumenta la autodistracción, la negación, el uso de sustancias, la desconexión y la autculpa. Por otra parte, disminuye el afrontamiento activo, la planificación, aceptación, las buenas relaciones con la familia y amistades, la actividad física, nutrición, el consumo de tabaco y toxinas. Igualmente disminuye la calidad del sueño, el uso del cinturón de seguridad, la introspección y la satisfacción laboral.

En cuanto a síntomas obsesivo-compulsivos, a mayor intensidad, más se presentan síntomas de sensibilidad, depresión, ansiedad, hostilidad, fobia, paranoia y psicosis. Por otra parte, aumenta el uso de tabaco u otras drogas legales y niveles de estrés. También aumenta la autodistracción, negación, desconexión y la autculpa. Por el contrario, mayores síntomas obsesivos-compulsivos disminuyen el afrontamiento activo, la planificación, la aceptación. También disminuye la interacción con la familia y las amistades, la actividad física o recreativa, la calidad del sueño, la introspección y la satisfacción laboral.

Según los resultados encontrados en el estudio, se concluye que la presencia moderada o intensa de sintomatología clínica, por ejemplo: hostilidad, somatización, depresión, ansiedad u obsesivos-compulsivos, aumenta la sostenibilidad entre síntomas, así como el aumento en estrategias de afrontamiento tales como, negación, uso de sustancias, la desconexión y la autculpa. También aumentan hábitos no saludables

como el aumento de consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias, así como drogas legales, la agresividad e irritabilidad. De manera negativa disminuyen la interacción con la familia y amistades, la búsqueda de actividades físicas o recreativas, conductas de alimentación saludable, hay afectación en la calidad del sueño, cese en el uso del cinturón mientras se maneja. También disminuye el pensamiento positivo, la autorreflexión y la satisfacción laboral.

Por otra parte, cuando no se presentan síntomas clínicos moderados o graves, aumenta el uso de estrategias de afrontamiento tales como: el afrontamiento activo, la planificación, la reinterpretación positiva, aceptación, uso del humor, las prácticas religiosas, el apoyo emocional e instrumental y el desahogo. También aumenta la calidad en las relaciones con la familia, las amistades, hábitos recreativos y la actividad física y hábitos de alimentación más sanos.

Por último, se realizó una comparación de sintomatología clínica de la población hondureña en general de otros estudios versus la sintomatología clínica en psicólogos y psicólogas. Donde uno de los estudio realizado en el 2001 en Honduras realizado en diversas comunidades encontró una prevalencia del 35% de trastornos mentales en la población, encontrándose el trastorno depresivo mayor como el más prevalente en la población, seguido del riesgo suicida (aunque este es una comorbilidad y no un trastorno en sí), trastornos de ansiedad y dependencia al alcohol. Dicha investigación reportó al igual que el presente estudio, mayor prevalencia en mujeres para sintomatología clínica, así como en consumo de alcohol en ambas poblaciones (Chirinos-Flores, y otros, 2002).

En otro estudio más reciente también se encontró que, en comparación a la población general hondureña, los y las profesionales de la psicología reportaron más dimensiones de sintomatología clínica (Obsesivo-compulsivo, ansiedad y sensibilidad interpersonal

en población general versus Obsesivo-compulsivo, Ansiedad, Depresión, Somatización y Hostilidad en los y las psicólogas) (Landa-Blanco, Landa-Blanco, Mejía-Suazo, & Martínez-Martínez, 2021)

No obstante un último estudio comparativo indicó una menor prevalencia de síntomas de depresión, ansiedad y somatización en los y las psicólogas, en comparación con la población general hondureña (Landa-Blanco, y otros, 2021).

Recomendaciones

Ante la presencia de sintomatología clínica significativa, dificultades en la elección de adecuadas estrategias de afrontamiento y estilos de vida poco saludables en la población de psicólogos y psicólogas, se recomienda lo siguiente:

- Crear en conjunto con la Escuela de Ciencias Psicológicas de la UNAH y el Colegio de Psicólogos de Honduras, un plan de intervención psicoterapéutico que permita a las y los psicólogos, desde que el o la aspirante desea estudiar la carrera, dar seguimiento y luego después de egresar; valorar nuevamente monitorear el estado de salud mental de las y los psicólogos que ya ejercen, y así generar mejores condiciones de salud mental.
- Realizar en conjunto el ente formativo como regulativo, campañas de salud mental, cursos, talleres o diplomados para todas y todos los psicólogos, tanto en formación como egresados, en temáticas de estrategias de afrontamiento, estilos de vida y abordaje de sintomatología clínica.
- Crear un banco de datos que permita monitorear estadísticas de casos que se han presentado y formular a partir de dichos antecedentes, planes de intervención que ayude a la calidad de la salud mental del gremio.

- Por último, crear conciencia en la importancia de la actividad investigativa en el gremio.

Futuras investigaciones

En cuanto a la temática de investigación de la salud mental en los y las psicólogos en Honduras, se propone realizar investigaciones con programas terapéuticos para profesionales desde su formación en el grado, donde se pueda evidenciar la eficacia de las intervenciones. También realizar investigaciones para generar mayor literatura respecto al tema y así tener mejores marcos de referencia académica

Limitaciones

Entre las limitaciones del estudio se encuentra el proceso no-probabilístico de selección muestral, lo que conlleva a un riesgo de no-representación poblacional. Además, todos los instrumentos de recolección se basan sobre medidas de auto-reporte, las cuales pueden verse influidas por los sesgos del mismo informante. No obstante, se espera que este sea un punto de partida para futuras investigaciones y el diseño de intervenciones para mejorar la salud mental de los profesionales de la Psicología.

Referencias Bibliográficas

- Ackerly, G., Burnell, J., Holder, D., & Kurdek, L. (Diciembre de 1988). Burnout Among Licensed Psychologists. (K. A. Borden, Ed.) *Professional Psychology: Research and Practice*, 19(6), 624-631. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/0735-7028.19.6.624>
- Alterman, S. (1998). *Understanding clinician self-care*. The Chicago School of Professional Psychology ProQuest Dissertations Publishing. Obtenido de <https://www.proquest.com/dissertations-theses/understanding-clinician-self-care/docview/304493840/se-2>
- American Psychological Association. (01 de Enero de 2017). Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct; Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct. Washington, Washington, DC, EE.UU. Obtenido de <https://www.apa.org/ethics/code>
- APA. (11 de Enero de 2011). *American Psychological Association*. Obtenido de <https://www.apa.org/topics/psychotherapy/ayudan>
- APA. (2013). Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. En A. A. Psiquiatría, *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5* (pág. 57). Arlington, VA: Asociación Americana de Psiquiatría. Obtenido de <https://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-v-guia-consulta-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf>
- APA. (2019). *American Psychological Association*. Obtenido de <https://www.apa.org/centrodeapoyo/ayudan>

- APA. (Junio de 2022). *American Psychological Association*. Obtenido de <https://dictionary.apa.org/symptom>
- APA. (Junio de 2022). *American Psychological Association*. Obtenido de <https://dictionary.apa.org/disorder>
- APA. (Junio de 2022). *American Psychological Association*. Obtenido de <https://dictionary.apa.org/mental-disorder>
- Bridgeman, D. (Marzo-Abril de 2006). Embracing wellness/ Prevention for psychologists: Bold or Boring? *Colleague Assistance and Support Program (CLASP)*, 31-32. Recuperado el 9 de Junio de 2019, de <https://c.ymcdn.com/sites/www.cpapsych.org/resource/resmgr/imported/files/clasp/articles/cp/EmbracingWellness-Prevention.pdf>
- Carrasco Falcó, E., Polo Gaitán, G., Quintero, I., Fernández Ortiz, L., Turrión Borrillo, L., Guerrero Espejo, M., . . . García Sáenz del Burgo, R. (2015). *Voluntariado en Salud Mental*. San Juan de Dios. Madrid: Fundación Juan Ciudad. Recuperado el 6 de Junio de 2019, de https://www.uma.es/media/tinyimages/file/Voluntariado_en_Salud_Mental.pdf
- Catillo, C., Díaz, G., Jelvez, E., & López, A. (2019). Estrategias de afrontamiento del terapeuta ocupacional en cuidados paliativos infanto-juveniles. *Revista de Estudiantes de Terapia Ocupacional*, 6(1), 13-21. Obtenido de <http://reto.ubo.cl/index.php/reto/article/view/79/76>
- Chirinos-Flores, A., Munguía-Matamoros, A., Lagos-Velásquez, A., Salgado-David, J., Reyes-Ticas, A., Padgett-Moncada, D., & Donaire-García, I. (Enero-Abril de 2002). Prevalencia de trastornos mentales en la población mayor de 18 años en 29 comunidades urbanas de Honduras. *Revista de los Postrados de*

Medicina, 7(1), 42-49. Obtenido de <http://www.bvs.hn/RMP/pdf/2002/pdf/Vol7-1-2002-10.pdf>

Cloninger, S. (2003). Freud: El psicoanálisis Clásico. En S. C. Cloninger, & E. Q. Duarte (Ed.), *Teorías de la Personalidad* (Tercera ed., págs. 35-36). México DF: Pearson Education.

Cloninger, Susan. (2003). Allport: Teoría personológica de los rasgos. En S. Cloninger, *Teorías de la Personalidad* (Tercera ed., pág. 592). México DF: Pearson Educación. Recuperado el 7 de Junio de 2019

Cloninger, Susan. (2003). La perspectiva del aprendizaje. En S. Cloninger, *Teorías de la personalidad* (Tercera ed., pág. 592). México DF: Pearson Educación. Recuperado el 7 de Junio de 2019

Cloninger, Susan C. (2003). Adler: La psicología Individual. En S. C. Cloninger, *Teorías de la Personalidad* (Tercera ed., pág. 592). Mexico DF: Pearson Educación. Recuperado el 7 de Junio de 2019

Congreso Nacional de la Republica de Honduras. (12 de Marzo de 1984). Decreto 144-83 Codigo Penal. *Diario Oficial La Gaceta*.

Congreso Nacional de la República de Honduras. (16 de Marzo de 2012). Constitución de la República de Honduras. En C. N. Honduras, *Constitución de la República de Honduras* (pág. 63). Tegucigalpa: Editorial Guaymuras. Obtenido de <http://www.poderjudicial.gob.hn/CEDIJ/Leyes/Paginas/default.aspx>

Corte Suprema de Justicia. (27 de Diciembre de 1996). Codigo de Salud. Tegucigalpa, Honduras.

- Cruz, A., Jara, M., & Rivera, D. (2010). Estrategias de afrontamiento utilizadas por personas adultas mayores con trastornos depresivos. *Anales en Gerontología*(6), 31-49. Recuperado el 8 de Junio de 2019
- De Castro, A. G. (2008). Job-Related Stress and Chronic Health Conditions Among Filipino Immigrants. *Journal of Immigrant and*, 6(10), 551-559.
- Derogatis, L. R. (1975). Brief Symptom Inventory. *Clinical Psychometric Research*, 32-44. Obtenido de <https://hazards.colorado.edu/nhcddata/chernobyl/ChData/ScalesInstruments/Scale%20and%20Indices/Scale%20Construction%20Instructions/BSI.pdf>
- Derogatis, L. R., & Melisaratos, N. (Agosto de 1983). The Brief Symptom Inventory: an introductory report. *Psychological Medicine*, 13(3), 595–605.
doi:doi:10.1017/s0033291700048017
- Díaz, V. (Enero-Junio de 2010). La psicología de la salud: antecedentes, definición y perspectivas. *Revista de Psicología*, II(3), 58-71. Recuperado el 6 de Junio de 2019, de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpsua/v2n1/v2n1a5.pdf>
- Fitzgerald, D., Litt, J., Ciliska, D., Delmore, B., & Butson, T. (Diciembre de 1984). Health Consequences of Selected Lifestyle Factors: A Review of the Evidence. *Can Fam Physician*, 30, 2548-2554. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2154258/>
- García, A. J. (Octubre-Diciembre de 2004). Factores Psicosociales Relacionados con la Salud Mental en Profesionales de la Servicios Humanos en México. *Ciencia y Trabajo*, 6(14), 189-196.

- Gilroy, P., Carroll, L., & Murra, J. (2022). A preliminary survey of counseling psychologists' personal experiences with depression and treatment. *Professional Psychology: Research and Practice*, 33(4), 402–407.
doi:<https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0735-7028.33.4.402>
- Guerrero Montoya, L. R., & León Salazar, A. R. (Enero-Junio de 2010). Estilo de vida y salud. *Educere*, XIV(48), 13-19. Obtenido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=35616720002>
- Hernández Sampieri, R., Fernández, C., & Baptista, M. d. (2010). *Metodología de la Investigación* (Quinta ed.). México DF: McGranHill.
- Jordaan, I., Spangenberg, J., Watson, M., & Fouche, P. (1 de Noviembre de 2007). Emotional Stress and Coping Strategies in South African Clinical and Counselling Psychologists. *South African Journal of Psychology*, 37(4), 835-855. doi:<https://doi.org/10.1177%2F008124630703700411>
- La Gaceta. (20 de Diciembre de 2018). Presupuesto General de Ingresos y Egresos de la República de Honduras, Ejercicios Fiscal 2019. *Diario Oficial de la República de Honduras*(34,825), pág. 100. Recuperado el 9 de Junio de 2019, de http://www.sefin.gob.hn/download_file.php?download_file=/wp-content/uploads/Presupuesto/2019/aprobado/Disposiciones%202019.pdf
- Landa-Blanco, M., Landa-Blanco, A., Mejía-Suazo, C., & Martínez-Martínez, C. (2021). Coronavirus Awareness and Mental Health: Clinical Symptoms and Attitudes Toward Seeking Professional Psychological Help. *Frontiers in Psychology*, 1-13. doi:<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.549644>
- Landa-Blanco, M., Mejía, C., Landa-Blanco, A., Martínez-Martínez, C., Vásquez, D., Vásquez, G., . . . Montoya, B. (2021). Coronavirus awareness, confinement

stress, and mental health: Evidence from Honduras, Chile, Costa Rica, Mexico and Spain. *Social Science & Medicine*, 277(113933).

doi:<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.113933>

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). Stress, appraisal, and coping. En P. S. Richard S.

Lazarus, *Stress, Appraisal, and Coping* (pág. 117). New York: Springer

publishing company. Obtenido de

[https://books.google.hn/books?hl=es&lr=&id=i-](https://books.google.hn/books?hl=es&lr=&id=i-ySQQuUpr8C&oi=fnd&pg=PR5&ots=DgHQivlfUe&sig=S3AUp9MZhLQoixh)

[ySQQuUpr8C&oi=fnd&pg=PR5&ots=DgHQivlfUe&sig=S3AUp9MZhLQoixh](https://books.google.hn/books?hl=es&lr=&id=i-ySQQuUpr8C&oi=fnd&pg=PR5&ots=DgHQivlfUe&sig=S3AUp9MZhLQoixh)

[zpLdBHLjIvNQ&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false](https://books.google.hn/books?hl=es&lr=&id=i-ySQQuUpr8C&oi=fnd&pg=PR5&ots=DgHQivlfUe&sig=S3AUp9MZhLQoixh)

Luberto, C., Goodman, J., Halvorson, B., Wang, A., & Haramati, A. (2020). Stress and

Coping Among Health Professions Students During COVID-19: A Perspective

on the Benefits of Mindfulness. 9, 1-5.

doi:<https://doi.org/10.1177%2F2164956120977827>

Macías, M., Madariaga, C., Valle, M., & Zambrano, J. (Enero-Abril de 2013).

Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés

psicológico. *Psicología desde el Caribe*, 30(1), 123-145. Obtenido de

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21328600007>

McCubbin, H., McCubbin, M., Thompson, A., Sae-Young, H., & Allen, C. (1997).

Families under stress: What makes them resilient. *Journal of Family and*

Consumer Sciences, 8(3), 2-11. Obtenido de

<https://www.proquest.com/docview/218175250?pq->

[origsite=gscholar&fromopenview=true](https://www.proquest.com/docview/218175250?pq-origsite=gscholar&fromopenview=true)

- Mebarak, M., Castro, A. D., Salamanca, M. d., & Quintero, M. F. (Enero-Julio de 2009). Salud mental: un abordaje desde la perspectiva actual de la psicología de la salud. *Psicología desde el Caribe*(23), 83-112.
- Mora, R. (Enero-Marzo de 2012). Medicina del estilo de vida: la importancia de considerar todas las causas de la enfermedad. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 5(1), 1-66. doi:DOI: 10.1016/j.rpsm.2011.04.002
- Morán, C., Landero, R., & González, M. T. (2009). OPE-28: un análisis psicométrico de la versión en español del Brief COPE. *Universitas Psychologica*, IX(2), 543-552. Obtenido de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-92672009000200020&lng=pt&tlng=es.
- Myers, S., Sweeney, A., Popick, V., Wesley, K., Bordfeld, A., & Fingerhut, F. (2012). Self-Care Practices and Perceived Stress Levels Among Psychology Graduate Students. (D. J. Bell, Ed.) *Training and Education in Professional Psychology*, 6(1), 55-66. doi:DOI: 10.1037/a0026534
- Observatorio Nacional de la Violencia. (2018). *Boletín Nacional de Mortalidad y otros, Enero a Junio 2018, edición #50*. Tegucigalpa.
- OMS. (Diciembre de 2013). *Organización Mundial de la Salud*. Recuperado el 8 de Junio de 2019, de https://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/
- OMS. (30 de Marzo de 2018). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response#:~:text=La%20salud%20mental%20es%20un%20estado%20de%20bienestar%20en%20el,de%20contribuir%20a%20su%20comunidad>.

- OMS. (1 de Febrero-Diembre de 2018). *Organización Mundial de la Salud*. Recuperado el 6 de Junio de 2019, de https://www.who.int/topics/mental_health/factsheets/es/
- OMS. (30 de Marzo de 2018). Salud mental: fortalecer nuestra respuesta. Ginebra. Recuperado el 8 de Junio de 2019, de <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- OMS, D. d. (2004). *Promoción de la salud mental; conceptos, evidencia emergente y práctica*. Ginebra: Mercadeo y Diseminación. Recuperado el 5 de Junio de 2019
- OPS. (2018). *La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas, 2018*. Washington, D.C. Recuperado el 8 de Junio de 2019, de http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/49578/9789275320280_spa.pdf?sequence=9&isAllowed=y
- Organización Mundial de la Salud. (2008). *Informe de la Evaluación del Sistema de Salud Mental en Honduras*. Tegucigalpa: Ministerio de Salud.
- Organización Mundial de la Salud. (2008). *Informe de la Evaluación del Sistema de Salud Mental en Honduras utilizando el*. Tegucigalpa . Recuperado el 9 de Junio de 2019
- Ornelas Ramírez, A., & Ruíz Martínez, A. O. (Junio de 2017). Salud mental y calidad de vida: Su relación en los grupos etarios. *PSIENCIA. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, IX(2), 1-6. doi:10.5872/psiencia/9.2.21
- Patterson-Hyatt, K. G. (2016). *Distress among psychologists: prevalence, barriers, and remedies for accesing mental health care*. Seattle.

- Pope, K., & Tabachnick, B. (1994). Therapists as patients: A national survey of psychologists' experiences, problems, and beliefs. *Professional Psychology: Research and Practice*, 25(3), 247–258.
doi:<https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0735-7028.25.3.247>
- Reyes Ticas, A., Medina, M. T., Mesa, X., Paredes, Y., Barahona, Y., & Sierra, M. (Enero-Junio de 2012). Estudio de Síndrome de Burnout, depresión y factores asociados en los internos del Hospital Escuela. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas*, 9(1), 14-20. Obtenido de <http://www.bvs.hn/RFCM/pdf/2012/pdf/RFCMV019-1-2012-4.pdf>
- Salaverry, O. (7 de Marzo de 2012). La piedra de la locura: Inicios históricos de la Salud Mental. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 29(1), 143-148. Recuperado el 05 de Junio de 2019
- Sarason, I. G., & Sarason, B. R. (2006). Introducción: Conceptos recientes sobre la conducta anormal. En I. G. Sarason, & B. R. Sarason, *Psicopatología. Psicología anormal: el problema de la conducta inadaptada* (Undecima ed., pág. 704). México DF: Pearson Educación. Recuperado el 6 de Junio de 2019
- Sherk, C., Thomas, H., Wilson, D., & Evans, E. (1985). Health consequences of selected lifestyle factors: a review of the evidence, part 2. *Canadian Family Physician*, 31 , 129–139. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2327334/pdf/canfamphys00203-0131.pdf>
- Tena, M., & Ortega-Navas, M. (Julio de 2019). Importancia de los estilos de vida en la salud y el envejecimiento activo. *quadernsanimacio.net*(30). Obtenido de https://www.researchgate.net/publication/336140731_IMPORTANCIA_DE_LO

S_ESTILOS_DE_VIDA_EN_LA_SALUD_Y_EL_ENVEJECIMIENTO_ACTIVO

- Tribunal de Honor: Colegio de Psicólogos de Honduras. (2019). *Código de Ética Profesional del Psicólogo de la República de Honduras*. Tegucigalpa: Inversiones ZT. Recuperado el 9 de Junio de 2019
- UNAH. (2017). *Universidad Nacional Autónoma de Honduras*. Recuperado el 9 de Junio de 2019, de <https://cienciassociales.unah.edu.hn/carreras/carrera-de-psicologia/>
- Urbilla, E. (19 de Mayo de 2009). El concepto de salud mental en la obra de Erich Fromm. *Revista Chilena de Neuro-psiquiatría, III(2)*, 153-162. Recuperado el 8 de Junio de 2019, de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchnp/v47n2/art08.pdf>
- WHO. (2004). *Promoting Mental Health; concepts, emerging evidence, practice: report/summary from World Health Organization*. Victorian Health Promotion Foundation (VicHealth) and the University of Melbourne., Department of Mental Health and Substance Abuse. Geneva: WHO publications.
- Wilson, D., Nielsen, E., & Ciliska, D. (1984). Lifestyle Assessment: Testing the FANTASTIC Instrument. *Canadian Family Physician, 30*, 1863–1866. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2154238/>

Anexos

Anexo 1: Instrumento 1: COPE-28, medición de estrategias de afrontamiento

COPE-28 (Según el original de Carver, 1997) Traducido por Consuelo Morán y Dionisio Manga

INSTRUCCIONES. Las frases que aparecen a continuación describen formas de pensar, sentir o comportarse, que la gente suele utilizar para enfrentarse a los problemas personales o situaciones difíciles que en la vida causan tensión o estrés. Las formas de enfrentarse a los problemas, como las que aquí se describen, no son ni buenas ni malas, ni tampoco unas son mejores o peores que otras. Simplemente, ciertas personas utilizan más unas formas que otras. Ponga 0, 1, 2 ó 3 en el espacio dejado al principio, es decir, el número que mejor refleje su propia forma de enfrentarse a ello, al problema. Gracias.

1. ____ Intento conseguir que alguien me ayude o aconseje sobre qué hacer.
2. ____ Concentro mis esfuerzos en hacer algo sobre la situación en la que estoy.
3. ____ Acepto la realidad de lo que ha sucedido.
4. ____ Recorro al trabajo o a otras actividades para apartar las cosas de mi mente.
5. ____ Me digo a mí mismo "esto no es real".
6. ____ Intento proponer una estrategia sobre qué hacer.
7. ____ Hago bromas sobre ello.
8. ____ Me critico a mí mismo.
9. ____ Consigo apoyo emocional de otros.
10. ____ Tomo medidas para intentar que la situación mejore.
11. ____ Renuncio a intentar ocuparme de ello.

12. ____ Digo cosas para dar rienda suelta a mis sentimientos desagradables.
13. ____ Me niego a creer que haya sucedido.
14. ____ Intento verlo con otros ojos, para hacer que parezca más positivo.
15. ____ Utilizo alcohol u otras drogas para hacerme sentir mejor.
16. ____ Intento hallar consuelo en mi religión o creencias espirituales.
17. ____ Consigo el consuelo y la comprensión de alguien.
18. ____ Busco algo bueno en lo que está sucediendo.
19. ____ Me río de la situación.
20. ____ Rezo o medito.
21. ____ Aprendo a vivir con ello.
22. ____ Hago algo para pensar menos en ello, tal como ir al cine o ver la televisión.
23. ____ Expreso mis sentimientos negativos.
24. ____ Utilizo alcohol u otras drogas para ayudarme a superarlo.
25. ____ Renuncio al intento de hacer frente al problema.
26. ____ Pienso detenidamente sobre los pasos a seguir.
27. ____ Me echo la culpa de lo que ha sucedido.
28. ____ Consigo que otras personas me ayuden o aconsejen

Anexo 2: Instrumento 2: BIS-53, medición de síntomas clínicos de enfermedades mentales

Brief Symptom Inventory de Derogatis, 1975, versión original que luego fue traducida y adaptada al lenguaje local por experto

“Here I have a list of problems people sometimes have. As I read each one to you, I want you to tell me HOW MUCH THAT PROBLEM HAS DISTRESSED OR BOTHERED YOU DURING THE PAST 7 DAYS INCLUDING TODAY. These are the answers I want you to use.

Do you have any questions?”

0 = Not at all

1 = A little bit

2 = Moderately

3 = Quite a bit

4 = Extremely

DURING THE PAST 7 DAYS, how much were you distressed by:

1. Nervousness or shakiness inside
2. Faintness or dizziness
3. The idea that someone else can control your thoughts
4. Feeling others are to blame for most of your troubles
5. Trouble remembering things

6. Feeling easily annoyed or irritated
7. Pains in the heart or chest
8. Feeling afraid in open spaces
9. Thoughts of ending your life
10. Feeling that most people cannot be trusted
11. Poor appetite
12. Suddenly scared for no reason
13. Temper outbursts that you could not control
14. Feeling lonely even when you are with people
15. Feeling blocked in getting things done
16. Feeling lonely
17. Feeling blue
18. Feeling no interest in things
19. Feeling fearful
20. Your feelings being easily hurt
21. Feeling that people are unfriendly or dislike you
22. Feeling inferior to others
23. Nausea or upset stomach
24. Feeling that you are watched or talked about by others
25. Trouble falling asleep

26. Having to check and double check what you do
27. Difficulty making decisions
28. Feeling afraid to travel on buses, subways, or trains
29. Trouble getting your breath
30. Hot or cold spells
31. Having to avoid certain things, places, or activities because they frighten you
32. Your mind going blank
33. Numbness or tingling in parts of your body
34. The idea that you should be punished for your sins
35. Feeling hopeless about the future
36. Trouble concentrating
37. Feeling weak in parts of your body
38. Feeling tense or keyed up
39. Thoughts of death or dying
40. Having urges to beat, injure, or harm someone
41. Having urges to break or smash things
42. Feeling very self-conscious with others
43. Feeling uneasy in crowds
44. Never feeling close to another person
45. Spells of terror or panic

46. Getting into frequent arguments
47. Feeling nervous when you are left alone
48. Others not giving you proper credit for your achievements
49. Feeling so restless you couldn't sit still
50. Feelings of worthlessness
51. Feeling that people will take advantage of you if you let them
52. Feeling of guilt
53. The idea that something is wrong with your mind.

Anexo 3: Instrumento 3: FANTASTIC, para medición de estilos de vida Can Fam Physician (Wilson, Nielsen, & Ciliska, 1984).

Instrumento traducido y adaptado al contexto local por experto.

FANTASTIC LIFESTYLE ASSESSMENT

Based on the past month rate yourself in each of the areas below:

		2 points	1 point	No points	Maximum score	Your score	
FAMILY FRIENDS	Communication with others is open, honest and clear	almost always	some of the time	hardly ever	2		
	I give and receive affection	almost always	some of the time	hardly ever	2		
	I get the emotional support that I need	almost always	some of the time	hardly ever	2		
ACTIVITY	Active Exercise—30 minutes e.g. running, cycling, fast walk	3 times weekly	twice a week	seldom or never	2		
	Relaxation and enjoyment of leisure time	almost daily	some of the time	hardly ever	2		
NUTRITION	Balanced meals	almost always	some of the time	hardly ever	2		
	breakfast daily	almost always	some of the time	hardly ever	2		
	Excess sugar, salt, animal fats, or junk foods	minimal use	some of the time	frequently	2		
	Ideal weight	within 10 lbs. (4 kg.)	within 20 lbs. (8 kg.)	not within 20 lbs. (8 kg.)	2		
TOBACCO TOXINS	Tobacco in the past year	none	pipe only	cigarettes	2		
	Abuse of drugs: prescribed and unprescribed	seldom or never	some of the time	frequently	2		
	Coffee, tea, cola	under 3 per day	3 - 6 per day	6 or more	2		
ALCOHOL	Average intake per day	less than 2 drinks	2 drinks	more than 2	2		
	Alcohol & driving	never drink & drive	only rarely	fairly often	2		
SLEEP SEATBELTS STRESS	7 - 9 hrs. sleep per night	almost always	some of the time	hardly ever	2		
	Frequency of seat belt use	always	most of the time	some of the time	2		
	Major stressful events in past year	none	1 - 2	3 or more	2		
TYPE OF PERSONALITY	Sense of time urgency; impatience	hardly ever	some of the time	almost always	2		
	Competitive and aggressive	hardly ever	some of the time	almost always	2		
	Feelings of anger & hostility	hardly ever	some of the time	almost always	2		
INSIGHT	Positive thinker	almost always	some of the time	hardly ever	2		
	Anxiety, worry	hardly ever	some of the time	almost always	2		
	Depression	hardly ever	some of the time	almost always	2		
CAREER <small>(Includes home-making, students, etc.)</small>	Satisfied in job or role	almost always	some of the time	hardly ever	2		
	Good Relationships with those around	almost always	some of the time	hardly ever	2		
					TOTAL	50	

Name _____ Sex M F

Occupation _____ Year of birth _____

© 1983 Dr. Douglas Wilson, Department of Family Medicine, McMaster University, Hamilton, Ont. Canada L8N 3Z5

Clinical Version
Rev. 06.83

Anexo 4: Instrumento 4, Formato de consentimiento informado

Nota: validado por varios expertos para evitar sesgos o errores ortográficos



Salud Mental del Profesional de la Psicología en Honduras

Consentimiento Informado

Estimado (a) colega, actualmente soy estudiante de la Maestría en Psicología Clínica de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras y me encuentro realizando un estudio que tiene el objetivo principal de conocer el estado actual de la Salud Mental del Profesional de la Psicología en Honduras.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá que responda las preguntas del cuestionario a continuación. Esto tomará aproximadamente entre 15 y 30 minutos de su tiempo. Lo que responda durante el llenado de dicho instrumento será guardado, de modo que después se pueda analizar las respuestas que usted haya dado.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas o consultas a Miguel Mercado al correo miguerubarahona@gmail.com. Igualmente, puede dejar de responder en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si algunas

de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Antes de empezar a llenar la encuesta se le pide que responda en las casillas de "consentimiento informado" si decide si acepta o no continuar. Desde ya se agradece su participación.

Anexo 5: Tabla matriz de correlaciones de las dimensiones sintomatología clínica, estrategias de afrontamiento y estilos de vida.

	Somatización	Obsesivo-Compulsivo	Sensibilidad	Depresión	Ansiedad	Hostilidad	Ansiedad Fóbica
Somatización	Pearson's r p-value	—					
Obsesivo-Compulsivo	Pearson's r p-value	0.695 *** <.001	—				
Sensibilidad	Pearson's r p-value	0.545 *** <.001	0.702 *** <.001	—			
Depresión	Pearson's r p-value	0.389 *** <.001	0.685 *** <.001	0.731 *** <.001	—		
Ansiedad	Pearson's r p-value	0.719 *** <.001	0.679 *** <.001	0.62 *** <.001	0.665 *** <.001	—	
Hostilidad	Pearson's r p-value	0.546 *** <.001	0.635 *** <.001	0.656 *** <.001	0.66 *** <.001	0.608 *** <.001	—
Ansiedad Fóbica	Pearson's r p-value	0.429 *** <.001	0.468 *** <.001	0.43 *** <.001	0.461 *** <.001	0.497 *** <.001	0.509 *** <.001
Paranoide	Pearson's r p-value	0.508 *** <.001	0.6 *** <.001	0.707 *** <.001	0.639 *** <.001	0.508 *** <.001	0.667 *** <.001
Psicosis	Pearson's r p-value	0.538 *** <.001	0.682 *** <.001	0.751 *** <.001	0.809 *** <.001	0.624 *** <.001	0.666 *** <.001
BST_GST	Pearson's r p-value	0.789 *** <.001	0.83 *** <.001	0.829 *** <.001	0.862 *** <.001	0.819 *** <.001	0.807 *** <.001
Afrontamiento activo	Pearson's r p-value	-0.194 ** 0.003	-0.167 * 0.012	-0.08 0.229	-0.153 * 0.021	-0.167 * 0.012	-0.121 0.07
Planificación	Pearson's r p-value	-0.187 ** 0.005	-0.166 * 0.012	-0.127 0.056	-0.229 *** <.001	-0.177 ** 0.007	-0.067 0.316
Reinterpretación positiva	Pearson's r p-value	-0.072 0.283	-0.033 0.619	-0.056 0.403	-0.138 * 0.037	-0.06 0.366	-0.0024 0.718
Aceptación	Pearson's r p-value	-0.18 ** 0.007	-0.137 * 0.039	-0.097 0.144	-0.141 * 0.034	-0.167 * 0.012	-0.093 0.161
Humor	Pearson's r p-value	0.042 0.533	0.086 0.197	0.084 0.207	0.161 * 0.015	0.101 0.128	0.098 0.139
Religión	Pearson's r p-value	0.023 0.733	-0.029 0.639	0.082 0.22	-0.058 0.381	0.039 0.56	0.0024 0.722
Apoyo Emocional	Pearson's r p-value	0.009 0.895	0.075 0.265	0.068 0.308	0.062 0.353	0.201 ** 0.002	0.085 0.205

Correlation Matrix		Somatización	Obsesivo-Compulsivo	Sensibilidad	Depresión	Ansiedad	Hostilidad	Ansiedad Fóbica
Apoyo Instrumental	Pearson's r p-value	-0.002 0.97	0.071 0.283	0.105 0.114	0.076 0.257	0.167 * 0.012	0.098 0.141	0.058 0.386
Autodistracción	Pearson's r p-value	0.176 ** 0.008	0.189 ** 0.004	0.137 * 0.039	0.174 ** 0.009	0.267 *** <.001	0.173 ** 0.009	0.174 ** 0.009
Negación	Pearson's r p-value	0.313 *** <.001	0.314 *** <.001	0.354 *** <.001	0.363 *** <.001	0.43 *** <.001	0.36 *** <.001	0.237 *** <.001
Desahogo	Pearson's r p-value	0.068 0.308	0.097 0.144	0.106 0.112	0.097 0.145	0.187 ** 0.005	0.161 * 0.015	0.109 0.102
Uso de Sustancias	Pearson's r p-value	0.145 * 0.029	0.137 * 0.039	0.086 0.195	0.247 *** <.001	0.227 *** <.001	0.143 * 0.031	0.191 ** 0.004
Desconexión	Pearson's r p-value	0.35 *** <.001	0.371 *** <.001	0.301 *** <.001	0.377 *** <.001	0.389 *** <.001	0.273 *** <.001	0.268 *** <.001
Autoculpa	Pearson's r p-value	0.211 ** 0.001	0.334 *** <.001	0.268 *** <.001	0.283 *** <.001	0.309 *** <.001	0.308 *** <.001	0.215 ** 0.001
FASTASTC_TOTAL	Pearson's r p-value	-0.499 *** <.001	-0.593 *** <.001	-0.542 *** <.001	-0.613 *** <.001	-0.514 *** <.001	-0.528 *** <.001	-0.34 *** <.001
Familia y amistades	Pearson's r p-value	-0.235 *** <.001	-0.277 *** <.001	-0.365 *** <.001	-0.339 *** <.001	-0.235 *** <.001	-0.309 *** <.001	-0.156 * 0.018
Actividad	Pearson's r p-value	-0.178 ** 0.007	-0.221 *** <.001	-0.194 ** 0.003	-0.19 ** 0.004	-0.166 * 0.012	-0.127 0.056	-0.124 0.063
Nutrición	Pearson's r p-value	-0.223 *** <.001	-0.279 *** <.001	-0.26 *** <.001	-0.254 *** <.001	-0.149 * 0.025	-0.15 * 0.023	-0.032 0.63
Tabaco	Pearson's r p-value	-0.191 ** 0.004	-0.192 ** 0.004	-0.092 0.169	-0.177 ** 0.007	-0.113 0.091	-0.178 ** 0.007	-0.188 ** 0.005
Alcohol	Pearson's r p-value	-0.025 0.704	-0.102 0.124	0.023 0.728	-0.065 0.329	-0.008 0.904	-0.022 0.737	-0.015 0.827
Sueño, estrés y virtud	Pearson's r p-value	-0.38 *** <.001	-0.425 *** <.001	-0.365 *** <.001	-0.415 *** <.001	-0.404 *** <.001	-0.384 *** <.001	-0.31 *** <.001
Tipo de personalidad	Pearson's r p-value	-0.343 *** <.001	-0.488 *** <.001	-0.442 *** <.001	-0.439 *** <.001	-0.433 *** <.001	-0.553 *** <.001	-0.333 *** <.001
Inspección	Pearson's r p-value	-0.521 *** <.001	-0.557 *** <.001	-0.509 *** <.001	-0.664 *** <.001	-0.609 *** <.001	-0.498 *** <.001	-0.312 *** <.001
Carrera profesional	Pearson's r p-value	-0.307 *** <.001	-0.308 *** <.001	-0.402 *** <.001	-0.424 *** <.001	-0.34 *** <.001	-0.339 *** <.001	-0.21 ** 0.001

Note. * p < .05, ** p < .01, *** p < .001

Correlation Matrix		Paranoide	Psicosis	BSI_GSI	Afrontamiento Activo	Planificación	Reinterpretación Positiva	Aceptación
Somatización	Pearson's r p-value	—	—	—	—	—	—	—
Obsesivo-Compulsivo	Pearson's r p-value	0.713 ***	—	—	—	—	—	—
Sensibilidad	Pearson's r p-value	0.785 ***	0.854 ***	—	—	—	—	—
Depresión	Pearson's r p-value	-0.049	<.001	-0.16 *	—	—	—	—
Ansiedad	Pearson's r p-value	0.461	-0.109	0.016	—	—	—	—
Hostilidad	Pearson's r p-value	-0.121	0.101	-0.19 **	0.564 ***	—	—	—
Ansiedad Fóbica	Pearson's r p-value	0.068	0.012	0.004	<.001	0.36 ***	—	—
Paranoide	Pearson's r p-value	—	—	—	—	—	0.373 ***	—
Psicosis	Pearson's r p-value	—	—	—	—	—	—	0.246 ***
BSI_GSI	Pearson's r p-value	<.001	0.854 ***	—	—	—	—	—
Afrontamiento activo	Pearson's r p-value	-0.049	<.001	-0.16 *	—	—	—	—
Planificación	Pearson's r p-value	0.461	-0.109	0.016	—	—	—	—
Reinterpretación positiva	Pearson's r p-value	-0.121	0.101	-0.19 **	0.564 ***	—	—	—
Aceptación	Pearson's r p-value	0.068	0.012	0.004	<.001	0.36 ***	—	—
Humor	Pearson's r p-value	-0.048	-0.062	-0.077	0.403 ***	<.001	0.373 ***	—
Religión	Pearson's r p-value	0.476	0.355	0.251	<.001	0.38 ***	—	—
Apoyo Emocional	Pearson's r p-value	-0.018	-0.062	-0.136 *	0.431 ***	0.38 ***	0.373 ***	—
Apoyo Instrumental	Pearson's r p-value	0.784	0.35	0.04	<.001	0.255 ***	<.001	0.246 ***
		0.059	0.13	0.115	0.155 *	0.255 ***	0.265 ***	0.246 ***
		0.376	0.051	0.083	0.02	<.001	<.001	<.001
		0.001	-0.005	-0.003	0.227 ***	0.125	0.369 ***	0.129
		0.993	0.939	0.97	<.001	0.059	<.001	0.051
		0.088	0.027	0.094	0.271 ***	0.051	0.309 ***	0.18 **
		0.187	0.681	0.158	<.001	0.446	<.001	0.007
		0.064	0.103	0.092	0.303 ***	0.242 ***	0.324 ***	0.122
		0.336	0.123	0.169	<.001	<.001	<.001	0.066

Correlation Matrix		Paranoide	Psicosis	BSI GSI	Afrontamiento Activo	Planificación	Reintención Positiva	Aceptación
Autodistracción	Pearson's r p-value	0.048 0.475	0.154 * 0.02	0.216 ** 0.001	0.086 0.197	0.105 0.12	0.125 0.061	0.141 * 0.033
Negación	Pearson's r p-value	0.219 *** <.001	0.351 *** <.001	0.405 *** <.001	-0.083 0.211	-0.027 0.683	0.013 0.848	-0.134 * 0.044
Desahogo	Pearson's r p-value	0.122 0.067	0.139 * 0.037	0.141 * 0.033	0.201 ** 0.002	0.165 * 0.014	0.184 ** 0.005	0.193 ** 0.003
Uso de Sustancias	Pearson's r p-value	0.203 ** 0.002	0.184 ** 0.005	0.22 *** <.001	0.018 0.789	-0.011 0.874	0.038 0.569	0.037 0.575
Desconexión	Pearson's r p-value	0.209 ** 0.002	0.336 *** <.001	0.403 *** <.001	-0.077 0.251	-0.084 0.208	-0.024 0.724	-0.119 0.074
Autocuidado	Pearson's r p-value	0.206 ** 0.002	0.264 *** <.001	0.33 *** <.001	0.244 *** <.001	0.17 * 0.01	0.197 ** 0.003	0.175 ** 0.008
FASTASTIC_TOTAL	Pearson's r p-value	-0.515 *** <.001	-0.529 *** <.001	-0.646 *** <.001	0.226 *** <.001	0.175 ** 0.008	0.148 * 0.026	0.12 0.071
Familia y amistades	Pearson's r p-value	-0.379 *** <.001	-0.297 *** <.001	-0.335 *** <.001	0.184 ** 0.005	0.113 0.089	0.072 0.277	0.039 0.379
Actividad	Pearson's r p-value	-0.175 ** 0.008	-0.112 0.092	-0.209 ** 0.002	0.143 * 0.031	0.146 * 0.028	0.133 * 0.042	0.065 0.337
Nutrición	Pearson's r p-value	-0.197 ** 0.003	-0.182 ** 0.006	-0.242 *** <.001	0.172 ** 0.009	0.116 0.082	0.132 * 0.046	0.016 0.808
Tabaco	Pearson's r p-value	-0.185 ** 0.005	-0.278 *** <.001	-0.222 *** <.001	0.009 0.898	-0.039 0.375	-0.045 0.496	-0.035 0.596
Alcohol	Pearson's r p-value	-0.092 0.167	-0.076 0.251	-0.053 0.428	0.019 0.772	0.006 0.924	-0.03 0.648	-0.024 0.725
Sueño, estrés y citación	Pearson's r p-value	-0.399 *** <.001	-0.379 *** <.001	-0.482 *** <.001	0.12 0.072	0.119 0.073	0.071 0.288	0.106 0.11
Tipo de personalidad	Pearson's r p-value	-0.349 *** <.001	-0.441 *** <.001	-0.524 *** <.001	0.078 0.241	-0.006 0.927	0.038 0.572	0.07 0.295
Introspección	Pearson's r p-value	-0.475 *** <.001	-0.534 *** <.001	-0.648 *** <.001	0.184 ** 0.005	0.207 ** 0.002	0.177 ** 0.007	0.15 * 0.024
Carrera profesional	Pearson's r p-value	-0.307 *** <.001	-0.292 *** <.001	-0.398 *** <.001	0.206 ** 0.002	0.223 *** <.001	0.122 0.066	0.191 ** 0.004

Note. * p < .05, ** p < .01, *** p < .001

Correlation Matrix		Humor	Religión	Apoyo Emocional	Apoyo Instrumental	Autodistracción	Negación	Desahogo	Uso de Sustancias	Desconexión
Humor	Pearson's r	—								
	p-value									
Religión	Pearson's r	-0.088	—							
	p-value	0.185								
Apoyo Emocional	Pearson's r	0.199 **	0.301 ***	—						
	p-value	0.003	<.001							
Apoyo Instrumental	Pearson's r	0.264 ***	0.181 **	0.556 ***	—					
	p-value	<.001	0.006	<.001						
Autodistracción	Pearson's r	0.31 ***	0.071	0.245 ***	0.234 ***	—				
	p-value	<.001	0.29	<.001	<.001					
Negación	Pearson's r	0.189 ***	0.07	0.119	0.185 **	0.247 ***	—			
	p-value	0.004	0.296	0.074	0.005	<.001				
Desahogo	Pearson's r	0.31 ***	0.103	0.395 ***	0.381 ***	0.25 ***	0.226 ***	—		
	p-value	<.001	0.122	<.001	<.001	<.001	<.001			
Tipo de Sustancias	Pearson's r	0.313 ***	-0.188 **	0.155 *	0.196 **	0.255 ***	0.118	0.167 *	—	
	p-value	<.001	0.004	0.02	0.003	<.001	0.077	0.012		
Desconexión	Pearson's r	0.216 **	0.023	0.077	0.054	0.12	0.357 ***	0.249 ***	0.198 **	—
	p-value	0.001	0.732	0.246	0.415	0.071	<.001	<.001	0.003	
Autocopa	Pearson's r	0.373 ***	0.16 *	0.551 ***	0.639 ***	0.344 ***	0.297 ***	0.355 ***	0.232 ***	0.297 ***
	p-value	<.001	0.016	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001
FASTATIC_TOTAL	Pearson's r	-0.118	0.052	-0.073	-0.053	-0.141 *	-0.302 ***	-0.121	-0.228 ***	-0.248 ***
	p-value	0.077	0.438	0.271	0.423	0.034	<.001	0.068	<.001	<.001
Familia y amistades	Pearson's r	-0.016	0.116	0.137 *	0.091	0.033	-0.165 *	0.049	0.029	-0.097
	p-value	0.807	0.082	0.039	0.172	0.423	0.013	0.462	0.661	0.146
Actividad	Pearson's r	0.14 *	0.026	-0.016	0.033	0.034	-0.034	0.031	0.018	-0.072
	p-value	0.036	0.698	0.806	0.624	0.614	0.605	0.642	0.789	0.28
Nutrición	Pearson's r	-0.035	-0.03	-0.004	0.033	-0.067	-0.167 *	-0.051	-0.056	-0.088
	p-value	0.405	0.651	0.95	0.625	0.317	0.012	0.443	0.404	0.184
Tabaco	Pearson's r	-0.137 *	0.119	-0.03	-0.057	-0.11	-0.141 *	-0.101	-0.426 ***	-0.16 *
	p-value	0.018	0.073	0.648	0.393	0.098	0.033	0.128	<.001	0.016
Alcohol	Pearson's r	-0.247 ***	0.16 *	-0.111	-0.027	-0.09	0.038	-0.076	-0.474 ***	-0.059
	p-value	<.001	0.016	0.095	0.689	0.175	0.567	0.257	<.001	0.377
Sueño, estrés y conexión	Pearson's r	-0.052	0	-0.026	-0.032	-0.096	-0.193 **	-0.02	-0.02	-0.188 **
	p-value	0.433	0.994	0.698	0.631	0.148	0.003	0.764	0.764	0.004
Tipo de personalidad	Pearson's r	-0.174 **	-0.108	-0.104	-0.152 *	-0.187 **	-0.291 ***	-0.199 **	-0.16 *	-0.223 ***
	p-value	0.009	0.105	0.117	0.022	0.005	<.001	0.003	0.016	<.001
Introspección	Pearson's r	-0.034	0.038	-0.123	-0.077	-0.15 *	-0.252 ***	-0.11	-0.149 *	-0.16 *
	p-value	0.611	0.567	0.064	0.249	0.024	<.001	0.098	0.025	0.016
Carrera profesional	Pearson's r	-0.089	0.114	-0.084	-0.064	-0.054	-0.242 ***	-0.123	-0.124	-0.209 **
	p-value	0.183	0.086	0.208	0.338	0.422	<.001	0.064	0.063	0.002

Nota: * p < .05; ** p < .01; *** p < .001

Correlation Matrix		Autoimpulsi3n	FASTASTIC_TOTAL	Familia y Amistades	Actividad	Nutrici3n	Tabaco y toxinas	Alcohol
Autoculpa	Pearson's r p-value	— —						
FASTASTIC_TOTAL	Pearson's r p-value	-0.286 *** <.001	— —					
Familia y amistades	Pearson's r p-value	-0.022 0.742	0.561 *** <.001	— —				
Actividad	Pearson's r p-value	-0.064 0.336	0.552 *** <.001	0.176 ** 0.008	— —			
Nutrici3n	Pearson's r p-value	-0.134 * 0.044	0.62 *** <.001	0.301 *** <.001	0.367 *** <.001	— —		
Tabaco	Pearson's r p-value	-0.167 * 0.012	0.41 *** <.001	0.07 0.291	0.14 * 0.035	0.077 0.25	— —	
Alcohol	Pearson's r p-value	-0.05 0.452	0.206 ** 0.002	0.059 0.375	-0.062 0.354	0.068 0.31	0.384 *** <.001	— —
Sueño, estres y cansancio	Pearson's r p-value	-0.156 * 0.019	0.685 *** <.001	0.341 *** <.001	0.301 *** <.001	0.248 *** <.001	0.224 *** <.001	0.046 0.486
Tipo de personalidad	Pearson's r p-value	-0.33 *** <.001	0.648 *** <.001	0.297 *** <.001	0.193 ** 0.004	0.227 *** <.001	0.193 ** 0.004	0.013 0.843
Introspecci3n	Pearson's r p-value	-0.238 *** <.001	0.686 *** <.001	0.301 *** <.001	0.247 *** <.001	0.251 *** <.001	0.168 * 0.011	0.025 0.709
Carrera profesional	Pearson's r p-value	-0.181 ** 0.006	0.518 *** <.001	0.375 *** <.001	0.249 *** <.001	0.237 *** <.001	0.06 0.365	-0.078 0.241

Note: * p < .05, ** p < .01, *** p < .001

Correlation Matrix				
	Sueño, estrés y cinturón	Tipo de personalidad	Introspección	Carrera Profesional
FASTASTIC_TOTAL	Pearson's r p-value	—	—	—
Familia y amistades	Pearson's r p-value	0.457 *** < .001	—	—
Actividad	Pearson's r p-value	—	—	—
Nutrición	Pearson's r p-value	—	—	—
Tabaco	Pearson's r p-value	—	—	—
Alcohol	Pearson's r p-value	—	—	—
Sueño, estrés y cinturón	Pearson's r p-value	—	—	—
Tipo de personalidad	Pearson's r p-value	—	—	—
Introspección	Pearson's r p-value	0.408 *** < .001	—	—
Carrera profesional	Pearson's r p-value	0.251 *** < .001	0.419 *** < .001	—

Note. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$