



**Universidad Nacional Autónoma de Honduras**  
**Facultad de Ciencias Sociales**  
**Escuela de Ciencias Psicológicas**  
**Maestría en Psicología Clínica**

Tesis

**Prevalencia de Trastornos Mentales en relación con Experiencias  
Traumáticas por Violencia en adultos del departamento de Yoro, junio 2016**

Presentada por:

**Doris Sugey Valladares Mejía**

Previa opción al Título de Máster en Psicología Clínica

Asesora Metodológica:

**PhD. Ivette Carolina Rivera Zelaya**

Asesora Temática:

**MSc. Digna Jesús López Manueles**

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

29 de junio de 2018

## **Autoridades universitarias**

Dr. Francisco Herrera  
Rector Interino

Máster Belinda Flores  
Vice-Rectora Académica

Abogada Emma Virginia Rivera Mejía  
Secretaria General

Máster Magda Elsy Hernández  
Directora de Docencia

Dr. Armando Euceda  
Director de Postgrado

Doctora Martha Lorena Suazo  
Decana de la Facultad de  
Ciencias Sociales

Doctora Mirna Flores  
Coordinadora General de Postgrado  
Facultad de Ciencias Sociales

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

## Resumen

Se estudió la *prevalencia de trastornos mentales en relación con experiencias traumáticas por violencia, en adultos del departamento de Yoro*. Se utilizaron dos instrumentos: SRQ que permitió hacer un tamizaje de sintomatología de trastornos mentales y el Inventario de Experiencias Traumáticas del Cuestionario de Harvard que evalúa 16 tipos de traumas en población que ha estado expuesta a eventos violentos. La muestra poblacional fue de 300 adultos: 150 zona urbana y 150 zona rural. Los resultados indicaron que el 63% de la población presenta sintomatología de *trastornos mentales*, siendo los más prevalentes: el *consumo de drogas*, seguido de la *depresión* y el *estrés postraumático*.

En relación con las variables sociodemográficas, se encontró que las mujeres y las personas que residen en el área urbana son las más vulnerables de ser afectadas.

Las *experiencias traumáticas por violencia* inciden de manera significativa en la salud mental de la población, a mayor cantidad de eventos violentos experimentados, mayor sintomatología de trastornos mentales. Se encontró que la *violencia política* podría estar contribuyendo en el desarrollo de sintomatología de *depresión* y *estrés postraumático*; la *violencia física* se relacionó con el desarrollo de sintomatología de *consumo de drogas* y *estrés postraumático*, finalmente en relación con la *violencia sexual*, se encontró que contribuye en el desarrollo de sintomatología de *trastorno de ansiedad*.

Palabras claves: *prevalencia, trastornos mentales, violencia, experiencias traumáticas*

## Abstract

The prevalence of mental disorders in relation to traumatic experiences due to violence was studied in adults of the department of Yoro. Two instruments were used: SRQ that allowed the screening of possible mental disorders and the Inventory of Traumatic Experiences of the Harvard Questionnaire that evaluates 16 types of traumas in the population that has been exposed to violent events. The population sample was 300 adults: 150 urban area and 150 rural area. The results indicated that 63% of the population presented symptoms of possible *mental disorders*, the most prevalent being: *drug use*, followed by *depression* and *post-traumatic stress*.

In relation to sociodemographic variables, women and people residing in the urban area are the most affected.

The traumatic experiences of violence have a significant impact on the mental health of the population, a greater number of violent events experienced, more symptomatology of mental disorders. It was found that *political violence* could be contributing to the development of *depression* and *post-traumatic stress* symptoms; *physical violence* was related with the symptomatology of *drug use* and *post-traumatic stress*, finally in relation to *sexual violence*, it was found that could be contributing with the development of the symptoms of *anxiety disorder*.

Keywords: *prevalence, mental disorders, violence, traumatic experiences*

## **Dedicatoria**

Dedico este trabajo a Dios por su infinita gracia, amor y fortaleza constante; a mi madre Irmelina Mejía Figueroa y a mi querida hermana Alma Valladares por su incondicional y permanente apoyo en cada paso dado en todo este proceso; a mis tres sobrinos por ser fuente de motivación, en momentos de saturación, jugar e interactuar con tres hermosos niños, es un elemento más que valioso para disminuir el estrés.

## **Agradecimientos**

A la Universidad Nacional Autónoma de Honduras, UNAH que a través de la Dirección de Investigación Científica y Posgrado, DICYP, financió un alto porcentaje de la investigación a través de beca de investigación.

A la PhD. Ivette Carolina Rivera Zelaya por su apoyo en la sección metodológica; así mismo a la Msc. Digna Jesús López Manueles por su asesoría a nivel técnico; orientaron dicho trabajo con paciencia, recomendaciones, sugerencias y correcciones que contribuyeron a la satisfactoria conclusión de la tesis.

A mis colegas integrantes del equipo que por afinidad formamos y que se convirtió en un nuevo grupo de amigas preciadas: Fabiola Soto Carvo, Gloria Tábora, Rosa Martínez, Danellia Martínez e Ilce Pérez.

## Índice de Contenido

<i>Introducción</i> .....	11
<i>Capítulo I: Planteamiento del Problema</i> .....	15
1. Tema .....	15
1.1 Situación Problemática: .....	15
1.2 Objetivo General.....	18
1.3 Objetivos Específicos.....	18
1.4 Preguntas problema de investigación.....	18
1.5 Justificación .....	19
<i>Capítulo II: Marco Contextual</i> .....	22
2.1 Contexto de país.....	22
2.2 Caracterización del departamento de Yoro.....	26
2.3 Salud Mental en Honduras.....	28
2.4 Estudios sobre prevalencia de trastornos mentales en Honduras.....	30
2.5 Violencia en Honduras.....	35
<i>Capítulo III: Marco Teórico</i> .....	38
3.1 Salud Mental .....	38
3.2 Trastorno Mental.....	40
3.3 Problemática de salud mental a nivel mundial. ....	42
3.4 Factores y consideraciones sobre la salud mental.....	45
3.5 Salud Mental en América Latina y el Caribe.....	59
3.6 Historia de la Salud Mental en Honduras .....	62
3.7 Violencia.....	65
<i>Capítulo IV: Metodología</i> .....	75
4.1 Tipo de investigación.....	75

4.2 Participantes, población y muestra .....	75
4.3 Hipótesis, Variable e Indicadores. ....	84
4.4 Técnicas de recolección de datos .....	88
4.5 Procedimiento .....	97
<i>Capítulo V: Resultados de la Investigación.</i> .....	100
5.1 Prevalencia de sintomatología de trastornos mentales en relación con experiencias traumáticas por violencia .....	100
5.2 Prevalencia global de trastornos mentales .....	101
5.2.1 Trastornos mentales de mayor prevalencia en la población adulta del departamento de Yoro. ....	102
5.3 Comorbilidad global de posibles trastornos mentales de la población adulta del departamento de Yoro.....	103
5.3.1 Comorbilidad de trastornos específicos en la población estudiada. ....	104
5.4 Sintomatología de <i>depresión</i> según sexo, en la población adulta del departamento de Yoro. ....	105
5.4.1 Sintomatología de trastornos mentales según estado civil.....	106
5.4.2 Sintomatología de trastornos mentales según rangos de edad .....	107
5.4.3 Prevalencia de trastornos mentales según área de procedencia .....	108
5.4.4 Prevalencia de trastornos mentales según escolaridad.....	108
5.5 Resultados de sintomatología de trastornos mentales en relación con tipos de violencia	109
5.5.1 Relación entre trastornos mentales, tipos de violencia y las variables sociodemográficas.....	111
<i>Capítulo VI: Discusión de los Resultados</i> .....	119
<i>Conclusiones</i> .....	127
<i>Recomendaciones</i> .....	130
<i>Referencias</i> .....	132

## Índice de Ilustraciones

Figura 1. Clasificación de la violencia.....	68
Figura 2. Modelo ecológico para comprender la violencia.....	69
Figura 3. Mapa de cuadrantes para aplicación de instrumentos. ....	78
Figura 4. Mapa del departamento de Yoro .....	79
Figura 5. Mapa de lugares seleccionados para trabajo de campo .....	79
Figura 6. Sintomatología de trastornos mentales y experiencias traumáticas por violencia .....	101
Figura 7. Prevalencia global de posibles trastornos mentales en Yoro.....	102
Figura 8. Trastornos mentales de mayor prevalencia en Yoro .....	103
Figura 9. Comorbilidad global de trastornos mentales .....	104
Figura 10. Sintomatología de depresión según sexo.....	106
Figura 11. Sintomatología de trastornos mentales según estado civil .....	107
Figura 12. Sintomatología de trastornos mentales según rangos de edad.....	107
Figura 13. Sintomatología de trastornos mentales según área de procedencia.....	108
Figura 14. Sintomatología de trastornos mentales y nivel de escolaridad.....	109

## Índice de Tablas

Tabla 1: Aspectos relativos a la salud mental en el mundo .....	45
Tabla 2: Total de viviendas por cada municipio del Departamento de Yoro .....	76
Tabla 3: Muestreo proporcional para poblaciones infinitas $\geq 100,000$ .....	76
Tabla 4: Colonias seleccionadas para trabajo de campo.....	81
Tabla 5: Hoja de control de aplicación - Encuestas según edad y sexo.....	82
Tabla 6: Caracterización de la muestra total.....	83
Tabla 7: Operacionalización de variables .....	86
Tabla 8: Resultados aplicación Curva de ROC.....	94
Tabla 9: Validez de constructo, según dimensiones .....	96
Tabla 10: Estadísticas de Fiabilidad .....	97
Tabla 11: Correlación de Spearman, experiencias traumáticas por violencia .....	101
Tabla 12: Comorbilidad de trastornos específicos.....	105
Tabla 13: Trastornos mentales y tipos de violencia.....	110
Tabla 14: Relación entre trastornos mentales, violencia física y variables sociodemográficas.	111
Tabla 15: Relación entre trastornos mentales, violencia social y variables sociodemográficas.	112
Tabla 16: Relación entre sintomatología, violencia política y variables sociodemográficas .....	113
Tabla 17: Resumen de resultados de la investigación .....	113

## **Introducción**

Con el objetivo de determinar la Prevalencia de Trastornos Mentales en relación con Experiencias Traumáticas por Violencia, se llevó a cabo dicho estudio, con población adulta del departamento de Yoro. Honduras, 2016.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2001) estima que los trastornos mentales son un problema que afecta al menos un 25% de las personas quienes padecen uno o más trastornos mentales o del comportamiento a lo largo de la vida. En Honduras Chirinos - Flores et. al, (2002) estableció que un 35% de hondureños estaban afectados por estos padecimientos, estos autores lo atribuyeron en ese momento, al aumento a las bajas condiciones socioeconómicas, la inseguridad ciudadana y desastres naturales.

Según el Plan Nacional de Salud 2021 en Honduras los problemas de salud mental más frecuentemente diagnosticados en la red de atención primaria son: violencia (30%), trastornos depresivos (27%), trastornos epilépticos (11%), trastornos neuróticos (9%), trastornos del desarrollo psicológico (6%), trastornos del comportamiento en la infancia (5%) (Secretaría de Salud, 2005).

Según datos OMS (2001), la violencia es una de las principales causas de muerte en la población de edad comprendida entre los 15 y 44 años, la responsable del 14% de las defunciones en la población masculina y del 7% en la femenina, aproximadamente.

En la 49ª Asamblea Mundial de la Salud se declara la violencia como un importante problema de salud pública en todo el mundo e insta a los Estados Miembros a que evalúen el

problema de la violencia en sus territorios así como que se emprendan actividades de salud pública para abordarlo.

Honduras es considerado como uno de los países más violentos del mundo, de allí que, según el Observatorio de la Violencia de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras, informa que entre 2008 y 2013 se registraron 3,430 homicidios, cuyas víctimas tenían entre 12 y 18 años; el ajuste de cuentas, las riñas interpersonales y la delincuencia común fueron las principales causas de los crímenes, mientras que las armas de fuego y arma blanca, fueron las más involucradas en los hechos de sangre contra los menores, Instituto Universitario de Democracia, Paz y Seguridad (IUDPAS, 2014).

En cuanto a la relación existente entre la violencia y el efecto que esta tiene en el estado de salud mental de las personas, su estudio resultó interesante, por lo que se midió la sintomatología de trastornos mentales y se analizó su posible incidencia generada por los altos niveles de violencia que imperan en Honduras.

El estudio se enfocó en población adulta, considerando que es uno de los segmentos de población mayormente afectada con trastornos mentales, según la OMS, aproximadamente un 15% de los adultos sufren algún trastorno mental. Lo cual es un problema ya que empeora en gran medida el pronóstico, la productividad académica y económica de la población y, en últimas, el capital global, que incluye los factores personales, simbólicos, culturales y relacionales. (Posada, 2013).

Dada la naturaleza correlacional del estudio, no se pretendió puntualizar con claridad los trastornos mentales, ya que los resultados están condicionados por el instrumento utilizado que mide síntomas de algunas de las categorías diagnósticas, pero sin profundizar en el diagnóstico.

Por lo que se propuso establecer la posible prevalencia de sintomatología de las siguientes categorías diagnósticas: ansiedad, depresión, epilepsia, consumo de drogas y alcohol y estrés pos traumático, relacionándolas con experiencias traumáticas por el fenómeno de la violencia que ocurre en Honduras.

En cuanto a las experiencias traumáticas por violencia se consideraron aquellas relacionadas con los tipos de violencia identificados en el medio: *violencia física, social, sexual y política*; dato importante para comprender los resultados obtenidos en el presente estudio.

# **Capítulo I**

## **Planteamiento del Problema**

## Capítulo I: Planteamiento del Problema

### 1. Tema

Prevalencia de los Trastornos Mentales en relación con Experiencias Traumáticas por Violencia, en adultos del departamento de Yoro, junio 2016.

#### 1.1 Situación Problemática:

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

Según la OMS, aproximadamente un 15% de los adultos sufren algún trastorno mental, lo cual es un problema, ya que empeora en gran medida el pronóstico, la productividad académica y económica de la población y, en últimas, el capital global, que incluye los factores personales, simbólicos, culturales y relacionales. Se parte de resultados de estudios que indican que el origen de aproximadamente el 50% de los trastornos psiquiátricos adultos se remonta a la infancia y primera adolescencia (Posada, 2013).

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

En el caso de América Latina, el 5% de la población adulta padece de ella, pero la mayoría no busca, ni recibe tratamiento. Entre el 1% y 5% del presupuesto sanitario está destinado al campo de la salud mental, sin embargo, de este, más del 50% se gasta en hospitales psiquiátricos (OMS, 2016).

En Honduras, Chirinos - Flores et. al, (2002) encontraron que un 35% de los hondureños está afectado por estos padecimientos; estos autores atribuyen este aumento a las bajas condiciones socioeconómicas, la inseguridad ciudadana y los desastres naturales.

Entre los problemas de salud mental en Honduras, los trastornos diagnosticados con mayor frecuencia en la red de atención primaria son: trastornos depresivos (27%), trastornos epilépticos (11%), trastornos neuróticos (9%), trastornos del desarrollo psicológico (6%), trastornos del comportamiento en la infancia (5%) (Secretaría de Salud, 2005).

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

Por otra parte interesa destacar el fenómeno de la violencia, el cual requiere de estrategias eficaces de prevención, evaluación y tratamiento basados en conocimiento e investigaciones sólidas. Según datos de la OMS la violencia es una de las principales causas de muerte en la

población de edad comprendida entre los 15 y 44 años, y la responsable del 14% de las defunciones en la población masculina y del 7% en la femenina, aproximadamente (Organización Mundial de la Salud, 2001).

La violencia es considerada a menudo como un componente ineludible de la condición humana. Este supuesto ha ido cambiando hasta el punto que en la 49ª Asamblea Mundial de la Salud se declara la violencia como un importante problema de salud pública en todo el mundo e insta a los Estados Miembros a que evalúen el problema de la violencia en sus territorios así como que se emprendan actividades de salud pública para abordar dicho problema (OMS, 2001).

La violencia, se encuentra diariamente en los medios de comunicación, en las calles, en los hogares, en las escuelas, en los lugares de trabajo, en las instituciones. Cada año, más de 1,6 millones de personas en todo el mundo pierden la vida violentamente (OMS, 2002).

Como es conocido, Honduras está considerado como uno de los países más violentos del mundo, de allí que, según el Observatorio de la Violencia de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras, informa que entre 2008 y 2013 se registraron 3,430 homicidios, cuyas víctimas tenían entre 12 y 18 años; el ajuste de cuentas, las riñas interpersonales y la delincuencia común fueron las principales causas de los crímenes, mientras que las armas de fuego y las armas blancas fueron las más involucradas en los hechos de sangre contra los menores (IUDPAS, 2014).

Ante este escenario resulta relevante establecer la relación existente entre la violencia y el estado de salud mental de las personas, por lo que se midió la sintomatología de trastornos mentales y se analizó su posible relación con los altos niveles de violencia que imperan en Honduras. Se consideró incluir trastornos que según estudios realizados, son los de mayor frecuencia en la

población: *ansiedad, depresión, dependencia de alcohol, abuso de sustancias psicoactivas, epilepsia y estrés postraumático.*

El estudio se enfoca en población adulta del departamento de Yoro, considerando que es uno de los segmentos de población mayormente afectada con trastornos mentales según estadísticas de los centros asistenciales en salud mental del país, como se describe en el marco teórico del documento.

## **1.2 Objetivo General**

Relacionar la prevalencia de sintomatología de trastornos mentales con experiencias traumáticas por violencia en la población adulta, en el departamento de Yoro, en el año 2016.

## **1.3 Objetivos Específicos**

1. Identificar los tipos de trastornos mentales según su prevalencia en el Departamento de Yoro.
2. Determinar la comorbilidad de trastornos mentales más frecuente en la población del departamento de Yoro.
3. Conocer los trastornos mentales de mayor prevalencia según sexo, estado civil, edad, área geográfica y escolaridad.
4. Identificar qué tipo de violencia provoca experiencias traumáticas asociadas a los trastornos mentales de mayor prevalencia.

## **1.4 Preguntas problema de investigación**

- a) ¿Existe relación entre la sintomatología de trastornos mentales y las experiencias traumáticas por violencia, vividas por los adultos del departamento de Yoro?

- b) ¿Cuáles son los tipos de trastorno mental según su prevalencia en el Departamento de Yoro?
- c) ¿Cuántos adultos del departamento de Yoro presentan síntomas de más de un trastorno mental?
- d) ¿Cuál es la prevalencia de sintomatología de trastornos mentales según sexo, edad, estado civil, área geográfica y escolaridad, en adultos del departamento de Yoro?
- e) ¿Cuáles son los tipos de violencia que provocan sintomatología de trastornos mentales en adultos del departamento de Yoro?

### **1.5 Justificación**

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

Según la OMS (2001), el comportamiento de la morbilidad por desórdenes mentales en el ámbito mundial, se presenta en un 25% de la población general que sufren de algún desorden o enfermedad mental que los incapacita. El informe sobre el sistema de salud mental en Honduras de 2008, revela que en el país se invierte 1.75% del presupuesto de salud, en atenciones a la salud mental, lo que indica la poca importancia que se le está dando, Organización Mundial de la Salud (OMS, 2008).

Los resultados del presente han brindado información fundamental para reorientar las políticas de intervención en los programas de atención primaria en salud, especialmente en relación

con los indicadores de prevalencia para los trastornos de ansiedad, depresión, dependencia al alcohol, consumo de sustancias psicoactivas y estrés postraumático.

Igualmente podrán ser utilizados en los contenidos de los modelos curriculares en la formación de los profesionales que trabajan en la prevención y el tratamiento integral de la problemática estudiada.

Particularmente resulta importante estudiar la relación existente entre el fenómeno de la violencia con todas sus aristas y cómo este, puede contribuir en el desarrollo de sintomatología de trastornos mentales en la población hondureña.

Los resultados obtenidos revelan que el estado de salud mental de la población hondureña está altamente afectada, sobrepasando los índices a nivel mundial; por lo que es urgente el desarrollo de estrategias concretas que apunten a la prevención en sus tres niveles.

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

# **Capítulo II**

## **Marco Contextual**

## Capítulo II: Marco Contextual

La importancia de la salud mental está reconocida por la OMS, quien define la Salud como: “Un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Varios factores -conceptuales, políticos y epidemiológicos- ponen de relieve la importancia de la investigación sobre la salud mental, como base para la formulación y ejecución de políticas sobre salud y bienestar social (OMS, 2013).

Este estudio se llevó a cabo en la República de Honduras, por lo que a continuación se hace una breve descripción actual de país, considerando información geográfica, población, vivienda, educación, ingresos, empleo y salud.

### 2.1 Contexto de país

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

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

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

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

De este total, el 56.6% se ubica en el área urbana siendo el acceso a los servicios básicos tales como el agua, energía eléctrica y saneamiento básico, variables a considerar por su íntima relación con las condiciones de vida y salud de la población (INE, 2016).

En relación con el acceso al agua, el 13.3% no cuenta con este servicio, agudizándose en el área rural donde el 4.7% de la población utiliza agua proveniente de los ríos, quebradas, lagunas u otras fuentes naturales. A nivel del saneamiento rural, el 13.7% no cuenta con un sistema de saneamiento adecuado prevaleciendo aún el uso de letrinas y otras, por no contar con un sistema de eliminación de excretas. En los hogares urbanos, el 99.0% cuenta con energía a diferencia del área rural que sólo el 74.7% disponen de un sistema público de electricidad (INE, 2016).

En el ámbito **Educativo**, el analfabetismo sigue siendo un problema persistente en la realidad educativa del país. El 11% de las personas mayores de 15 años no saben leer y escribir siendo su tasa mayor en el área rural (17.2%). El analfabetismo tiende a ser superior en las personas mayores alcanzando hasta los 35 años un promedio del 10% y a partir de los 36 aumenta a tal grado que casi la mitad de la población adulta con 60 años, no sabe leer ni escribir representando

esto el 30.2%. El sistema educativo del país es el más atrasado de Centro América pues apenas 32 de 100 estudiantes logran terminar la primaria completa sin repetir años: las estadísticas de Naciones Unidas (PNUD) revelan que el 51% de los matriculados terminan la primaria con un promedio de 9.4 años y que los niveles de deserción escolar no han disminuido (INE, 2016).

Esta situación se agudiza en el nivel básico ya que solo el 86.5% asiste a la escuela, mientras que el 13.5% no puede acceder a la enseñanza (Burgos, 2010). Afecta por igual a hombres y mujeres en un 15% y se le ha insertado como eje primordial en el Plan de Nación del Gobierno de Honduras.

El *ingreso* per cápita a nivel nacional sugiere que en el área urbana este es dos veces mayor que en el área rural, es decir, Lps. 4,059.00 y Lps. 1,859.00, respectivamente, el cual se relaciona con los años de estudio. Una tercera fuente de ingreso son las remesas, representando el 6% de los ingresos, sin embargo, para junio del 2016, el 60.9% de los hogares hondureños se encontraban en situación de pobreza extrema, agudizándose esta triste realidad en el área rural donde obtiene un porcentaje del 62.9% y 59.4% en lo urbano (INE, 2016).

Uno de los problemas del mercado laboral es el *desempleo*: este se mide con la tasa de desempleo abierto (TDA). Para junio del 2016, los desempleados representaron el 7.4 % de la población económicamente activa. El área urbana representa el espacio de mayor conflictividad probablemente por la migración de las personas a la ciudad y las escasas fuentes de trabajo, es decir, la TDA representa el 9% a diferencia del área rural que resulta del 5.4%. Una persona buscando trabajo se tardará alrededor de 4.0 meses en la ciudad y en el campo 3.3 meses (INE, 2016).

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

En cuanto a *Salud*, de acuerdo al artículo 145 de la Constitución de la República está reconocido el derecho a la protección de la Salud y en este sentido, la Secretaría de Salud está obligada a crear la infraestructura pertinente para dar respuesta a este mandato (Constitución de la República de Honduras, 1982).

Después de 50 años de navegar por un sistema de salud dividido, excluyente, inequitativo e ineficiente para responder a las necesidades del país, las autoridades se enfocaron en la articulación de un nuevo modelo, desde una perspectiva holística y sistemática donde la comunidad misma será el ente proactivo de resolver en un 80% los problemas de salud, para así contribuir a la visión que se ha propuesto en el Plan de País para el año 2,034 (Congreso Nacional de Honduras, 2010).

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

Los establecimientos de salud fueron categorizados y tipificados de diferentes formas, habiendo sido organizados en dos niveles con diferentes escalones de complejidad. En esta línea, los tres hospitales psiquiátricos que existen en Honduras son considerados hospitales de segundo nivel de atención, de especialidades, con un nivel de complejidad 6 y una categorización Tipo 3

caracterizándose por ser espacios para la docencia e investigación en el campo de la salud mental (Secretaría de Salud, 2013).

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

## **2.2 Caracterización del departamento de Yoro.**

El departamento de Yoro fue creado el 28 de junio de 1,825, tiene una extensión territorial de 7,781 km<sup>2</sup>, con una población de 587,375 habitantes (287,194 hombres y 300,181 mujeres), de esta, 276,066 habitan en el área rural y 311,309 en el área urbana; la población económicamente activa es de 119, 692 personas (95,237 hombres y 24,455 mujeres); un territorio dividido en 11 municipios, 253 aldeas y 2,015 caseríos, Instituto Nacional de Estadística (INE, 2013).

Su actividad económica está basada en la agricultura, la ganadería con cría de ganado vacuno, equino, porcino, caprino y aves; caza, pesca, explotación de minas y canteras, industria manufacturera, electricidad, construcción, comercio al por mayor y menor, entre otros. Sus principales cultivos son: banano, palma africana, caña de azúcar, maíz, plátano, café, maicillo, frijol, cacao, piña y cítricos (INE, 2013).

Los grupos poblacionales están conformados por garífunas, negro inglés, tolupanes, pech, misquitos, lencas, tawahkas, chortís y otros. Limita al Norte, con el departamento de Atlántida, al Sur, departamento de Francisco Morazán, Comayagua y Olancho, al Este, con el departamento de Olancho y Colón y al Oeste con el departamento de Cortés (Municipalidad de El Progreso, 2015).

En el tema de *Educación* la población del departamento de Yoro se caracteriza por tener una de las tasas más altas de alfabetismo a nivel nacional (83.2%). Las personas mayores de 50 años mantienen las más bajas tasas de alfabetismo, de acuerdo a las edades se considera que esta parte de la población analfabeta es migrante proveniente de zonas rurales (Municipalidad de El Progreso, 2015).

En relación con la *salud*, el Comisionado Nacional de Derechos Humanos (CONADEH, 2011), mediante la Delegación Departamental de Yoro en el 2011 confirmó que el departamento de Yoro cuenta con un hospital en el municipio de Yoro y otro en El Progreso. El resto de municipios son atendidos por los CESAMOS y CESAR atendiendo en los primeros un médico general y máximo una enfermera auxiliar y en los segundos una enfermera auxiliar.

Entre algunos obstáculos identificados se encuentran: falta de personal médico, técnico y auxiliar, falta de personal para cubrir vacaciones, falta de vehículos para movilizarse, centros de salud en mal estado, desabastecimiento de medicamentos, carencia de fondos para fortalecer el personal comunitario, infraestructura inadecuada. A ellos se agregan la falta de alcantarillado en la mayoría de los municipios del Departamento de Yoro, carencia de letrinas, falta de tratamiento de las aguas residuales y la falta de voluntariado (CONADEH, 2011).

En cuanto a *violencia*, según el IUDPAS (2016), entre Cortés, Francisco Morazán y Yoro ocurrieron 3,018 homicidios, un 58.6% del total de los casos registrados. Sobre el nivel de riesgo de los homicidios suscitados en 2016 permitió conocer que, cinco departamentos están por arriba de la tasa nacional: Atlántida con 90.6 habitantes por cada cien mil habitantes (hpccmh), seguido de Cortés que registró 88.8 hpccmh, Francisco Morazán 71.6 hpccmh, Yoro 70.5 hpccmh y Santa Bárbara 60.0 hpccmh.

El desplazamiento de los homicidios al interior de los municipios que no son cabeceras departamentales se evidenció en la otra mitad del país, al registrar casos como los de Yoro, con 64.3 hpccmh y el resto de divisiones 71.6 hpccmh; la distribución de homicidios según los municipios con mayor incidencia se registraron 182 (43.3%) en El Progreso, 64 (15.2%) en Olanchito y 59 (14%) en Yoro y en el resto, 115 (27.4%) (IUDPAS, 2016).

Ocurrieron 21 muertes por suicidio, incrementando en un 75%, en relación al año 2015; los requerimientos fiscales para evaluación médico legal en clínica forense, según oficina regional, se registraron 62 casos de delito sexual, 89 de lesiones personales, 3 de menor maltratado, mujeres agredidas 25 y otros eventos violentos 20, haciendo un total de 199. La incidencia delictiva contra la integridad corporal reporta 77 casos de lesiones, 2 tentativas de violación, 75 violaciones, 160 de violencia doméstica, 73 de violencia intrafamiliar, para un total de 387 casos (IUDPAS, 2016).

### **2.3 Salud Mental en Honduras**

En la última década, en Honduras, se han dado múltiples cambios en lo social, en lo económico y en lo político, de tal manera que se han creado diversas leyes de apoyo a la niñez y juventud, sin embargo, se adolece de una ley sanitaria orientada al tema de la salud mental, al igual que en la mayoría de los países, sobre todo en los de ingresos bajos y medios, los servicios de salud mental carecen de recursos, tanto humanos como económicos.

La mayoría de los recursos de atención sanitaria disponibles se destinan actualmente a la atención terciaria de los trastornos mentales y en menor medida, a un sistema integrado de salud mental. Aún más reducidos son los fondos disponibles para la promoción de la salud mental ya que se invierte menos del 1% del presupuesto de salud, en estas atenciones (OMS, 2001).

El cambio de los esquemas de comportamiento social ha afectado las relaciones de conducta en los diferentes niveles organizacionales e institucionales del país, de donde se percibe, con variadas interpretaciones, una realidad social a la que se le atribuyen diferentes causas y efectos. La problemática del país ha involucrado al entorno social a través de la violencia, el consumo de drogas y otras patologías del campo de los trastornos mentales, de tal forma que ha llegado a convertirlos en prioridades para la atención de la salud, por ello el Gobierno de Honduras se comprometió con la Declaración de Caracas de 1990 en los principios de la psiquiatría comunitaria y desde entonces ha venido dando pasos en esa línea (OMS, 2008).

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

Igualmente, la estructura del empleo en las últimas décadas ha venido cambiando; se incrementó el sub empleo y el empleo por horas y se combinó con formas cuasi-asalariadas informales, en forma concomitante, con la absorción del sector de los servicios, lo cual agudizó el fenómeno de la violencia siendo así que Honduras se ubica en el puesto número uno, reportando 90 muertes por cada cien mil habitantes, según la plataforma creada por tres ONG HelpAge International, Merlin y Norwegian Refugee Council, (ACAPS, 2014).

Ello ha traído entre otras consecuencias para la salud y el bienestar, el desplazamiento de la familia campesina a la ciudad, la casi desaparición de la familia extensa (que se comporta como factor de protección en especial para los grupos extremos de edad), y la alta mortalidad en grupos

de sexo masculino en edades jóvenes, lo cual, a su vez, incrementa en forma directa el número de hogares con ausencia de figura paterna y por tanto el número de viudas y huérfanos (OMS, 2002).

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

El individuo y su medio ambiente conforman un complejo difícilmente dissociable, en el cual intervienen los procesos de adaptación que se relacionan con el ajuste del ser a las condiciones exteriores. Por consiguiente el trastorno mental no es el problema aislado de un individuo; con frecuencia es el derrumbamiento de fuentes normales de apoyo social, especialmente de la familia (OMS, 2013). Aunque el individuo contribuye a ese derrumbamiento, no es sólo él el que se deteriora y se destruye, son los sistemas de los cuales hace parte a través de la familia, la escuela o el trabajo (González, 1981).

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

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

*Prevalencia de Trastornos mentales en la comunidad de Villa Nueva*, en 1997 los doctores Alicia Paz, Reinaldo Moncada, Carlos Sosa, María Guadalupe Romero, Héctor Murcia y

Américo Reyes realizaron una investigación acerca de la Prevalencia de trastornos mentales en la comunidad de Villa Nueva, en la Región Metropolitana de Tegucigalpa, Honduras. Ellos realizaron un estudio transversal descriptivo y analítico con el objeto de estimar la prevalencia de trastornos mentales en la Colonia Villa Nueva, Tegucigalpa, Honduras.

Se llevó a cabo mediante un muestreo aleatorio estratificado de 466 familias donde cada entrevistado dispuesto, respondía por todos los miembros de 15 o más años obteniéndose así la información de 1,306 personas. Se realizó el tamizaje de los casos posibles con trastornos mentales utilizando el cuestionario Self Reporting Questionnaire (SRQ). Dicha investigación de campo se ejecutó en los meses de septiembre y octubre del año 1997. Se encontró que las proporciones de prevalencia estimada fueron: Ansiedad 20.5%, Consumo de drogas 14.8%, Depresión 13.1%, Alcoholismo 6.2%, Epilepsia 1.2%, Psicosis 0.8%; y la prevalencia global estimada de trastornos mentales en la población fue de un 56.7%. Estos trastornos fueron más frecuentes en los hombres que en las mujeres (64.9% y 39.4%) respectivamente. En este estudio los investigadores llegaron a la conclusión que las elevadas prevalencias estimadas están asociadas con el estrés ocasionado por el hacinamiento y bajos ingresos económicos, lo cual constituye la presencia de necesidades básicas insatisfechas y violencia (Paz-Fonseca, y otros, 1999).

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

En Tegucigalpa, se seleccionó a 800 personas de 15 años de edad o más que vivían en áreas residenciales consideradas de estatus socioeconómico alto, medio o bajo y que habían sufrido los devastadores efectos del huracán en mayor o en menor medida. Se encontró TSP en 10,6% de la muestra. Los encuestados de las áreas residenciales más afectadas estaban más angustiados, tuvieron una mayor puntuación en la evaluación de sufrimiento y presentaron síntomas de TSP de mayor gravedad. También presentaron mayores tasas de prevalencia de depresión mayor, alcoholismo y problemas emocionales previos. Entre las personas con TSP, los factores pronóstico de la gravedad de los trastornos fueron el pertenecer al sexo femenino y el grado de exposición a los eventos traumáticos relacionados con el huracán. En conclusión ellos calcularon que del total de 3,3 millones de adultos (de 15 años de edad o más) habitantes de Honduras, más de 492 000 han sufrido TSP debido al huracán Mitch (Kohn, Levav, Donaire, Machuca, & Tamashiro, 2005).

En el año 2000 se llevó a cabo la *Evaluación de salud mental en los médicos residentes de los post-gradados de Medicina de la UNAH*, se estudió la salud mental en los médicos residentes de los post-gradados de la carrera de Medicina de la UNAH, con el objetivo de identificar la prevalencia de trastornos mentales y del comportamiento. Se realizó un estudio transversal descriptivo, contando con una población inicial de 173 médicos residentes a quienes se les aplicó tres instrumentos para recabar información.

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

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

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

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

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

Se encontró que los trastornos mentales más prevalentes fueron: depresión mayor, agorafobia, fobia social y dependencia al alcohol. Las comunidades con mayor prevalencia de trastornos mentales fueron: Santa María, El Paraíso; Limón de la Cerca, Choluteca; San Manuel, Cortés y Morolica, Choluteca y se observó que la mayor frecuencia de trastornos se daba en mujeres jóvenes.

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

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

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

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

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

Otro hallazgo fue que la prevalencia de trastornos mentales en estudiantes universitarios era de 29.9%, ese porcentaje presenta un valor superior al que había determinado la OMS (2001)

el cual era entre 20 y 25%. Sin embargo, fue un porcentaje inferior al señalado por Chirinos - Flores et. al, (2002) que resultó de un 35% (Moncada, 2013).

## **2.5 Violencia en Honduras**

En Honduras el problema de la violencia se ha agravado en los últimos años; a diario los medios de comunicación muestran como esta situación azota la población poniendo en riesgo su bienestar físico emocional y mental (Ochoa, 2011).

La evidencia más notoria de la violencia en Honduras se manifiesta en los principales centros urbanos del país, el Distrito Central y San Pedro Sula. El crecimiento de los índices de violencia en estas ciudades quizá esté relacionado con el hecho que gran parte de la población se concentra en estos municipios, lo que genera mayor demanda de servicios públicos, fuentes de empleo, viviendas, congestionamiento vial, falta de espacios recreativos. Todas estas demandas generan una problemática social que en muchas ocasiones se desencadena en violencia ciudadana. El incremento de la violencia urbana está ligado a factores como la pobreza, la desigualdad social, el crecimiento acelerado y desordenado de las ciudades, el uso de armas, el consumo de alcohol y otras drogas y las acciones conexas al narcotráfico (Ochoa, 2011).

Según el Boletín Especial sobre Violencia contra Niños y Niñas, en el año 2015, a nivel nacional se registraron 1,084 muertes de niños y niñas por causa externa. De estas, el 26.7% de las víctimas eran niñas y el 73.2% niños. Cabe destacar que la cantidad total de homicidios para el 2015 representa un incremento de 1.4%, es decir, 15 casos más en comparación al 2014. Los homicidios tienen la mayor incidencia al ocupar el primer lugar con el 52.5% del total (570 muertes, 482 niños y 88 niñas (IUDPAS, 2015)

Ante esta realidad, se torna necesario la realización de estudios que evidencien el impacto que el fenómeno de la violencia tiene en la salud mental de la población Hondureña, de allí el interés de realizar el estudio, con el objetivo de se tomen acciones preventivas en la medida de lo posible y curativas en los casos donde ya existe sintomatología de trastornos mentales.

# **Capítulo III**

## **Marco Teórico**

## Capítulo III: Marco Teórico

### 3.1 Salud Mental

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

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

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

En esta misma línea el autor sostiene que la concepción biomédica de la salud mental se define a partir de dos características fundamentales: la reducción de lo mental a un proceso biológico y la ausencia de enfermedad como criterio de normalidad, en consecuencia, la

personalidad, el comportamiento, los afectos, las emociones y los pensamientos están determinados por causas físicas. Al suponer que la actividad mental es causada por el cerebro, la salud mental queda reducida a uno de los capítulos de la salud física (Restrepo, 2012).

La salud comportamental se entiende en términos de hábitos y conductas adaptativos, resultantes de procesos de aprendizaje, que le permiten al sujeto encajar dentro de los patrones de comportamiento esperados en un contexto determinado. En consecuencia, los trastornos “mentales” se entienden como “alteraciones” o “desajustes del hábito”, es decir, respuestas “mal adaptativas”, “indeseables” o “inaceptables”. Por lo tanto, si los trastornos “mentales” no son más que comportamientos indeseables aprendidos, curar trastornos “mentales” no significa borrar una enfermedad, sino reacondicionar al sujeto hacia comportamientos más aceptables (Restrepo, 2012).

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

En la actualidad la salud mental es vista como un estado de bienestar desde diversos puntos de vista y de acuerdo a las ciencias que tienen entre sus objetivos la satisfacción del individuo. Es así que la revisión bibliográfica ilustra cada uno de los conceptos propuestos, por lo que no existe

una categoría general y consensuada, con estudios y fundamentos precisos que favorezcan un solo concepto de “salud mental”.

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

### **3.2 Trastorno Mental**

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

Los síntomas de cualquier trastorno deben ser algo más que una reacción esperada a un evento cotidiano, como la muerte de un pariente. Los comportamientos que reflejan ante todo un conflicto entre el individuo y la sociedad (p. ej., la ideología fanática religiosa o política) no suelen considerarse trastornos mentales (DSM-5, 2014)

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

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

los cuales demuestran que las personas que pertenecen a estos grupos tienen una evolución de enfermedad predecible en los meses, o en ocasiones años, por venir.

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

Para efectos de este estudio, se tomó en cuenta la definición de trastorno mental establecida por el DSM-5, que lo define como un síndrome con relevancia clínica; esto es, una colección de síntomas (pueden ser conductuales o psicológicos) que causa a la persona discapacidad o malestar en el desempeño social, personal o laboral (DSM-5, 2014), dado que se buscó encontrar la relación del desarrollo de sintomatología de los mismos, provocados por el fenómeno de la violencia.

### **3.3 Problemática de salud mental a nivel mundial.**

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

Por su parte, el tabaquismo asciende a un 20% y la ansiedad a un 7.9%. Los trastornos mentales y conductuales son frecuentes: más del 25% de la población los padece en algún momento de la vida. Son también universales, puesto que afectan a personas de todos los países y

sociedades, a individuos de todas las edades, a mujeres y hombres, a ricos y pobres, a residentes en entornos urbanos y rurales. Tienen un impacto económico sobre las sociedades y sobre la calidad de vida de los individuos y las familias. Los trastornos mentales y conductuales afectan en un momento dado al 10% de la población adulta aproximadamente (OMS, 2013),

Alrededor del 20% de todos los pacientes atendidos por profesionales de atención primaria padecen uno o más trastornos mentales. En una de cada cuatro familias, al menos uno de sus miembros puede sufrir un trastorno mental o del comportamiento (OMS, 2013).

De manera general se observa que a nivel mundial sólo el 59.8% de los países de la OMS cuentan con una política de Salud Mental y una cobertura del 72%. Por otra parte el 71.2% de los países de la OMS cuentan con un plan de acción en Salud Mental. A nivel mundial se observa que la tasa promedio de camas por cada 100 mil habitantes destinadas para atención psiquiátricas en hospitales generales es de 1.4, a excepción de la región europea (10.5 camas por cada 100 mil habitantes) todas las regiones están por debajo del valor mundial (OMS, 2013).

Esto da cuenta de una falta de recursos adecuados para la atención en salud mental, sobre todo en los casos graves. De acuerdo a la distribución estimada a nivel mundial de camas para pacientes psiquiátricos el 63% se encuentran en los hospitales psiquiátricos, el 21% en los hospitales generales y el 16% con centros comunitarios (Dirección General de Epidemiología, 2012).

En el Atlas de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (2011), se proporcionan datos que demuestran la escasez de recursos de los países, particularmente recursos financieros y humanos, para atender a las necesidades en materia de salud mental. También se

subraya la falta de equidad en la distribución y de eficacia en el uso de esos recursos (Organización Mundial de la Salud, 2001).

Por ejemplo, en el mundo entero, el 67% de los recursos financieros asignados a la salud mental se sigue destinando a hospitales psiquiátricos, pese a que estos están asociados a resultados sanitarios deficientes y a violaciones de los derechos humanos. Destinar esta financiación a servicios basados en la comunidad facilitaría el acceso de muchas más personas a una atención mejor y más eficaz. La financiación del tratamiento y la prevención de los trastornos mentales siguen siendo insuficientes en los Estados Miembros (OMS, 2012).

A nivel mundial, el gasto anual en salud mental es inferior a US\$ 2 por persona, e inferior a US\$ 0,25 en los países de bajos ingresos. La mediana de los gastos anuales per cápita en salud mental oscila entre US\$ 0,20 en los países de bajos ingresos y US\$ 44,84 en los países de ingresos altos. Los recursos humanos para la salud mental en los países de ingresos bajos y medios son insuficientes. Por ejemplo, casi la mitad de la población mundial vive en países donde, en promedio, hay un psiquiatra para atender a 200,000 personas o más, y los proveedores de atención de salud mental capacitados en la realización de intervenciones psicosociales, como psicólogos, trabajadores sociales y terapeutas ocupacionales, son aún más escasos (OMS, 2012).

En el caso particular de Honduras un estudio realizado por Chirinos – Flores, et. al, (2002) reportó una prevalencia del 35% en lo relativo a la prevalencia de trastornos mentales en el país, dicho estudio demostró que el caso de algunos trastornos, al igual que otros países en vías de desarrollo, obedece al incremento en el abuso de sustancias psicoactivas y es uno de los problemas de mayor impacto para la salud mental de la población.

Entre las sustancias capaces de desarrollar problemas y dependencia está el alcohol y el tabaco, consideradas drogas lícitas de mayor índice de consumo en diferentes grupos de la población, según el Instituto Hondureño para la Prevención del Alcoholismo, Drogadicción y Farmacodependencia (IHADFA, 2004).

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

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

Fuente: Reporte de salud mental (OMS, 2013)

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

### **3.4 Factores y consideraciones sobre la salud mental.**

La salud mental abarca una amplia gama de actividades directa o indirectamente relacionadas con el componente de bienestar mental incluido en la definición de salud que da la OMS: “La salud mental no es sólo la ausencia de trastornos mentales”. Se define como “un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”. Está relacionada con la promoción del bienestar, la prevención de trastornos mentales y el tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas por dichos trastornos (OMS, 2013).

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

- **Factores biológicos:** a pesar del énfasis del estudio en lo psicosocial, sería imposible desconocer la importancia de los factores de riesgo biológicos, ampliamente comprobada con excelentes aplicaciones metodológicas, como en el caso de los estudios de laboratorio y los realizados en gemelos adoptados, respecto de la aceptación del componente genético en el modelo multicausal del alcoholismo.
- Numerosos estudios han demostrado que los hijos adoptivos, con padres biológicos alcohólicos, presentan aproximadamente cuatro veces mayor probabilidad de desarrollar el alcoholismo, que los hijos adoptivos, con padres biológicos no alcohólicos; viviendo ambos en hogares de padres adoptivos similares y no alcohólicos.
- Estudios en gemelos monocigóticos y dicigóticos, demuestran que los primeros son aproximadamente dos veces más concordantes con relación al desarrollo del alcoholismo que los gemelos dicigóticos.
- La edad y el sexo son otras variables biológicas importantes en el desarrollo de trastornos mentales. Como ejemplos se pueden recordar, la depresión clínica, que muchos estudios en forma consistente han encontrado más alta y con mayor severidad para el sexo femenino y para grupos de mayor edad; la dependencia a las drogas, por el contrario más frecuente en población joven y en el sexo masculino.
- **Factores sociales:** Desde 1974 los Estados miembros de la OMS prestan atención, cada vez mayor, a los factores psicosociales en relación con la salud y el desarrollo humano. Se reconoce que los factores psicosociales son decisivos, tanto en su relación causal como

respecto a la promoción de la salud. No es frecuente que una persona se vea expuesta aisladamente a los factores psicosociales procedentes del medio social. Las experiencias pasadas, los factores genéticos y las actuales condiciones de la vida en general, constituyen la base del modo en que cada persona experimenta e interpreta esas influencias (OMS, 2013). Por consiguiente, las reacciones a las situaciones percibidas y la capacidad de afrontar períodos de estrés y la capacidad de recuperarse de ellos, están determinados, en cierta medida, por las características individuales, pero, no se debe exagerar sobre las diferencias individuales hasta el punto de considerar de importancia secundaria la intervención preventiva, con orientación comunitaria. Cuando la influencia de un factor psicosocial es intensa, es menor la importancia de la vulnerabilidad individual; cada persona tiene múltiples características psíquicas y hábitos de comportamiento que comparte con otros miembros de su comunidad.

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

Al evaluar los factores que influyen en el bienestar, hay que reconocer que el mismo factor puede ser bueno para unas personas y malo para otras, o positivo en unas circunstancias y negativo en otras; por tanto, es necesario tener en cuenta las interacciones complejas y no lineales que se

producen. Técnicamente, la palabra inglesa "stress" se refiere a una fuerza que deforma los cuerpos. En su acepción corriente equivale más o menos a carga o presión. En biología, el término estrés toma con frecuencia un sentido diferente, ya que se utiliza para aludir a las reacciones fisiológicas y estereotipadas de "tensión" del organismo cuando se expone a diferentes estímulos ambientales que se denominan factores de estrés, por ejemplo, cambios o presiones del medio ambiente y exigencias de adaptación a éste.

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

Los problemas de salud mental han aumentado en todo el mundo. La Organización Mundial de la Salud (2013) estima que para el 2020 va a ser la segunda causa de carga de enfermedad, después de la enfermedad isquémica. La salud mental es un aspecto de la vida que se puede afectar tanto por agentes biológicos como por factores sociales, es decir, todo ser humano es susceptible de ver alterada su salud mental.

Dependiendo del contexto local, algunas personas y grupos sociales pueden correr un riesgo significativamente mayor de sufrir problemas de salud mental. Entre estos grupos vulnerables se encuentran (aunque no siempre) miembros de las familias que viven en la pobreza,

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

Los avances en las investigaciones epidemiológicas han permitido conocer el importante impacto que los problemas de salud mental suponen a escala mundial, tanto para quienes los padecen como para sus familias y la sociedad en general. Según estudios europeos y latinoamericanos, estos problemas son muy frecuentes en atención primaria, siendo los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo los más prevalentes en este contexto (OMS, 2013).

Los trastornos sociales y de comportamiento abarcan enfermedades mentales, como la depresión, el abuso de las sustancias adictivas, los suicidios, la violencia y los trastornos de la alimentación (bulimia y la anorexia, por ejemplo). Según informes del Banco Mundial, los problemas de salud mental constituyen alrededor del 15% de la carga mundial de enfermedad, y a pesar de ello, en el 2001, la mayoría de los países de ingresos medianos y bajos, dedicaron menos del 1% de sus gastos de salud a la salud mental (OMS, 2013).

Tomados en su conjunto, los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias se cobran un alto precio y representaban un 13% de la carga mundial de morbilidad en 2004. Por sí sola, la depresión representa un 4,3% de la carga mundial de morbilidad y se encuentra entre las principales causas mundiales de discapacidad (un 11% del total mundial de años vividos con discapacidad), sobre todo entre las mujeres. Las consecuencias económicas de estas pérdidas

de salud son igualmente amplias: en un estudio reciente se calculó que el impacto mundial acumulado de los trastornos mentales en términos de pérdidas económicas será de US\$ 16,3 billones entre 2011 y 2030 (OMS, 2013).

En cuanto a los trastornos mentales incluidos en el estudio, a continuación se describen según la clasificación del manual diagnóstico y estadístico, DSM-5 (2014).

La **depresión** se presenta como un conjunto de síntomas de predominio afectivo (tristeza patológica, apatía, anhedonia, desesperanza, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida) aunque, en mayor o menor grado, también están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo y somático, por lo que podría hablarse de una afectación global psíquica y física, haciendo especial énfasis en la esfera afectiva. La depresión puede tener su inicio a cualquier edad, aunque su mayor prevalencia se produce entre la edad de los 15 y 45 años, por lo que tiene un gran impacto en la educación, la productividad, el funcionamiento y las relaciones personales.

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

Al igual que la depresión, otro de los trastornos mentales de mayor prevalencia a nivel mundial son los trastornos de **ansiedad**. Los trastornos de ansiedad son los trastornos mentales

más frecuentes de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) en los servicios de atención primaria en el mundo.

Dentro de la población adulta se encuentra una prevalencia del 12% para los trastornos de ansiedad; esta misma organización establece que los trastornos de ansiedad son los que inician más temprano, con una mediana de 15 años de edad y alcanzan la prevalencia más alta entre los 25 y 45 años, siendo mayor en mujeres que en hombres. De acuerdo a otros estudios, se encuentran tasas de prevalencia para cualquier trastorno de ansiedad a lo largo de la vida entre 10.4 y 28.8% (Marshall, 2015).

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

La *epilepsia* es una enfermedad cerebral crónica que afecta a personas de todo el mundo y se caracteriza por convulsiones recurrentes. Estas convulsiones son episodios breves de movimientos involuntarios que pueden afectar a una parte del cuerpo (convulsiones parciales) o a su totalidad (convulsiones generalizadas) y a veces se acompañan de pérdida de la consciencia y del control de los esfínteres.

Los episodios de convulsiones se deben a descargas eléctricas excesivas de grupos de células cerebrales. Las descargas pueden producirse en diferentes partes del cerebro. Las convulsiones pueden ir desde episodios muy breves de ausencias o de contracciones musculares hasta convulsiones prolongadas y graves. Su frecuencia también puede variar desde menos de una al año hasta varias al día (OMS, 2016).

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

En la actualidad, unos 50 millones de personas de todo el mundo padecen epilepsia. La proporción estimada de la población general con epilepsia activa (es decir, ataques continuos o necesidad de tratamiento) en algún momento dado oscila entre 4 y 10 por 1000 personas. Sin embargo, algunos estudios realizados en países de ingresos bajos y medianos sugieren una proporción mucho mayor, entre 7 y 14 por 1000 personas. Según estimaciones, se diagnostican anualmente unos 2,4 millones de casos de epilepsia. En los países de altos ingresos, los nuevos casos registrados cada año entre la población general oscilan entre 30 y 50 por 100 000 personas. En los países de ingresos bajos y medianos esa cifra puede ser hasta dos veces más alta (OMS, 2016).

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

La ansiedad en las personas que padecen epilepsia, suele manifestarse por síntomas corporales de tensión física y aprensión respecto al futuro, es decir aprensión al no poder predecir o controlar sucesos próximos. La psicosis son cuadros psiquiátricos graves pocos frecuentes que precisan tratamiento psiquiátrico ( Asociación Andaluza de Epilepsia, 2011).

Existe una relación causal entre el *consumo nocivo de alcohol* y una serie de trastornos mentales y comportamentales, además de las enfermedades no transmisibles y los traumatismos. El alcohol, sustancia psicoactiva con propiedades causantes de dependencia, se ha utilizado ampliamente en muchas culturas durante siglos. El consumo nocivo de alcohol conlleva una pesada carga social y económica para las sociedades.

El alcohol afecta a las personas y las sociedades de diferentes maneras y sus efectos están determinados por el volumen de alcohol consumido, los hábitos de consumo y, en raras ocasiones, la calidad del alcohol. En 2012, unos 3,3 millones de defunciones, o sea el 5,9% del total mundial, fueron atribuibles al consumo de alcohol.

El consumo nocivo de alcohol también puede perjudicar a otras personas, por ejemplo, familiares, amigos, compañeros de trabajo y desconocidos. Asimismo, el consumo nocivo de alcohol genera una carga sanitaria, social y económica considerable para el conjunto de la sociedad. El consumo de alcohol puede tener repercusiones no sólo sobre la incidencia de enfermedades, traumatismos y otros trastornos de salud, sino también en la evolución de los trastornos que padecen las personas y en sus resultados.

En lo que respecta a la mortalidad y la morbilidad, así como a los niveles y hábitos de consumo de alcohol, existen diferencias entre los sexos. El porcentaje de defunciones atribuibles

al consumo de alcohol entre los hombres asciende al 7,6% de todas las defunciones, comparado con el 4% entre las mujeres.

En 2010, el consumo total de alcohol per cápita en todo el mundo registró un promedio de 21,2 litros de alcohol puro entre los hombres, y 8,9 litros entre las mujeres.

En todo el mundo 3,3 millones de personas murieron en 2012 debido al uso nocivo del alcohol. En América los países con las tasas más altas de consumo de alcohol per cápita y anuales son: Granada (12,5 litros), Saint Lucia (10,4), Canadá (10,2), Chile (9,6), Argentina (9,3), y Estados Unidos (9,2). Y los países con el consumo per cápita más bajo son: El Salvador (3,2 litros por año), Guatemala (3,8), Honduras (4), Jamaica (4,9), Nicaragua (5) y Cuba (5,2).

Américas y Europa tienen las proporciones más altas de adolescentes (15 a 19 años) que beben alcohol, con el 53% y el 70% respectivamente, que admiten ser consumidores actualmente. América tiene la prevalencia más alta de desórdenes por el uso de alcohol entre mujeres, con un estimado de 12,6% de niñas y mujeres afectadas, publicó el informe mundial sobre la situación de la salud y el alcohol (OMS, 2014).

Según el DSM-5 (2014), los criterios para diagnosticar el trastorno de *consumo de sustancias* se clasifican en 4 categorías: *Control deficitario*, el consumo de grandes cantidades de sustancia durante un tiempo más prolongado de lo previsto, mostrar deseos insistentes de abandonar el uso las sustancias con intentos fallidos, invertir gran cantidad de tiempo en conseguir la droga y un gran deseo de consumo.

*Deterioro social*, puede recurrir al incumplimiento de los deberes académicos, laborales o domésticos, problemas recurrentes o persistentes en el área social o interpersonal exacerbados por el consumo y se reducen o abandonan importantes actividades sociales, ocupacionales o

recreativas debido al consumo de sustancias; *consumo de riesgo*, un consumo recurrente de la sustancia incluso en situaciones que provoca un riesgo físico, la persona consume de forma continuada a pesar de saber que padece un problema físico o psíquico recurrente o persistente que probablemente se pueda originar o exacerbar por dicho consumo; farmacológico, tolerancia y abstinencia (Portero Lazcano, 2015).

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

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

La mayoría de los estudios indica que la prevalencia del consumo de drogas es mayor en los jóvenes que en los adultos, afectando con frecuencia a las personas en sus años más

productivos. Cuando los jóvenes caen en el ciclo del consumo, e incluso en el tráfico, en lugar de aprovechar las posibilidades de empleo lícito y educación, se crean en realidad obstáculos manifiestos para el desarrollo de personas y comunidades. Los grupos de mayor nivel socioeconómico son más propensos a iniciarse en el consumo de drogas que los grupos de menor nivel socioeconómico, pero estos últimos son los que pagan un precio más alto y tienen más probabilidades de caer en la drogodependencia, según la Organización de las Naciones Unidas (ONU, 2016).

Por otra parte el DSM-5 (2014), clasifica el *Trastorno de Estrés Postraumático* con los códigos F43.10 [309.81] y los define como eventos traumáticos en extremo que afectan a personas sobrevivientes de los mismos. Considera que sobrevivientes del combate son las víctimas más frecuentes, pero también se identifica en individuos que enfrentaron otros desastres, tanto de origen natural como inducidos. Incluyen violación, inundaciones, secuestros y accidentes de aviación, así como las amenazas que pueden implicar el secuestro o la toma de rehenes.

Los niños pueden cursar con TEPT como consecuencia de una experiencia sexual inapropiada, ya sea que sufran o no lesión. El TEPT puede diagnosticarse incluso en quienes sólo se enteraron de algún trauma intenso (o su amenaza) sufrido por alguien cercano—hijos, cónyuges, otros parientes cercanos. Uno o dos de cada 1000 pacientes que se someten a anestesia general, refieren haber tenido conciencia de dolor, ansiedad, indefensión y temor de muerte inminente durante el procedimiento; hasta la mitad de ellos puede desarrollar de manera subsecuente síntomas de TEPT.

Quedan excluidas de manera implícita de la definición las experiencias estresantes de la vida cotidiana, como el duelo, el divorcio y la enfermedad grave. El despertar de la anestesia

mientras la cirugía aún continúa, sin embargo, se podría considerar un evento traumático, así como enterarse de la muerte accidental súbita del cónyuge y de una enfermedad que amenaza la vida de un hijo. Ver las imágenes televisivas de una desgracia no sería un factor de estrés suficiente (excepto si lo visto tuviera relación con el empleo de la persona).

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

Entre los factores individuales se encuentran la estructura de carácter innata de la persona y la herencia genética. El nivel bajo de inteligencia y la preparación educativa escasa muestran una asociación positiva con el TEPT. Entre los factores ambientales están: el estado socioeconómico bajo y la pertenencia a un grupo minoritario racial o étnico. En general, a más terrible o más prolongado el trauma, mayor será la probabilidad de que se desarrolle TEPT. El riesgo se incrementa hasta alcanzar a una cuarta parte de los sobrevivientes de un combate intenso y a dos terceras partes de quienes fueron prisioneros de guerra.

Los que enfrentaron desastres por fenómenos naturales, como incendios o inundaciones, por lo general tienden menos a desarrollar sintomatología, la prevalencia general del TEPT a lo largo de la vida se calcula en 9%, no obstante investigadores europeos suelen referir tasas menores.

Los adultos mayores tienen menos probabilidad de desarrollar síntomas que los de menor edad, y las mujeres tienden a mostrar tasas un poco más altas que los varones. Cerca de la mitad

de los enfermos se recupera en el transcurso de algunos meses; otros pueden experimentar incapacidad por años. Los trastornos del estado de ánimo, de ansiedad y por consumo de sustancia son con frecuencia concomitantes. Un especificador nuevo corresponde al hallazgo de que quizá en 12 a 14% de los pacientes, la disociación es relevante en el desarrollo y el mantenimiento de los síntomas de TEPT.

De acuerdo a Stein et al. (2014), en un estudio mundial conducido en 13 países por entrevistadores legos con casi 24.000 personas, la prevalencia-vida del TEPT fue del 3,3% según el DSM-IV, del 4,4% según la CIE-10 y del 3% según una aproximación a los criterios del DSM-5 Bados (2015).

Asimismo se encuentra que la prevalencia del TEPT es más frecuente en las mujeres, debido a que tienen un mayor riesgo de exposición a traumas como la violación, la agresión sexual y el abuso sexual infantil, mientras que otros traumas son más frecuentes en los varones: accidentes, asaltos y observación de muertes o actos muy violentos menciona Breslau (2002) y Martín y de Paúl (2005) citado por Bados (2015).

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

Dentro del TEPT podríamos diferenciar los síntomas positivos (re-experimentación, evitación) y los síntomas negativos (apatía, embotamiento afectivo). El TEPT casi nunca se da en ausencia de otros trastornos. Del 50 al 90% de las personas con TEPT sufre un trastorno mental asociado, Freedly, Shaw, Jarrell, (1992); Kulka, Schlenger y Fairbank, (1990), citado por Amadeo

(2011, p. 285). Los trastornos comórbidos más frecuentes son los trastornos de ansiedad, trastornos depresivos, trastornos de somatización y trastornos relacionados con sustancias (Amodeo, 2011).

Los eventos traumáticos y la pérdida de seres queridos son frecuentes en la vida. En un estudio de la OMS llevado a cabo en 21 países, más del 10% de los encuestados declararon que habían sido testigos de actos de violencia (21,8%) o habían sufrido violencia interpersonal (18,8%), accidentes (17,7%), exposición a conflictos bélicos (16,2%) o eventos traumáticos relacionados con seres queridos (12,5%). Se estima en el estudio que un 3,6% de la población mundial ha sufrido un trastorno de estrés postraumático (TEPT) en el último año.

### **3.5 Salud Mental en América Latina y el Caribe**

Los trastornos mentales y neurológicos representan el 22% de la carga total de enfermedades en América Latina y el Caribe, los más altos son los trastornos depresivos unipolares (13,2%) y los producidos por el uso excesivo de alcohol (6,9%), resulta evidente que los mismos tienen un impacto importante en términos de mortalidad, morbilidad y discapacidad en todas las etapas de la vida.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2009) trabaja con sus Estados Miembros para fortalecer las capacidades nacionales e implementar políticas y planes nacionales de salud mental. En el año 2008 la Organización Mundial de la Salud (OMS) lanzó el Programa Global de Acción en Salud Mental, que tiene como meta disminuir la carga de los trastornos mentales y neurológicos, así como los relacionados con el consumo de sustancias, en todo el mundo.

En relación con las *Políticas de Salud Mental*, estas definen una visión de futuro que ayuda a establecer un programa para la prevención y el tratamiento de las enfermedades mentales, la

rehabilitación de personas con trastornos mentales y el fomento de la salud mental en la comunidad (Funk, 2001).

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

Respecto a la *Prevalencia de algunos de los Trastornos Mentales en la región*, la Organización Panamericana de la Salud en el año 2013 describe la prevalencia media por cada 100 mil habitantes adultos entre ellas: Uso nocivo o dependencia del alcohol 5.7, depresión mayor 4.9, trastorno de ansiedad 3.4, distimia 1.7, trastorno obsesivo compulsivo 1.4, psicosis no afectivas 1.0, trastorno de pánico 1.0, trastorno bipolar 0.8.

Se pronostica que al año 2020 se va a producir un cambio significativo en estas cifras y se espera que los trastornos psiquiátricos sean responsables del 20,9% de la carga total de enfermedad y que la depresión mayor alcance el segundo lugar entre todos los trastornos considerados. Según los resultados anteriores se evidencia que la depresión alcanzó el segundo lugar antes del año propuesto en el estudio de (Vicente, Rioseco, Saldivia, Kohn, & Torres 2005).

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

En México, como en otros países, se ha observado un incremento de los trastornos mentales entre la población general: las mujeres, presentan una prevalencia de depresión del 6.5%, padecimiento que ocupa el primer lugar como carga de enfermedad; mientras que en los hombres es el consumo de alcohol 4.8%. La prevalencia del trastorno depresivo es del 10-14% entre los pacientes hospitalizados por problemas médicos y del 9% al 16% entre los pacientes ambulatorios.

Por otro lado, la respuesta para la atención de los problemas de salud mental en México es escasa, ya que en el país se tiene una mediana de uno a cinco psiquiatras por cada 100,000 habitantes, muy inferior a la observada en Europa (9/100,000 habitantes) o Canadá y los Estados Unidos (10/100,000 habitantes) (Vargas Terrez & Salcedo, 2016) .

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

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

### 3.6 Historia de la Salud Mental en Honduras

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

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

Sus conocimientos permitieron iniciar el proceso de desconcentración de dichos pabellones, ya que fueron utilizados como “cajones de sastre” donde se depositaron aquellos pacientes que sobaban de otros servicios y cuyas patologías eran de difícil manejo (Alcerro, 1952).

Esta acción permitió evidenciar cuales eran los casos que realmente cursaban con enfermedades psiquiátricas: las primeras estadísticas se encuentran en el Informe Fiscal de 1951 a 1952 donde se reportaron 186 pacientes, de los cuales 98 correspondieron al género femenino y 88 al masculino siendo la epilepsia común a ambos y, la psicosis maniaco – depresiva típica en las mujeres y el alcoholismo en los varones (Murra, 2014).

Al Dr. Alcerro Castro se le reconoce el inicio de la práctica psiquiátrica a nivel docente y asistencial en Honduras. Realizó una serie de cambios, implementó nuevos exámenes que dieron un giro diferente a la atención de estos pacientes y promovió en 1952, la enseñanza de la psiquiatría

en la Facultad de Ciencias Médicas en el 6to año de la carrera. En 1953, presentó el primer Proyecto de Ley de Salud Mental de la República de Honduras (Alcerro, 1952).

Para 1960 se apertura el servicio de consulta externa y la formación de equipos terapéuticos donde se incorporaron otros profesionales del campo de la salud mental como personal de enfermería auxiliar, la figura del trabajador social, psicología, neurología y médicos especialista como los Doctores Mario Mendoza, Francisco León Gómez y Rafael Molina (Alcerro, 1952).

Las limitaciones presupuestarias, escasez de personal capacitado, sobrepoblación y condiciones del edificio comprometieron el ejercicio de la atención psiquiátrica ya que se emplearon medios aversivos en contra de los derechos de los pacientes (Alcerro, 1952).

En enero de 1973 fue inaugurado el Hospital Psiquiátrico de Agudos Dr. Mario Mendoza para pacientes con crisis agudas: tres años más tarde, las autoridades del Ministerio de Salud, fundaron el Hospital Psiquiátrico Santa Rosita para pacientes de mediana, larga estadía y alcohólicos (Alcerro, 1952).

Y recientemente, el 7 de enero de 2008, el Hospital San Juan de Dios Comunitario de Salud Mental abrió sus puertas en la zona noroccidental ofertando al público la atención de psiquiatría y psicológica, desintoxicación y deshabitación alcohólica y salón de huéspedes a niños, adolescentes y adultos.

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

En 1981 se apertura el Servicio de Hospital de Día en el Hospital Psiquiátrico Dr. Mario Mendoza dando inicio a un nuevo programa de intervención psicosocial bajo el cual se implementó por vez primera en Honduras un enfoque orientado a la mejora de la calidad de vida, autonomía, integración social y manejo de la enfermedad por parte de los pacientes y familiares.

Debido a la carga sanitaria que implicaba el impacto de las enfermedades mentales en América Latina, la OMS promovió en 1990 una reestructuración de la atención psiquiátrica que debía romper con el sistema tradicional para dirigirse a la comunidad donde los sujetos tendrían un accionar más participativo y coherente con su realidad con lo se crean las Consejerías de Familia para dar respuesta a la demanda social que la violencia intrafamiliar ocasionaba en los hogares hondureños (División de Salud Mental, 2000).

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

Dado a conocer la situación actual de la salud mental en Honduras, se continúa con el tema de *violencia* que permite la interrelación en relación con el desarrollo de trastornos mentales.

### 3.7 Violencia

Según el Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud, no existe un factor que explique por sí solo por qué una persona se comporta de manera violenta y otra no lo hace, ni por qué una comunidad se ve desgarrada por la violencia mientras otra comunidad vecina vive en paz. La violencia es un fenómeno sumamente complejo que hunde sus raíces en la interacción de muchos factores biológicos, sociales, culturales, económicos y políticos (OPS, 2002).

Diversas teorías han cuestionado el origen de la violencia en los humanos. Los filósofos y los investigadores debaten acerca de la naturaleza “noble” o “salvaje” de las personas, Freud, 1930; Lorenz, 1966. Estos autores aseguran que la agresión es el producto de un primitivo y poderoso deseo por la muerte al cual ellos llaman *Tánatos*. Lorenz, 1966 argumenta que la violencia es instintiva. Sin embargo, los estudios científicos actuales reportan que las causas de la violencia son múltiples y éstas incluyen factores biológicos, fisiológicos, conductuales, sociales, económicos y políticos (Frías Armenta, López-Escobar, & Díaz-Méndez, 2003).

La Asamblea Mundial de la Salud, en su reunión de 1996 en Ginebra, aprobó una resolución por la que se declaraba a la violencia uno de los principales problemas de salud pública en todo el mundo. La violencia es un fenómeno complejo que hay que abordar de forma integral y holística

Actualmente la violencia es una de las principales causas de muerte en la población de edad comprendida entre los 15 y los 44 años, y la responsable del 14% de las defunciones en la población masculina y del 7% en la femenina, aproximadamente (OMS, 1999).

Una de las razones por las que apenas se ha considerado a la violencia como una cuestión de salud pública es la falta de una definición clara del problema. La violencia es un fenómeno

sumamente difuso y complejo cuya definición no puede tener exactitud científica, ya que es una cuestión de apreciación. La violencia puede definirse de muchas maneras, según quién lo haga y con qué propósito.

Piatti (2013) señala que “La *violencia* está presente cuando los seres humanos se ven influidos de tal manera que sus realizaciones efectivas, somáticas y mentales están por debajo de sus realizaciones potenciales” de modo que “cuando lo potencial es mayor que lo efectivo y ello es evitable, se produce violencia”.

La Organización Mundial de la Salud define la violencia como: “El uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones” (OMS, 1996 ).

La clasificación utilizada en el Informe mundial sobre la violencia y la salud (OPS, 2002), divide a la violencia en **tres grandes categorías** según el autor del acto violento:

- Violencia dirigida contra uno mismo
- Violencia interpersonal y
- Violencia colectiva.

A su vez, estas tres amplias categorías se subdividen para reflejar **tipos de violencia** más específicos.

La *violencia dirigida contra uno mismo* comprende los comportamientos suicidas y las autolesiones, como la automutilación. El comportamiento suicida va desde el mero pensamiento de quitarse la vida al planeamiento, la búsqueda de medios para llevarlo a cabo, el intento de

matarse y la consumación del acto. Muchas personas que abrigan pensamientos suicidas no atentan nunca contra sí mismas e incluso las que intentan suicidarse pueden no tener la intención de morir.

La *violencia interpersonal* se divide en dos subcategorías:

- **Violencia intrafamiliar o de pareja:** en la mayor parte de los casos se produce entre miembros de la familia o compañeros sentimentales y suele acontecer en el hogar, aunque no exclusivamente.
- **Violencia comunitaria:** se produce entre individuos no relacionados entre sí y que pueden conocerse o no; acontece generalmente fuera del hogar.

El primer grupo abarca formas de violencia como el maltrato de los niños, la violencia contra la pareja y el maltrato de los ancianos.

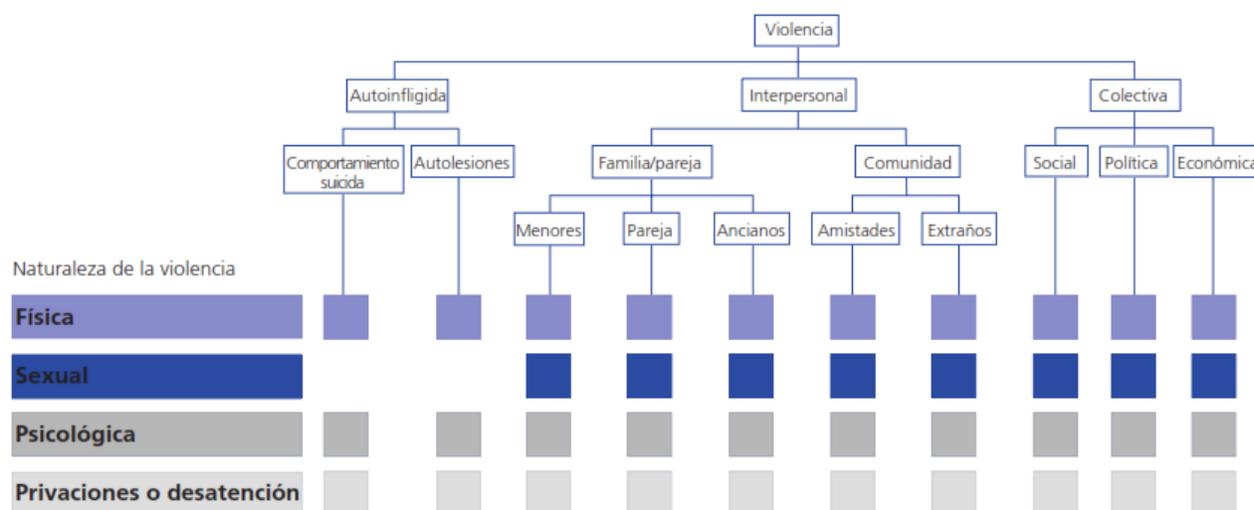
En el segundo grupo se incluyen la violencia juvenil, los actos violentos azarosos, las violaciones y las agresiones sexuales por parte de extraños, y la violencia en establecimientos como escuelas, lugares de trabajo, prisiones y residencias de ancianos.

La *violencia colectiva* es el uso instrumental de la violencia por personas que se identifican a sí mismas como miembros de un grupo frente a otro grupo o conjunto de individuos, con objeto de lograr objetivos políticos, económicos o sociales. Adopta diversas formas: conflictos armados dentro de los Estados o entre ellos; genocidio, represión y otras violaciones de los derechos humanos; terrorismo; crimen organizado.

Esta clasificación tiene también en cuenta la naturaleza de los actos violentos, que pueden ser físicos, sexuales o psíquicos, o basados en las privaciones o el abandono, así como la

importancia del entorno en el que se producen, la relación entre el autor y la víctima y, en el caso de la violencia colectiva, sus posibles motivos (OPS, 2002).

Para efectos de la presente investigación, se tomará como puntos de referencia las violencias física y sexual, considerando su naturaleza y las violencias social y política, comprendidas dentro del tipo de violencia colectiva; a continuación se presenta la figura 1 la cual hace referencia a la clasificación de la violencia por categorías y por su naturaleza.



**Figura 1. Clasificación de la violencia**

Fuente: (OPS, 2002)

De ahí que para intentar comprender la naturaleza polifacética de la violencia, se recurre a un «*modelo ecológico*». Dicho modelo, que empezó a utilizarse a finales de la década de 1970 para estudiar el maltrato de menores, Bronfrenbrenner (1979) y se aplicó posteriormente a otras áreas de investigación de la violencia, está todavía en fase de desarrollo y perfeccionamiento como instrumento conceptual. Este modelo ayuda a distinguir entre los innumerables factores que influyen en la violencia, al tiempo que proporciona un marco para comprender cómo interactúan. (Véase la figura 2).



**Figura 2. Modelo ecológico para comprender la violencia**

Fuente: (OPS, 2002)

El modelo permite analizar los factores que influyen en el comportamiento (o que aumentan el riesgo de cometer o padecer actos violentos) clasificándolos en cuatro niveles.

1. En el primer nivel se identifican los *factores biológicos* y de la historia personal que influyen en el comportamiento de los *individuos* y aumentan sus probabilidades de convertirse en víctimas o perpetradores de actos violentos. Entre los factores que pueden medirse se encuentran las características demográficas (edad, educación, ingresos), los trastornos psíquicos o de personalidad, las toxicomanías y los antecedentes de comportamientos agresivos o de haber sufrido maltrato.
2. En el segundo nivel se abordan *las relaciones* más cercanas, como las mantenidas con la familia, los amigos, las parejas y los compañeros y se investiga cómo aumentan éstas el riesgo de sufrir o perpetrar actos violentos.
3. En el tercer nivel se exploran *los contextos comunitarios* en los que se desarrollan las relaciones sociales, como las escuelas, los lugares de trabajo y el vecindario y se intenta identificar las características de estos ámbitos que aumentan el riesgo de actos violentos.
4. El cuarto nivel se interesa por los factores de carácter general relativos a la *estructura de la sociedad* que contribuyen a crear un clima en el que se alienta o se inhibe la violencia, como la posibilidad de conseguir armas y las normas sociales y culturales.

Entre éstas se incluyen las que conceden prioridad a los derechos de los padres sobre el bienestar de los hijos, consideran el suicidio una opción personal más que un acto de violencia prevenible, reafirman la dominación masculina sobre las mujeres y los niños, respaldan el uso excesivo de la fuerza policial contra los ciudadanos o apoyan los conflictos políticos.

En este nivel, otros factores más generales son las políticas sanitarias, económicas, educativas y sociales que contribuyen a mantener las desigualdades económicas o sociales entre los grupos de la sociedad.

Así, por ejemplo, un individuo de personalidad agresiva tiene más probabilidades de actuar violentamente en el seno de una familia o una comunidad que acostumbra a resolver los conflictos mediante la violencia que si se encuentra en un entorno más pacífico. El aislamiento social, factor comunitario muy frecuente en el maltrato de ancianos, puede estar influido tanto por factores sociales (por ejemplo, un menor respeto a los ancianos en general) como relacionales (la pérdida de amigos y familiares).

En Honduras, el Instituto Universitario de Democracia, Paz y Seguridad reportó que durante el año 2016 ocurrieron 8,260 *muerres violentas* por causas externas, lo que representa un aumento del 2.8% en relación al 2015. Entre las principales causas de muerte se encuentran en primer lugar los homicidios (5,150), en segundo lugar los eventos de tránsito (IUDPAS, 2016).

Desagregadas según la zona del hecho, se registraron en el área urbana y el restante 30.7% (1,010) corresponde a la zona rural. La vía pública fue el espacio que mayor número de homicidios registró en el monitoreo de 2016, al sumar 1,962 víctimas, le sigue la casa de habitación y similares que alcanzó 389 casos, los solares baldíos sumaron 176 personas, el transporte público y privado acumuló 202 casos en el periodo analizado y las cárceles o centros de menores contabilizaron 13 homicidios.

Mensualmente ocurrieron 429 homicidios y un promedio 14 víctimas diarias durante los fines de semana (viernes a domingo) representando el 51.1% de los mismos y el 80.3% de las víctimas tenían edades comprendidas entre los 15 y 44 años. El 66.7% de los homicidios se presentaron en los departamentos de Francisco Morazán, Yoro, Atlántida y Cortés; 468 mujeres perdieron la vida, en promedio 39 cada mes (IUDPAS, 2016).

Se reportaron 303 víctimas de suicidio a nivel nacional, un promedio mensual de 25 casos, colocándose como quinta causa de muerte externa. Según departamento del hecho, Francisco Morazán mostró mayor incidencia con 62 suicidios; seguido por Cortés con 42 y El Paraíso 24 (IUDPAS, 2016).

El análisis de las cifras del fenómeno suicida reflejó que, los *hombres fueron afectados en mayor proporción* que las mujeres al acumular 78.9% de las víctimas (239 casos), 46% de ellos, utilizaron la asfixia por suspensión como mecanismo. Según grupos de *edad, entre los 20 y 24 años* los hombres tuvieron la mayor incidencia al registrar 36 casos, contrario a ello, las mujeres cuya edad estaba entre los 15 y 19 años sumaron 20 víctimas. Los niños y niñas en edades de 10 a 14 años registraron un total de 12 suicidios y en adultos mayores de 60 años fueron registrados 39 muertes auto infligidas 3.7% del total de muertes (IUDPAS, 2016).

Del total de evaluaciones médico legal realizadas, las *lesiones* representaron el 55.0% (10,636), seguido por los *delitos sexuales* que sumaron el 15.9% (3,075) del total y las mujeres agredidas alcanzaron el 15.5% (3,002). En cuanto a los casos para la determinación de edad, sexo y toma de muestras, entre otros, se contabilizaron el 11.0% (2,136) de las evaluaciones y los *menores maltratados* acumularon el 2.6% que equivalen a 494 casos atendidos De las 494 evaluaciones realizadas a menores maltratados durante 2016, el 53% (262) se practicó a niñas y 47% (232) a niños (IUDPAS, 2016).

Para ambos sexos, la edad de mayor incidencia fue entre los cinco y nueve años al registrar 168 evaluaciones. El comportamiento del maltrato en menores reflejó que, las *niñas son más vulnerables* en cada una de las etapas de vida a diferencia de los niños que a medida avanzaron en edad sufrieron menos maltrato, para el caso, entre los 15 y 17 años se evaluaron 33 niños menos en comparación con las niñas (IUDPAS, 2016).

Las evaluaciones médico legal, por *agresión hacia mujeres y niñas* realizadas por Medicina Forense en 2016, sumaron 3,002. Las más afectadas fueron el grupo etario entre los *15 y 39 años* al acumular el 85.7% (2,574) del total de casos; edad que se suele asociar con la vida reproductiva o económicamente activa de la mujer, sin embargo, los datos reflejan que en términos generales las mujeres son agredidas en cualquier momento de su vida, y que tal vulnerabilidad disminuye a partir de los 45 años (IUDPAS, 2016).

Del total de lesiones evaluadas por Medicina Forense durante 2016, los *agresores conocidos* por las víctimas sumaron 65.1% (6,927). La desagregación de los datos reflejó que, los *victimarios cercanos* sumaron el 45.8% (4,866), seguido de los casos cometidos por otro familiar con 11.1% (1,181), las pajas o ex parejas 389 registros, los hijos y padres/madres de las víctimas contabilizaron 482 y las lesiones autoinfligidas nueve (IUDPAS, 2016).

Las agresiones en las que *agentes policiales/militares estuvieron vinculados* fueron 425 en total. Durante el 2016, clínica forense realizó 3,075 evaluaciones médico legal por *delitos sexuales*. Del total de evaluaciones, 88.5% (2,722) se realizaron a mujeres y 10.7% (328) a hombres. Entre los 10 y 19 años se registró el mayor número de atenciones con 1,955 requerimientos en los que las mujeres sumaron 94.0%. Los niños y niñas menores de 10 años sumaron 608 evaluaciones y las personas de la tercera edad víctimas de delitos sexuales fueron 18 (IUDPAS, 2016).

Las evaluaciones de *delitos sexuales* atendidas por Medicina Forense en 2016, sumaron 3,075 registros. El 75.0% (2,306) de los casos señaló al agresor como conocido y el 25.0% (769) dijo que fue un desconocido. Las variables analizadas revelaron que, los agresores conocidos que no forman parte del círculo familiar de las víctimas acumularon 35.0% (1,076), las parejas o ex parejas 15.9% (488), otros familiares 12.6% (386) y los padres o madres de las víctimas sumaron 342 casos. En el otro extremo, los agresores desconocidos fueron 398, hubo 370 víctimas en las que no se especificó quién fue su atacante y se registró un caso en el que el agresor fue policía/militar (IUDPAS, 2016).

Los registros indican que la Policía Nacional recibió un total de 30,044 denuncias de incidencia delictiva por *delitos contra la propiedad* y *delitos contra la integridad personal*, un promedio mensual de 2,504 denuncias y 84 diarias. De acuerdo con la Dirección Policial de Investigación (DPI) durante el año 2016, en Honduras se registraron 5,041 delitos (IUDPAS, 2016).

*La violencia doméstica* se posicionó como el delito contra la vida con más registros al sumar 2,177 casos que equivalen al 43.2% de la totalidad. En segundo lugar, la categoría de lesiones con 1,101 casos, seguido de la violencia intrafamiliar con 1,057 y violación 580. La muerte violenta de niños en edades comprendidas de 15 a 17 años sumó 59.9%(133) y en ese mismo rango etario murieron 28 niñas que representan el 12.6% de los casos. Los niños y niñas menores de 15 años alcanzaron 60 víctimas (IUDPAS, 2016).

La violencia homicida contra la mujer durante el año 2016, dejó como resultado 368 víctimas cuyo rango de edad más afectado fue de 15 a 39 años con 52.4% del total de los casos, el grupo definido como indeterminado sumó 80 mujeres y los casos registrados en menores de 15 años registraron 21 víctimas que perdieron la vida en escenarios violentos (IUDPAS, 2016).

# **Capítulo IV**

## **Metodología**

## Capítulo IV: Metodología

### 4.1 Tipo de investigación

Estudio de enfoque *cuantitativo*, por la recolección de datos con los que se comprobaron hipótesis, con base en la medición numérica y el análisis estadístico; de alcance *correlacional*, *no experimental* y *corte transversal*; con este se buscó conocer el número de casos de personas, con sintomatología de trastornos mentales en relación con experiencias traumáticas por violencia en adultos del departamento de Yoro, equivalente a obtener una “fotografía” del problema en un punto determinado del tiempo, sin importar su etiología ni cuando lo adquirieron (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 2014).

### 4.2 Participantes, población y muestra

#### a. Caracterización de la población

Ya que se propuso el objetivo de conocer la prevalencia de trastornos mentales a nivel del departamento de Yoro, se tomó como base el XVII Censo de Población y VI de Vivienda elaborado por el INE en el año 2013.

#### b. Marco poblacional

El marco poblacional lo constituyen las 1,972.520 viviendas a nivel nacional, registradas en el XVIII Censo Nacional de Población y VI Vivienda (INE, 2013), de las cuales al departamento de Yoro le corresponden 587,375 con su respectiva segmentación y cartografía. Se trabajó en El Progreso, uno de los 11 municipios de este departamento. La tabla 2, muestra el número de viviendas por cada municipio.

**Tabla 2: Total de viviendas por cada municipio del Departamento de Yoro**

<b>Municipio</b>	<b>Total</b>
El Progreso	191,850
Olanchito	108,422
Yoro	89,996
El Negrito	46,523
Morazán	42,171
Victoria	34,215
Santa Rita	20,576
Yorito	19,824
Sulaco	18,168
Jocón	9,659
Arenal	5,971
<b>Total</b>	<b>587,375</b>

Fuente: (INE, 2013)

### **c. Muestreo**

Partiendo del principio de la fórmula de la tabla 3, se establece una muestra de 300 personas a encuestar:

**Tabla 3: Muestreo proporcional para poblaciones infinitas  $\geq 100,000$** 

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

Fuente: (Bernal, 2010)

### **Fórmula de Muestreo**

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

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

- La muestra estimada para el **departamento de Yoro** fue de 300 personas, con un nivel de confianza del 95%, un error muestral del 5% y la probabilidad que ocurra el fenómeno es de 25% y que no ocurra de 75%, tomando en cuenta que la revisión bibliográfica permitió constatar que en promedio, un 25% de la población está afectada en su salud mental; por lo que se estimó dicha varianza para el cálculo de la muestra (OMS, 2016).
- Para la distribución en el área geográfica implicó la subdivisión del departamento en 2 partes, tomando en cuenta un municipio con población urbana y una zona rural cercana a la cabecera departamental, con alta accesibilidad. A continuación se describen las etapas.

### **Etapa I**

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

Se trabajó con la división geográfica de los 4 cuadrantes de la ciudad (noroeste, noreste, sureste y suroeste), en cada uno se asignó una sub muestra a través del Sistema de Información Geográfica, ARCGIS 10.3 que permitió seleccionar la colonia o barrio con mayor número de viviendas tomando como base los datos del INE del año 2013, según se ilustra en la figura 3.

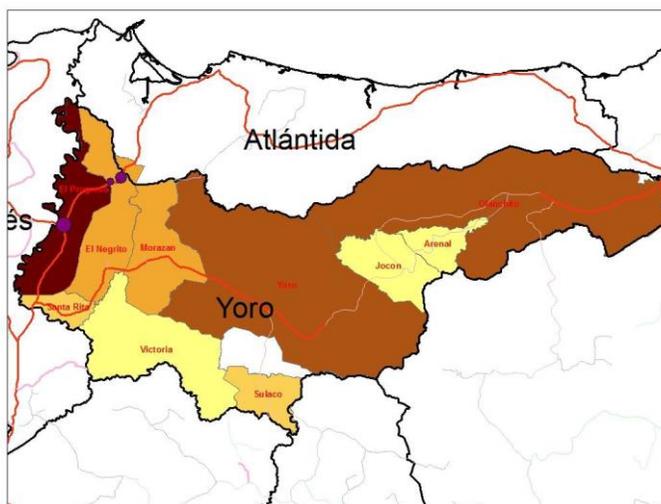


**Figura 3. Mapa de cuadrantes para aplicación de instrumentos.<sup>1</sup>**  
Fuente: (Google, s.f.)

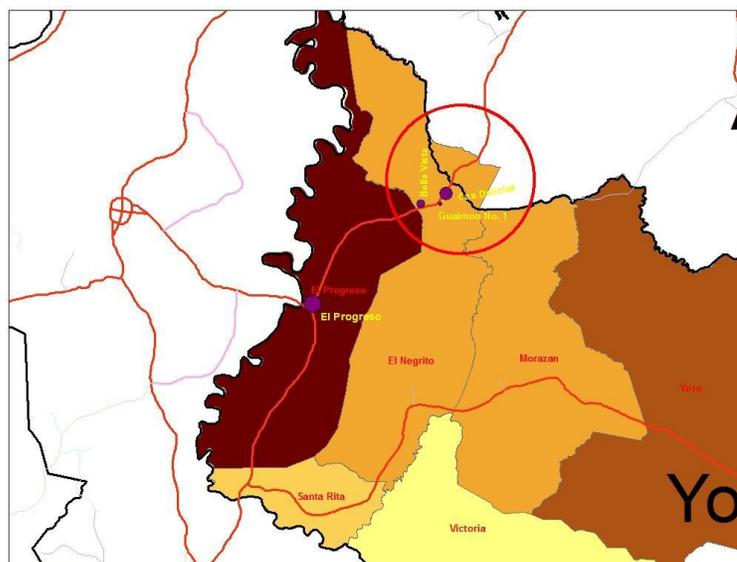
## **Etapa II**

Se seleccionó el municipio de El Negrito, como zona geográfica rural y como elemento conveniente a la investigación se consideraron los siguientes criterios: disponibilidad de una vía de transporte factible y segura; ubicada a una distancia máxima de 45 minutos, que permita ir y venir el mismo día y que tenga un mínimo de 150 viviendas, la figura 4, muestra el área geográfica analizada y la figura 5 muestra los lugares seleccionados para el trabajo de campo.

<sup>1</sup> **Nota:** Los mapas de este documento se crearon con el software ArcGIS® de Esri (Environmental Systems Research Institute, Inc). ArcGIS® y ArcMap™ son propiedad intelectual de Esri y se utilizan aquí bajo licencia. Copyright © Esri. Todos los derechos reservados. Para obtener más información sobre el software Esri®, visite [www.esri.com](http://www.esri.com).



**Figura 4. Mapa del departamento de Yoro**  
Fuente: (Google, s.f.)



**Figura 5. Mapa de lugares seleccionados para trabajo de campo**  
Fuente: (Google, s.f.)

### **Etapa III**

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

Ejemplo:

a.  $300/3=100$

Donde 300 = Total de encuestas a aplicar

2 = # de municipios

150 = # de encuestas por municipio

b. Factor K

$K = \text{\# de viviendas} / \text{\# de casos a ser consultados}$

Ejemplo  $K = 200 / 25 = 8$

200 = # de casas por municipio

25 = # de encuestas en cada lugar (rural o urbano)

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

La tabla 4 indica el detalle de los barrios, colonias y aldea seleccionada, con la información de viviendas muestreadas y la distancia entre cada vivienda encuestada.

**Tabla 4: Colonias seleccionadas para trabajo de campo**

<b>Cuadrantes</b>	<b>Colonias/Área Rural</b>	<b>Viviendas totales (INE 2013)</b>	<b>Viviendas a muestrear</b>	<b>% del total</b>	<b>Factor K</b>
I Cuadrante	Suazo Córdova	873	38	4.4	22
II Cuadrante	Barrio Subirana	228	37	16.2	6
III Cuadrante	Colonia Palermo	1639	38	2.3	43
IV Cuadrante	Colonia Primavera	953	37	3.9	26
Un caserío de El Negrito	Bella Vista, Guaimón No. 1 o Las Delicias	167-423	150	35-89	2
<b>TOTAL</b>			<b>300</b>		

Fuente: Elaboración propia.

#### **Etapa IV**

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

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

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

De la muestra total, se seleccionaron 150 mujeres y 150 hombres, incluyendo población según rangos de edad. Correspondió a 50 mujeres en edad de 18 a 30 años, 50 de 31 a 50 y 50 de 51 en adelante; igual dato en el caso de los hombres. Para llevar un control de esta muestra, se utilizó un cuadro similar a la tabla 5, como se muestra a continuación:

**Tabla 5: Hoja de control de aplicación - Encuestas según edad y sexo**

#	18 – 30 años		31 a 50 años		50 años en adelante	
	H	M	H	M	H	M
1						
2						
3						
Enumerar hasta 50						

Fuente: Elaboración propia.

Con estas etapas se garantiza que todos los sectores de la población estén representados en la muestra seleccionada y así poder hacer generalizaciones, ya que las características de las mismas son comunes.

La tabla 6 hace referencia a la caracterización de la población participante, de aquí se consideraron las variables sociodemográficas de sexo, estado civil, escolaridad y rangos de edad, para realizar análisis de interés para la investigación.

**Tabla 6: Caracterización de la muestra total**

<b>Variable</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b><i>Sexo</i></b>		
Femenino	156	52%
Masculino	144	48%
<b><i>Estado Civil</i></b>		
Soltero	83	27%
Casado	85	28%
Unión Libre	108	36%
Viudo	13	0.04%
Separado	10	0.03%
Divorciado	1	0.003%
<b><i>Ocupación</i></b>		
Profesionales	15	0.05%
Sector Servicio	38	13%
Sector Industria	150	50%
Obreros no calificados	94	31%
Otros	3	0.01%
<b><i>Escolaridad</i></b>		
Ninguna	17	0.06%
Básica	190	63%
Media	83	28%
Universitaria	10	0.03%
<b><i>Religión</i></b>		
Católico	58	19%
Evangélico	141	47%
Ninguna	93	31%
Otra	8	3%
<b><i>Rangos de edad</i></b>		
18 - 30	121	40%
31 - 50	107	36%
51 - 110	72	24%

Fuente: Elaboración propia con base a encuesta de muestra aleatoria de la población adulta del Departamento de Yoro, año 2016.

### **4.3 Hipótesis, Variable e Indicadores.**

#### **4.3.1 Hipótesis**

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

HG: Existe relación entre la prevalencia de sintomatología de trastornos mentales y las experiencias traumáticas por violencia, en la población adulta del departamento de Yoro.

H<sub>0</sub>: No existe relación entre las prevalencia de sintomatología de trastornos mentales y las experiencias traumáticas por violencia, en la población adulta del departamento de Yoro.

H<sub>1</sub>: La población adulta del departamento de Yoro experimenta una prevalencia entre 25 y 35% de posibles trastornos mentales.

H<sub>0</sub>: La población adulta del departamento de Yoro experimenta una prevalencia mayor al 35% de posibles trastornos mentales.

H<sub>2</sub>: La prevalencia de posibles trastornos depresivos alcanza más del 15% en la población adulta del departamento de Yoro.

H<sub>0</sub>: La prevalencia de posibles trastornos depresivos alcanza menos del 15% en la población adulta del departamento de Yoro.

H<sub>3</sub>: La comorbilidad de sintomatología de trastornos mentales es más frecuente en los trastornos de ansiedad y depresión en relación con el trastorno de estrés postraumático, epilepsia, consumo de sustancias psicoactivas, en personas adultas del departamento de Yoro.

H<sub>0</sub>: La comorbilidad de sintomatología de trastornos mentales es menos frecuente en los trastornos de Ansiedad y Depresión en relación con el trastorno de estrés postraumático, epilepsia, consumo de sustancias psicoactivas, en personas adultas del departamento de Yoro.

H<sub>4</sub>: En las mujeres se manifiestan mayores porcentajes de depresión que en los hombres del departamento de Yoro.

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

H<sub>5</sub>: Los porcentajes de sintomatología de trastornos mentales son menos frecuentes en la población casada, en relación con la población soltera del departamento de Yoro.

H<sub>0</sub>: Los porcentajes de sintomatología de trastornos mentales son más frecuentes en la población casada, en relación con la población soltera del departamento de Yoro.

H<sub>6</sub>: La población adulta del departamento de Yoro que presenta mayor porcentaje de sintomatología de trastornos mentales es la comprendida entre los 18 y 30 años de edad en comparación con personas de 31 años en adelante.

H<sub>0</sub>: La población adulta del departamento de Yoro que presenta menor porcentaje de sintomatología de trastornos mentales es la comprendida entre los 18 y 30 años de edad en comparación con personas de 31 años en adelante.

H<sub>7</sub>: Existe mayor porcentaje de sintomatología de trastornos mentales en la población urbana, en relación con la que procede del área rural del departamento de Yoro.

H<sub>0</sub>: Existe menor porcentaje de sintomatología de trastornos mentales en la población urbana, en relación con la que procede del área rural del departamento de Yoro

H<sub>8</sub>: El mayor porcentaje de sintomatología de Trastornos mentales en la población adulta del departamento de Yoro, es la que tiene un nivel de escolaridad básica.

H<sub>0</sub>: El menor porcentaje de sintomatología de Trastornos mentales en la población adulta del departamento de Yoro, es la que tiene un nivel de escolaridad básica

H<sub>9</sub>: La Violencia Política se relaciona con mayor presencia de sintomatología de Trastornos Mentales en comparación con la violencia física, social y sexual en la población adulta del departamento de Yoro.

H<sub>0</sub>: La Violencia Política no se relaciona con mayor presencia de sintomatología de Trastorno Mentales, en comparación con la violencia física, social y sexual, en la población adulta del departamento de Yoro.

#### 4.3.2 Operacionalización de variables

La tabla 7 desarrolla la información respecto a las variables del estudio y la forma en cómo se midieron, con lo que se responde a cada objetivo propuesto en la investigación.

**Tabla 7: Operacionalización de variables**

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL
Trastornos mentales.	Según el DSM-5 (2014), el trastorno mental, es un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo.	Se midió a través de la aplicación del SRQ, a población adulta mayor de 18 años de edad.
Sociodemográficas	Variables sociodemográficas: Según Tejada (2012) son un conjunto de datos de naturaleza social que describen las características de una población a partir de cuyo análisis pueden hacerse interpretaciones de su comportamiento.	Se obtuvo mediante encuesta en la que se solicita información sobre la cantidad de mobiliario y otros aspectos relacionados con la socio demografía.
<i>Experiencias Traumáticas por violencia.</i>	Según el DSM-5 (2014), las experiencias traumáticas por violencia son eventos vividos por sobrevivientes del combate,	Se aplicó El Cuestionario de Trauma de Harvard,

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL
	individuos que enfrentaron otros desastres, tanto de origen natural como inducidos. Incluyen violación, inundaciones, secuestros y accidentes de aviación, así como las amenazas que pueden implicar el secuestro o la toma de rehenes. Los niños pueden cursar con TEPT como consecuencia de una experiencia sexual inapropiada, ya sea que sufran o no lesión. Igualmente quienes se enteraron de algún trauma intenso (o su amenaza) sufrido por alguien cercano— hijos, cónyuges, otros parientes cercanos. Pacientes que se someten a anestesia que hayan tenido conciencia de dolor, ansiedad, indefensión y temor de muerte inminente durante el procedimiento.	Desarrollado por Mollica y colaboradores en 1992, es un cuestionario que consta de cuatro partes; se aplicó la parte I, <i>Inventario de Experiencias Traumáticas</i> que evalúa 16 tipos de traumas a la que la población se expone por violencias. Esta escala fue conceptualizada por expertos. Método de consenso de experiencia clínica y diseñada con cuatro alternativas de respuesta para cada experiencia. En un estudio con 91 refugiados del Sur de Asia el test mostró propiedades estadísticas excelentes; fiabilidad (0.93): fiabilidad test retest (0.89) y consistencia interna con Alfa de Cronbach de 0.90.

**Tabla 7: continuación**

Variables	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Unidad de análisis	Instrumento a utilizar
Trastornos mentales.	a. Ansiedad	a. Ataques de pánico, sudoración, temblores	1-7 y 19 ansiosos	Adultos con edades en los rangos de 18-30, de 31 a 50 y 50 años en adelante.	SRQ
	b. Depresión	b. Estado de ánimo depresivo, pensamientos recurrente de muerte	8-18 y 20 depresivo		
	c. Psicosis *	c. Alucinaciones, delirios	21-24 trastorno psicótico		
	d. Epilepsia **	d. Convulsiones y dolor de cabeza	25 trastorno convulsivo		
	e. Dependencia del alcohol	e. Frecuencia al beber	26-29 alcoholismo		
	f. dependencia a Drogas	f. Frecuencia en el consumo de drogas	30 y 31 drogas		
	g. Estrés	g. Sueños angustiantes	31-34 Estrés postraumático		
	h. Revivir experiencias violentas.	h. Revivir experiencias violentas.			
	i. Evitación (lugares, personas, pensamientos, actividades)	i. Evitación (lugares, personas, pensamientos, actividades)			
	j. sobresalto	j. sobresalto			
Socio-demo gráficas	a. Sexo	-Mujer -Hombre		Adultos con edades en los rangos de 18-30,	Encuesta de datos
	b. Edad	-Adultos con edades en los			

Variables	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Unidad de análisis	Instrumento a utilizar
		rangos de 18-30, de 31 a 50 y 50 años en adelante.		de 31 a 50 y 50 años en adelante.	sociodemográficos
	c) Estado Civil	- Soltero - Casado - Unión libre - Separado - Viudo - Divorciado			
	d) Área de domicilio	- Urbana - Rural			
	c) Nivel educativo	-Primaria -Media -Superior			
Experiencias Traumáticas por violencia	Violencia física	- Exposición a Sustancias tóxicas - Situaciones amenazantes.	1, 20	Adultos con edades en los rangos de 18-30, de 31 a 50 y 50 años en adelante.	I Parte del Cuestionario de trauma de Harvard
	Violencia Social	- Asaltos - Golpes - Amenaza de muerte por alguna enfermedad - Asesinatos - Tortura	2, 3, 4, 12, 16, 17, 18, 19, 21		
	Violencia Sexual	- Violaciones - Intento de violación	5, 6, 7, 8		
	Violencia Política	- Cautiverio - Privación de derechos - Separación forzada de la familia - enfrentamientos entre civiles y militares.	9, 10, 11, 12, 13, 14, 15		

**Notas:** \* Para el presente estudio, no se realizó el análisis del trastorno Psicosis

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

Fuente: Elaboración propia.

#### 4.4 Técnicas de recolección de datos

Los instrumentos previstos para este estudio son de tamización en salud mental, caracterización poblacional y situaciones traumáticas por violencia. Se utilizarán los siguientes instrumentos:

**Escala SRQ:** Sirve para la detección de alteraciones a la salud mental en adultos, diseñado para ser auto-administrado. Es una escala simple y objetiva, fácil de evaluar que cubre aspectos claves de la psicopatología, con preguntas sencillas fáciles de entender. Los Ítems se puntúan con cero y uno, indica que el síntoma está presente o ausente durante los últimos 30 días.

## **Descripción**

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

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

Estas primeras 20 preguntas dicotómicas, fueron seleccionadas de 4 instrumentos: a) The Patient Self –report Symptom Form, b) El Post Graduate Institute Health Questionnaire N2, c) El General Health Questionnaire (GHQ), y d) La Present State Examination (PSE) donde la persona debe contestar “sí” o “no” a la presencia de ciertos síntomas en los últimos 30 días.

El SRQ no pretende ser sustituto o equivalente a un diagnóstico clínico, ya que la naturaleza específica de la perturbación psiquiátrica debe acompañarse de una entrevista clínica y otros instrumentos para dicho diagnóstico. Entre las bondades de las diferentes versiones existentes del SRQ de 20, 28, 30 y hasta 34 preguntas son:

1. Su simplicidad, dado el lenguaje sencillo en que se articulan las preguntas y brevedad en su aplicación ya que no se tarda más de 15 minutos para ser contestadas.

2. Es de fácil aplicación y bajo costo.
3. Permite la identificación de síntomas psiquiátricos.
4. La sencillez del adiestramiento que requiere la persona que lo va a administrar.

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

Los resultados de este estudio confirmaron que el 41% de las mujeres presentó deterioro en su estado de salud mental, manifestada a través de la presencia de síntomas depresivos y ansiosos, así mismo el impacto de la pobreza, las desventajas y desigualdades socioeconómicas, la discriminación y la violencia sexual inciden directamente en esta prevalencia (Bustos, 2007).

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

Por otra parte Puertas, Ríos y del Valle publicaron en el año 2006, los resultados de un estudio transversal donde se entrevistó a una población de 878 personas de 18 años en adelante, las cuales formaban parte de familias desplazadas, que vivían en barrios urbanos marginales en Sincelejo en Sucre (Colombia). El objetivo del estudio fue investigar la prevalencia de trastornos mentales comunes y para tal efecto, se utilizó una versión del SRQ con 30. Los resultados mostraron una prevalencia del 27.7% encontrando serios problemas de consumo de alcohol en la población encuestada (Valle, 2006).

Moncada (2013), llevó a cabo una investigación con 1977 estudiantes de Ciudad Universitaria de la UNAH, para establecer la prevalencia de trastornos mentales en este segmento poblacional. Fueron encuestados con una versión del SRQ, la cual tenía 34 preguntas, ya que se anexó la variable de estrés postraumático medible con tres ítems y el consumo de drogas con uno.

Los resultados reportaron que un 29.9% de los casos consultados, tienen un posible trastorno mental, es decir, 592 estudiantes. Las manifestaciones de ansiedad resultan ser los más relevantes seguidos del abuso de sustancias y la depresión (Moncada, 2013).

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

### **Validación.**

Para esta investigación, el instrumento SRQ fue sometido a un proceso de validación por 5 jueces, profesionales con amplia experiencia en el campo de la salud mental; esta, consistió en el

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

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

Los resultados obtenidos permitieron hacer modificaciones a los ítems 14 y 23 de la siguiente forma, pregunta 14: ¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida? por ¿Siente que es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida? y la pregunta 23: ¿Ha notado interferencias o algo raro en su pensamiento? por ¿Ha notado pensamientos raros que le preocupen?

El segundo método utilizado fue la *Validez de Contenido*, que consistió en valorar cada ítem considerando los criterios de: “es esencial”, “es útil pero no esencial” y “no es necesario”; a continuación, los resultados obtenidos:

El instrumento posee validez de contenido en los ítems 1, 6, 8, 9, 10, 12, 16, 17, 18, 20, 23, 24, 25, 27, 28, 29, 30, 31 y 32 ya que su indicador de Confiabilidad por reactivos fue igual o mayor a 0.80 en promedio, es decir que los jueces lo consideran válido en un 80 por ciento. Asimismo en los ítems 2, 3, 4, 7, 11, 13, 14, 15, 19, 21, 22, 33 y 34; al no presentar un nivel de validez superior a 0.80 se encuentran dentro del rango considerado válido entre el 60 y el 79 por ciento. Y en relación con los ítems 5 y 26 según la opinión de los expertos los consideraron útiles, pero no esenciales en el instrumento al ser aplicados, sin necesidad de ser modificados.

El tercer procedimiento fue la *Validez de Constructo*, con el que cada experto valoró la pertinencia de los ítems en relación con sus dimensiones: Ansiedad, Depresión, Psicosis, Epilepsia, Dependencia al Alcohol y Estrés Postraumático.

Se encontró que las sintomatologías de cada dimensión se manifiestan de la siguiente forma: Ansiedad, en los ítems del 1 al 7 y 19; Depresión, se miden del ítem 8 al 18 y 20 Psicosis, de 21 al 24; Epilepsia únicamente en el ítem 25; Dependencia al alcohol, del 26 al 29 y Estrés post-traumático en los ítems 32, 33 y 34.

Cabe aclarar que la medición del consumo de drogas, tema de interés para esta investigación, se consideraron los ítems 30 y 31, que en la versión original, estaban incluidos en dependencia al alcohol.

Una vez validado y aplicado una prueba piloto, se calculó la *CURVA DE ROC*, (Receiver Operating Characteristic, por sus siglas en inglés) para obtener validación de sensibilidad y especificidad de cada dimensión del SRQ, estableciendo los puntos de corte (nivel de decisión), y con ello se determinó la presencia o ausencia de sintomatología en cada sujeto entrevistado.

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

El procesamiento de datos se llevó a cabo con el paquete estadístico para ciencias sociales – SPSS (siglas en inglés). La tabla 8, presenta los resultados obtenidos:

**Tabla 8: Resultados aplicación Curva de ROC**

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

**Notas:** \* Para el presente estudio, no se realizó el análisis del trastorno Psicosis

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

Fuente: Elaboración propia con base a encuesta de muestra de la prueba piloto.

### ***El Cuestionario de Trauma de Harvard***

Desarrollado por Mollica y colaboradores en 1992, es un cuestionario que consta de cuatro partes, el propósito de la parte I, *Inventario de Experiencias Traumáticas* es evaluar 16 tipos de traumas a la que la población de refugiados ha estado expuesta. Esta escala fue conceptualizada por expertos. Método de consenso de experiencia clínica y diseñada con cuatro alternativas de respuesta para cada experiencia.

En un estudio con 91 refugiados del Sur de Asia el test mostró propiedades estadísticas excelentes, estas han sido demostradas inicialmente en fiabilidad (0.93) y en un test – retest fue de (0.89) y consistencia interna con Alfa de Cronbach de 0.90.

En otro estudio de 30 refugiados asiáticos la escala completa con un test retest de una semana la confiabilidad fue de 0.62, aunque la confiabilidad test retest en los 82 ítems individuales varió de muy pobre (0.23) a excelente (0.90). Algunos ítems presentaron la tendencia a ser respondidos de modo diferente, mientras otros fueron respondidos de un modo más estable.

Para la presente investigación se llevó a cabo una adaptación de la sección utilizada, con el fin de contextualizarla al territorio nacional.

### **Validación**

Se llevó a cabo a través de la validación de expertos: 5 jueces profesionales con experiencia en el tema de violencia; se realizó el análisis de los 20 ítems propuestos inicialmente, mismos que a su vez fueron adaptados del original, ya que este contaba con 16 enunciados planteados como frases indicativas de lo que se deseaba medir, sin embargo poco claras, por ejemplo: “*Asalto Sexual (violación, intento de violación, forzado a ejecutar cualquier tipo de acto sexual bajo amenaza de daño)*”; dichas oraciones se redactaron en forma de preguntas sencillas, de tal forma que la respuesta fuese orientada a una respuesta única, obteniendo un cuestionario de 20 reactivos.

Los métodos de validación fueron Validez de adaptación, de contenido y de constructo, utilizando los mismos criterios y procedimientos que en el proceso de validación del QRS, para el cuestionario de Harvard, solo se mencionarán los resultados obtenidos.

En la *Validez de Adaptación*, se verificó favorablemente un adecuado nivel de adaptabilidad. En la *Validez de Contenido*, se obtuvo un indicador de confiabilidad por reactivo de 1 para los ítems 3, 5, 6, 7, 9, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19 y 20, es decir que los jueces lo consideran válido en un 100 por ciento. De 0.60 para los ítems 2, 4, 8 y 10, se encuentran dentro del rango válido y de 0.20 para el ítem 1. Sin embargo se realizó cambio, únicamente al ítem 7 de la pregunta ¿Alguien le ha forzado a ejecutar cualquier tipo de acto sexual bajo amenaza de daño? Por la pregunta alguien le ha forzado a realizar cualquier tipo de acto sexual, amenazándole con dañarle.

En la *Validez de Constructo*, se logró la valoración de la pertinencia de cada ítem en relación con sus dimensiones: Violencia física, violencia social, violencia sexual y violencia política. Se encontró que las preguntas responden a las dimensiones planteadas, la tabla 9 muestra los ítems correspondientes a cada dimensión.

**Tabla 9: Validez de constructo, según dimensiones**

<b>Dimensión</b>	<b>Ítems</b>
Violencia Física	1. ¿Ha estado expuesto a sustancias tóxicas? (por ejemplo químicos peligrosos, radiación u otro) 20. ¿Ha vivido otra situación que fue amenazante o en que sintió que su vida estaba en peligro?
Violencia Social	2. ¿Alguna vez le han asaltado para robar sus pertenencias sin golpearle? 3. ¿Alguna vez le han asaltado para robar sus pertenencias, golpeándole? 4. ¿Le han asaltado con un arma, donde le hayan disparado, apuñalado, amenazado con un cuchillo, arma u otro? 12. ¿Ha tenido alguna enfermedad o herida que amenazó su vida sin cuidado médico? 16. ¿Alguien de su familia ha sido asesinado? 17. ¿En su familia han experimentado la muerte no natural de familiares o amigos? 18. ¿Ha presenciado el asesinato de extraños o desconocidos? 19. ¿Alguna vez le han torturado? 21. ¿Ha presenciado algún acto de violencia? (ejemplo: pelea, robo, secuestro)
Violencia Sexual	5. ¿Le han abusado sexualmente? 6. ¿Alguien ha intentado abusarle sexualmente? 7. ¿Alguien le ha forzado a realizar cualquier tipo de acto sexual, amenazándole con dañarle? 8. ¿Ha tenido otra experiencia sexual indeseada o desagradable?
Violencia Política	9. ¿Ha visto enfrentamientos entre civiles y militares con golpes de por medio? 10. ¿Se ha enfrentado directamente contra autoridades militares? 11. ¿Alguna vez ha sido secuestrado, detenido y/o rehén? 13. ¿Ha sufrido privación de comida y agua? 14. ¿Se ha visto en la necesidad de pedir o estar en un albergue o refugio? 15. ¿Le ha forzado a separarse de miembros de su familia?

Fuente: Elaboración propia.

### Alfa de Cronbach

Una vez realizados los cambios al instrumento, se procedió a aplicar el método de consistencia interna basado en el alfa de Cronbach, reflejado en la tabla 10, lo que permitió estimar la fiabilidad del instrumento, los cuales miden el mismo constructo o dimensión teórica y se encontró alta correlación, obteniendo 0.80 de confiabilidad.

**Tabla 10: Estadísticas de Fiabilidad**

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	N de elementos
.805	.816	21

Fuente: Elaboración propia.

### 4.5 Procedimiento

Se formó un grupo de 12 maestrantes de la Maestría en Psicología Clínica de la UNAH para emprender el estudio a nivel nacional y se dividió por departamentos, este estudio específicamente es en el departamento de Yoro, con el objetivo de conocer la prevalencia de los trastornos mentales en relación con experiencias traumáticas por violencia.

El procedimiento de trabajo se dividió en las siguientes fases:

1. Revisión bibliográfica para determinar relevancia del tema.
2. Búsqueda de instrumentos de medición
3. Aplicación de pruebas pilotos y distribución de matrices entre expertos para validación de instrumentos, estas se realizaron en Tegucigalpa, específicamente en la comunidad de Villa Nueva, ubicada al oriente de la ciudad.
4. Adaptación de instrumentos de medición, con base a los resultados obtenidos en el proceso de validación.
5. Definición de la muestra con la asesoría de experto en la materia

6. Aplicación de instrumentos en campo: se capacitó a un equipo de 3 personas estudiantes universitarios, 2 locatarios en la ciudad del Progreso, Yoro y uno de Tegucigalpa; posteriormente se procedió al levantamiento de los datos, los 3 encuestadores recopilaron información tanto en el área urbana como en el área rural.
7. Se pidió a cada participante responder al cuestionario SRQ y la parte I del Cuestionario de Trauma de Harvard con el propósito de conocer los eventos traumáticos vivenciados y sus efectos en la salud mental de cada uno. Los datos demográficos fueron recogidos en la parte inicial de los cuestionarios; esto, se llevó a cabo en el mes de junio de 2016.
8. Se realizó el análisis estadístico de los datos recopilados, usando como herramienta principal, el SPSS, con el que se hicieron los cruces respectivos, se obtuvieron las estadísticas descriptivas y la estadística inferencial; lo que permitió hacer la comprobación de hipótesis y contrastación con la teoría disponible.
9. Elaboración del informe del estudio a partir de los datos encontrados.

# **Capítulo V**

## **Resultados de la Investigación**

## **Capítulo V: Resultados de la Investigación.**

El presente capítulo contiene los principales hallazgos del estudio, expuestos a través de gráficas y tablas respectivamente. Se hace uso de estadísticas descriptivas e inferencial como técnica para la interpretación de los resultados de la investigación.

### **5.1 Prevalencia de sintomatología de trastornos mentales en relación con experiencias traumáticas por violencia**

La tabla 11 muestra el coeficiente de correlación de sintomatología de posibles trastornos mentales cuyo desarrollo podría deberse en parte, a las experiencias traumáticas por el fenómeno de la violencia, vivida por la población del departamento de Yoro. Se observa una correlación directa ( $\rho = 0.335$ ,  $p \leq 0.05$ ).

Dicha correlación indica que en la medida que la población vive experiencias traumáticas producto de los distintos tipos de violencia según quien la ejerce, la salud mental se ve considerablemente afectada, mediante el desarrollo de sintomatología de posibles trastornos mentales. (Ver tabla 11)

Por lo anterior, se rechaza la hipótesis nula. HG: A mayor cantidad de experiencias traumáticas producidas por violencia, mayor prevalencia de sintomatología de trastornos mentales, en la población adulta del departamento de Yoro.

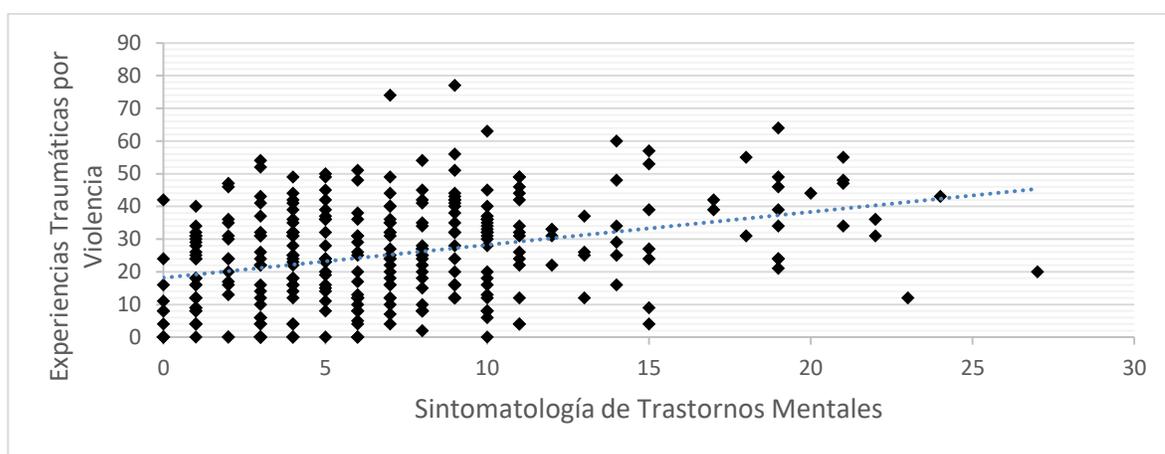
La figura 6 muestra la dirección y dispersión respectiva de la correlación entre ambas variables.

**Tabla 11: Correlación de Spearman, experiencias traumáticas por violencia**

	N	Media	Desviación estándar	Correlación de Spearman	Sig. (bilateral)
Sumatoria SRQ		7.15	5.214		
Experiencias Traumáticas	300	25.36	15.562	.335**	.000

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

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



**Figura 6. Síntomatología de trastornos mentales y experiencias traumáticas por violencia**

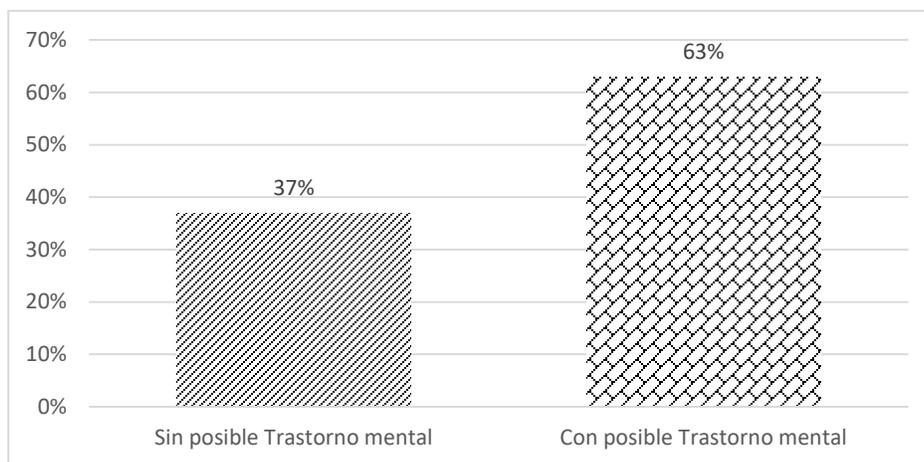
Fuente: Elaboración propia en base a encuesta de una muestra aleatoria de la población adulta del Departamento de Yoro, año 2016.

## 5.2 Prevalencia global de trastornos mentales

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

En lo que respecta al análisis de los posibles trastornos mentales en la figura 7, se estima que el 63% de la población adulta del departamento de Yoro, presentan sintomatología de posible

trastorno mental, en comparación con un 37 % que no presenta sintomatología. Dado que los resultados superan el porcentaje en relación con la hipótesis de trabajo  $H_1$ , que planteaba que se encontraría una prevalencia entre 25 y 35% de posibles trastornos mentales, se acepta la hipótesis nula.



**Figura 7. Prevalencia global de posibles trastornos mentales en Yoro**

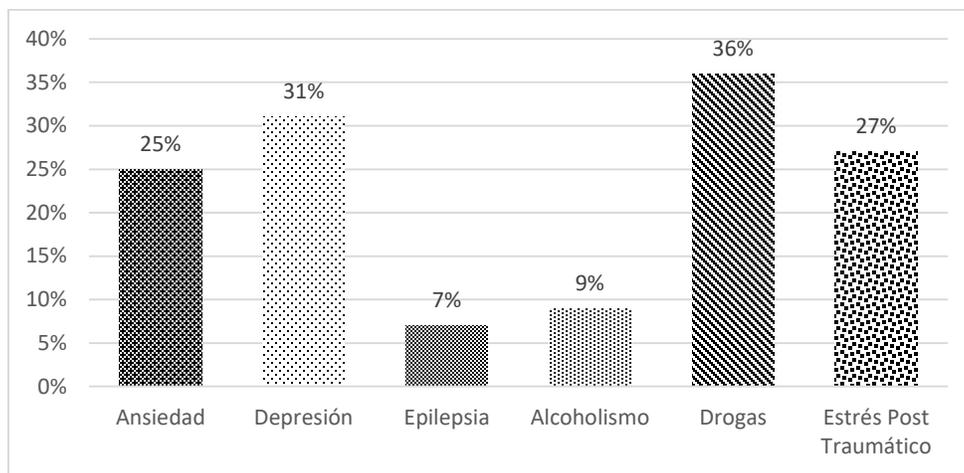
Fuente: Elaboración propia con base a encuesta de muestra aleatoria de la población adulta del Departamento de Yoro, año 2016.

### **5.2.1 Trastornos mentales de mayor prevalencia en la población adulta del departamento de Yoro.**

Se muestran los porcentajes de sintomatología encontrados por cada trastorno, particularmente se evidencian los hallazgos en cuanto al *trastorno de depresión*, que responde a uno de los objetivos de investigación.

La figura 8, refleja que en sintomatología, el trastorno de mayor prevalencia en la población de Yoro, es el *consumo de drogas* con un 36%, seguido de la *depresión* con un 31%, y en tercer lugar el *estrés postraumático* con un 27%, siendo el de menor prevalencia la *epilepsia* 7%. Los datos encontrados favorecen el rechazo de la hipótesis nula;  $H_2$ : La prevalencia de posibles

*trastornos depresivos* alcanza más del 15% en la población adulta del departamento de Yoro. ( $\chi^2 = 80.398, P < 0.05$ ).



**Figura 8. Trastornos mentales de mayor prevalencia en Yoro**

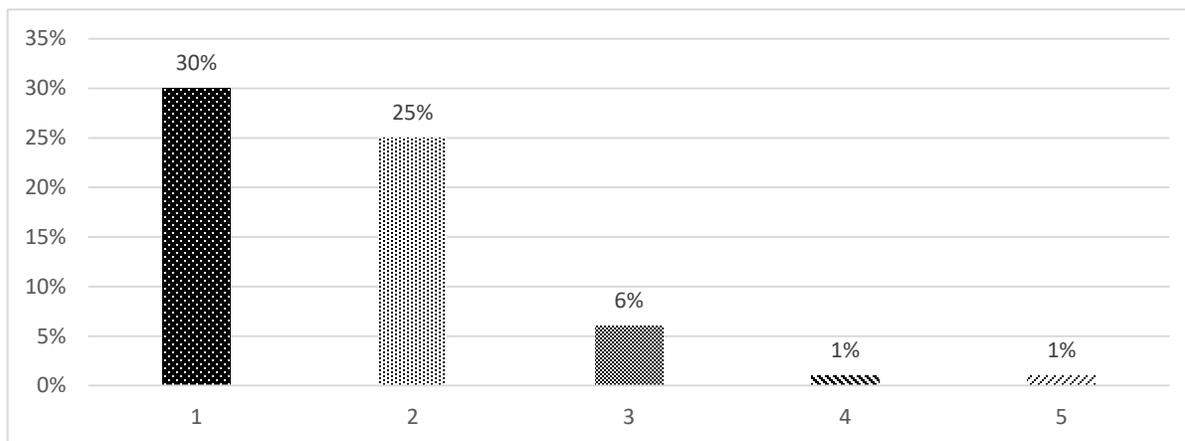
Fuente: Elaboración propia con base a encuesta de una muestra aleatoria de la población adulta del Departamento de Yoro, año 2016.

### **5.3 Comorbilidad global de posibles trastornos mentales de la población adulta del departamento de Yoro.**

El análisis de la comorbilidad refleja que la población podría estar padeciendo sintomatología de más de un trastorno mental; según estos hallazgos, pueden estar presentes una combinación de síntomas de dos, tres, cuatro y hasta cinco trastornos mentales.

Estos datos son alarmantes, en vista de las afecciones directas a la persona, en el ámbito social, laboral, familiar, psicológico y demás efectos colaterales.

La figura 9 indica que del 63% (189 sujetos) con sintomatología de trastornos mentales, un 30% de esta población (89 sujetos) obtienen puntuaciones indicadoras de sintomatología de al menos un trastorno; asimismo un 1% (3 sujetos) presentan de forma simultánea 4 y 5 trastornos mentales.



**Figura 9. Comorbilidad global de trastornos mentales**

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

### **5.3.1 Comorbilidad de trastornos específicos en la población estudiada.**

Con la disponibilidad de la información por los datos recopilados, fue posible conocer a detalle sobre las combinaciones de sintomatología manifestada por la población, en cuanto a los trastornos mentales estudiados.

La tabla 12 muestra los resultados de la comorbilidad de trastornos específicos: 46 personas (15%) obtuvieron puntuaciones indicadoras de la presencia de sintomatología de depresión y ansiedad. Además se encontró que 6 sujetos (2%) presentaron sintomatología de depresión, ansiedad, uso de drogas y estrés postraumático simultáneamente. La H3 plantea: La comorbilidad de sintomatología de trastornos mentales es más frecuente en los trastornos de ansiedad y depresión en relación con el trastorno de estrés postraumático, epilepsia, consumo de sustancias

psicoactivas, en personas adultas del departamento de Yoro, considerando los hallazgos, se rechaza la hipótesis nula.

**Tabla 12: Comorbilidad de trastornos específicos**

#	Resultados de Comorbilidad	N	Porcentaje
1	Depresión y Ansiedad	46	15%
2	Depresión y Drogas	39	13%
3	Depresión y Estrés Postraumático	37	12%
4	Ansiedad y Estrés Postraumático	30	10%
5	Drogas y Estrés Postraumático	29	10%
6	Ansiedad y Drogas	24	8%
7	Depresión, Ansiedad y Estrés Postraumático	22	7%
8	Depresión-Drogas y Estrés Postraumático	14	5%
9	Depresión, Ansiedad y Drogas	15	5%
10	Depresión, Ansiedad, Drogas y Estrés Postraumático	6	2%

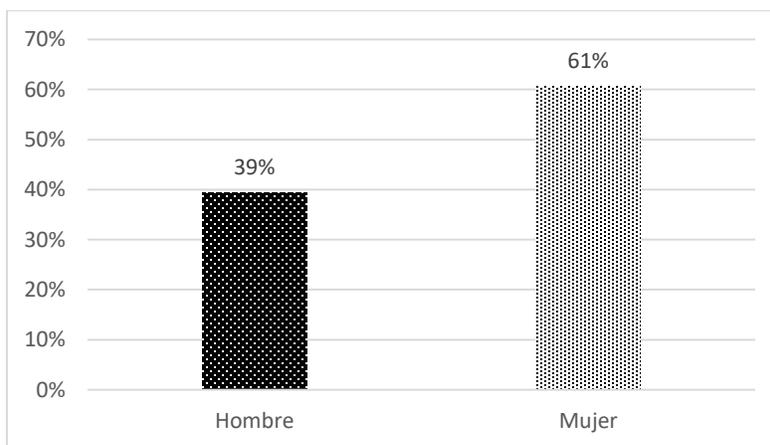
Fuente: Elaboración propia con base a encuesta de una muestra aleatoria de la población adulta del Departamento de Yoro, año 2016.

#### **5.4 Sintomatología de *depresión* según sexo, en la población adulta del departamento de Yoro.**

De acuerdo a la revisión bibliográfica y estudios realizados; se observó que particularmente la depresión es uno de los trastornos de mayor prevalencia; además es más frecuente en las mujeres que en los hombres (OMS, 2013), razón por la que se ha realizado el análisis de presencia de sintomatología de depresión en relación con el sexo.

La figura 10 estima que hay un porcentaje mayor de mujeres con sintomatología de depresión, la H4 plantea que hay mayor porcentaje de mujeres con sintomatología de depresión. La relación entre este trastorno y el sexo de las personas es estadísticamente significativa ( $\chi^2 = 4.09$ ,  $P < 0.05$ ), por lo que se rechaza la hipótesis nula.

Hallazgo reforzado por lo que sostiene (Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, 2014): La prevalencia e incidencia de los trastornos depresivos es mayor en mujeres que en hombres, comenzando en la adolescencia y manteniéndose en la edad adulta. Además, se estima que la carga de la depresión es 50% más alta en las mujeres que en los hombres. El estado civil influye en desarrollar depresión; siendo los solteros, viudos y divorciados los más propensos a padecerla. También se observa que la exposición a adversidades a lo largo de la vida está implicada en el comienzo de trastornos depresivos y ansiosos

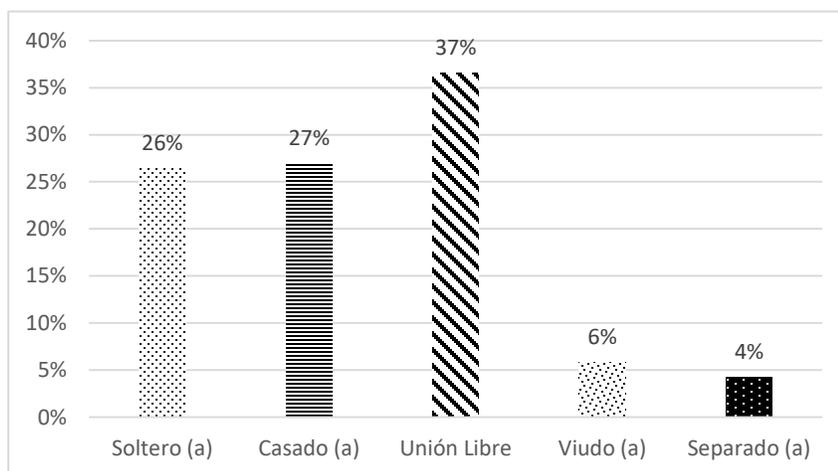


**Figura 10. Sintomatología de depresión según sexo**

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

#### **5.4.1 Sintomatología de trastornos mentales según estado civil**

La figura 11, muestra que de la población con sintomatología de trastornos mentales (63%), según el estado civil, el 37% están en unión libre, en contraste con las personas separadas con 4%. Sin embargo no es estadísticamente significativo la presencia de posibles trastornos mentales en relación con el *estado civil*, por tanto se acepta la hipótesis nula. ( $\chi^2 = 6.184$ ,  $P > 0.05$  (0.289)).

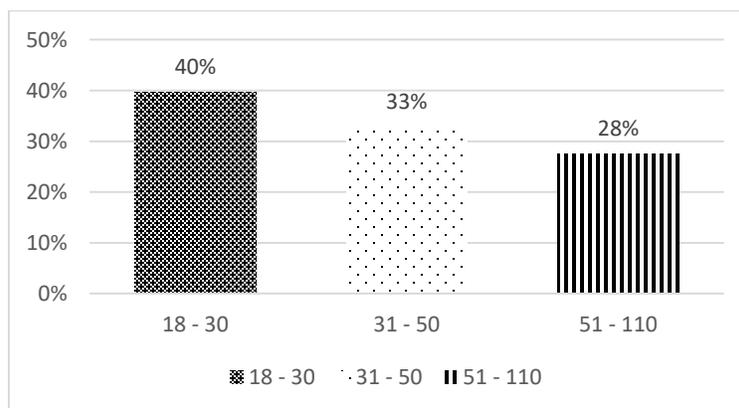


**Figura 11. Sintomatología de trastornos mentales según estado civil**

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

#### 5.4.2 Sintomatología de trastornos mentales según rangos de edad

La figura 12 muestra que la población con sintomatología de trastornos mentales, concentra su mayor porcentaje en las personas con edades entre 18 y 30 años, con un 40%, sin embargo no es estadísticamente significativa. H6: La población adulta del departamento de Yoro que presenta mayor porcentaje de sintomatología de trastornos mentales es la comprendida entre los 18 y 30 años de edad en comparación con personas de 31 años en adelante.

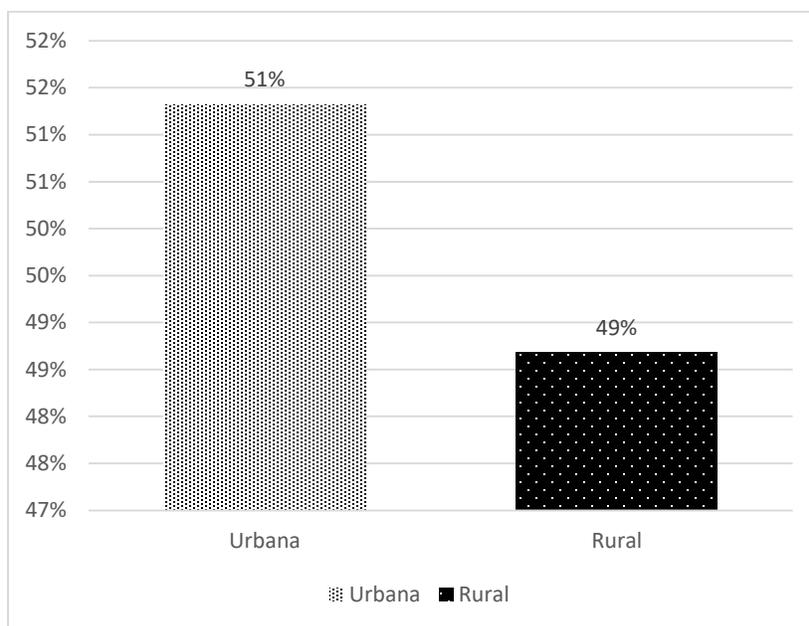


**Figura 12. Sintomatología de trastornos mentales según rangos de edad**

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

### 5.4.3 Prevalencia de trastornos mentales según área de procedencia

Según describe la figura 13, de la población con sintomatología de trastornos mentales, el 51% se ubica en el área urbana y el 49% en el área rural. Estadísticamente no es significativo al relacionar la sintomatología de trastornos mentales con el área de procedencia, por tanto se acepta la hipótesis nula. ( $\chi^2 = 0.358$ ,  $P > 0.05$  (0.550)), H7: Existe mayor porcentaje de sintomatología de trastornos mentales en la población urbana, en relación con la que procede del área rural del departamento de Yoro.



**Figura 13. Sintomatología de trastornos mentales según área de procedencia**

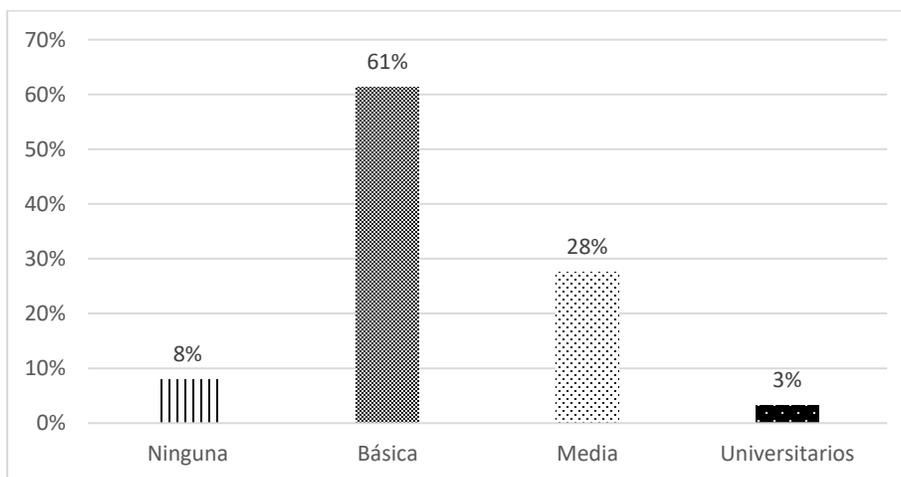
Fuente: Elaboración propia en base a encuesta de una muestra aleatoria de la población adulta del Departamento de Yoro, año 2016.

### 5.4.4 Prevalencia de trastornos mentales según escolaridad

Con base a los resultados obtenidos, la figura 14 indica que la población con sintomatología de trastornos mentales, tiene mayor concentración en las personas con un nivel de escolaridad básica con un 61% y un 3% son de nivel universitario.

Los resultados no son estadísticamente significativos al relacionar la sintomatología de trastornos mentales con el nivel de escolaridad, por tanto se acepta la hipótesis nula, ( $\chi^2 = 4.996$ ,  $P > 0.05$  (0.172)). H8: El mayor porcentaje de sintomatología de Trastornos mentales en la población adulta del departamento de Yoro, es la que tiene un nivel de escolaridad básica.

Sin embargo, cabe destacar que descriptivamente si se refleja mayor porcentaje de sintomatología de trastornos mentales en la población con un nivel básico, es decir, población que cursó únicamente educación primaria, ya sea completa o incompleta.



**Figura 14. Sintomatología de trastornos mentales y nivel de escolaridad**

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

### 5.5 Resultados de sintomatología de trastornos mentales en relación con tipos de violencia

A continuación se presentan detalles de los resultados obtenidos, tomando en cuenta los tipos de violencia y sintomatología de trastornos mentales, dados los datos recopilados en este estudio.

La tabla 13 refleja los tipos de violencia que posiblemente estén contribuyendo en el desencadenamiento de sintomatología de trastornos mentales en la población adulta del departamento de Yoro.

**Tabla 13: Trastornos mentales y tipos de violencia**

Tipo de violencia	Depresión			Ansiedad			Epilepsia			Alcoholismo			Drogas			EPT		
	F	%	$\chi^2$	F	%	$\chi^2$	F	%	$\chi^2$	F	%	$\chi^2$	F	%	$\chi^2$	F	%	$\chi^2$
Física	32	34%	.078	26	35%	.083	6	27%	.995	12	44%	0.36	<b>37</b>	<b>34%</b>	<b>.044</b>	<b>33</b>	<b>41%</b>	<b>.001</b>
Social	34	39%	.079	26	35%	.207	4	18%	.233	8	30%	.972	37	34%	.160	30	37%	.061
Sexual	12	13%	0.08	<b>10</b>	<b>14%</b>	<b>.011</b>	1	4.5%	.639	2	7%	.931	6	6%	.462	7	9%	.474
Política	<b>23</b>	<b>24%</b>	<b>0.01</b>	15	20%	.093	4	18%	.593	7	26%	.072	21	19	.058	<b>17</b>	<b>21%</b>	<b>.039</b>

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

Se aprecia claramente que la *violencia política* podría estar contribuyendo en el desarrollo de sintomatología de *depresión* y *estrés postraumático* en la población; ya que de 94 personas con sintomatología de *depresión*, el 24% (23 sujetos) ( $\chi^2 = 11.45$ ,  $P > 0.05$  (0.01)), y 80 personas con sintomatología de *estrés postraumático*, el 21% (17 sujetos) ( $\chi^2 = 4.25$ ,  $P > 0.05$  (0.4)), manifestaron haber sufrido alguna situación de violencia política.

Por otra parte, se encontró que la violencia física podría estar asociada al desarrollo de sintomatología de consumo de drogas y estrés postraumático, dado que de 108 personas con sintomatología de consumo de drogas, el 34% (37 sujetos),  $\chi^2 = 4.08$ ,  $P > 0.05$  (0.04)) y de 80 personas con sintomatología de estrés postraumático, el 41% (33 sujetos), ( $\chi^2 = 10.64$ ,  $P > 0.05$  (0.01)), manifestaron haber sufrido alguna situación de violencia física.

En relación con la violencia sexual, se encontró que probablemente incide en el desarrollo de sintomatología de trastorno de ansiedad, en vista que de 74 de las personas con sintomatología de ansiedad, el 14% (10 sujetos), ( $\chi^2 = 6.40$ ,  $P > 0.05$  (0.01)), manifestaron haber sufrido alguna situación de violencia sexual.

### 5.5.1 Relación entre trastornos mentales, tipos de violencia y las variables sociodemográficas

A continuación se presentan resultados que permiten visualizar las relaciones entre la presencia de sintomatología de trastornos mentales (depresión, ansiedad, uso de drogas, trastornos de estrés postraumático), tipos de violencia (física, social, sexual y política) y variables sociodemográficas (sexo, rangos de edad, nivel de escolaridad y estado civil).

La tabla 14, revela una estadística significativa en cuanto a la relación entre la presencia de sintomatología de trastornos mentales, el haber sufrido *violencia física*, ser mujeres ( $\chi^2=0.001$ ), con un nivel de escolaridad básico ( $\chi^2=0.003$ ); en edades entre 18 a 30 años de edad ( $\chi^2=0.028$ ).

**Tabla 14: Relación entre trastornos mentales, violencia física y variables sociodemográficas.**

Variables Sociodemográficas	Violencia Física											
	Sintomatología de trastornos mentales											
	F	%	$\chi^2$	F	%	$\chi^2$	F	%	$\chi^2$	F	%	$\chi^2$
Escolaridad	Ninguna			<b>Básica</b>			Media			Universitaria		
	5	33%	0.331	<b>31</b>	<b>27%</b>	<b>0.031</b>	23	44%	0.169	3	50%	0.429
Estado Civil	Soltero (a)			Casado (a)			Unión Libre			Separado		
	17	34.0%	0.209	19	37%	0.052	20	29%	0.112	7	36%	0.305
Rango de Edad	<b>18 - 30</b>			31 - 50			51 - 110					
	<b>29</b>	<b>39%</b>	<b>0.028</b>	18	29%	0.104	15	29%	0.446			
Sexo	Hombre			<b>Mujer</b>								
	30	35.0%	0.42	<b>32</b>	<b>31%</b>	<b>0.001</b>						

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

La tabla 15 destaca que la población con sintomatología de trastornos mentales y que han sufrido *violencia social*, tiene un nivel de escolaridad básico ( $\chi^2=0.004$ ).

**Tabla 15: Relación entre trastornos mentales, violencia social y variables sociodemográficas**

Variables Sociodemográficas	Violencia Social											
	Sintomatología de trastornos mentales											
	F	%	$\chi^2$	F	%	$\chi^2$	F	%	$\chi^2$	F	%	$\chi^2$
Escolaridad	Ninguna			<b>Básica</b>			Media			Universitaria		
	6	40%	0.266	<b>37</b>	<b>32%</b>	<b>0.004</b>	19	37%	0.625	1	17%	0.26
Estado Civil	Soltero (a)			Casado (a)			Unión Libre			Separado		
	17	34%	0.209	16	31%	0.924	20	29%	0.112	6	45%	0.224
Rango de Edad	18 - 30			31 - 50			51 - 110					
	25	33%	0.056	23	37%	0.375	15	29%	0.446			
Sexo	Hombre			Mujer								
	31	36%	0.161	32	31%	0.143						

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

La tabla 16 muestra la significancia estadística en la población con sintomatología de trastornos mentales y que han sufrido *violencia política*, destacan las mujeres ( $\chi^2=0.004$ ), en unión libre ( $\chi^2=0.002$ ) y solteros ( $\chi^2=0.026$ ) y en edades entre 18 a 30 años ( $\chi^2=0.016$ ).

**Tabla 16: Relación entre trastornos mentales, violencia política y variables sociodemográficas**

Variables Sociodemográficas	Violencia Política											
	Síntomatología de trastornos mentales											
	F	%	$\chi^2$	F	%	$\chi^2$	F	%	$\chi^2$	F	%	$\chi^2$
Escolaridad	Ninguna			Básica			Media			Universitaria		
	5	33%	0.331	22	19%	0.008	8	15%	0.458	1	17%	0.389
Estado Civil	Soltero (a)			Casado (a)			Unión Libre			Separado		
	10	20%	0.026	6	12%	0.692	15	22%	0.002	5	36%	0.305
Rango de Edad	18 - 30			31 - 50			51 - 110					
	15	20%	0.016	11	18%	0.094	10	19%	0.347			
Sexo	Hombre			Mujer								
	18	21%	0.11	18	18%	0.04						

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

A continuación se presenta una tabla que resume los principales resultados del estudio, considerando las hipótesis planteadas, prueba estadística aplicada y la decisión respectiva, ver tabla 17.

**Tabla 177: Resumen de resultados de la investigación**

Hipótesis	Resultado	Prueba estadística	Decisión estadística
HG: Existe relación entre la prevalencia de sintomatología de trastornos mentales y las experiencias traumáticas por violencia, en la población adulta del departamento de Yoro.	Se observa una correlación directa, indica que en la medida que la población vive experiencias traumáticas producto de los distintos tipos de violencia ejercida por diferentes actores, la salud mental se ve considerablemente afectada, mediante el desarrollo de sintomatología de posibles trastornos mentales.	$\rho = 0.335$ , $p \leq 0.05$ .	Se rechaza la hipótesis nula
H <sub>0</sub> : No existe relación entre las prevalencias de sintomatología de trastornos mentales y las experiencias traumáticas por violencia, en la población adulta del departamento de Yoro.			

Hipótesis	Resultado	Prueba estadística	Decisión estadística
H <sub>1</sub> : La población adulta del departamento de Yoro experimenta una prevalencia entre 25 y 35% de posibles trastornos mentales. H <sub>0</sub> : La población adulta del departamento de Yoro experimenta una prevalencia mayor al 35% de posibles trastornos mentales.	63% de la población adulta del departamento de Yoro, presentan sintomatología de posible trastorno mental, en comparación con un 37 % que no presenta sintomatología	Estadística descriptiva	Se acepta la hipótesis nula
H <sub>2</sub> : La prevalencia de posibles trastornos depresivos alcanza más del 15% en la población adulta del departamento de Yoro. H <sub>0</sub> : La prevalencia de posibles trastornos depresivos alcanza menos del 15% en la población adulta del departamento de Yoro.	En sintomatología, el trastorno de mayor prevalencia en la población de Yoro, es el <i>consumo de drogas</i> con un 36%, seguido de la <i>depresión</i> con un 31%, y en tercer lugar el <i>estrés postraumático</i> con un 27%, siendo el de menor prevalencia la <i>epilepsia</i> 7%.	( $\chi^2 = 80.398$ , P<0.05)	Se rechaza la hipótesis nula
H <sub>3</sub> : La comorbilidad de sintomatología de trastornos mentales es más frecuente en los trastornos de ansiedad y depresión en relación con el trastorno de estrés postraumático, epilepsia, consumo de sustancias psicoactivas, en personas adultas del departamento de Yoro.	63% (189 sujetos) con sintomatología de trastornos mentales, un 30% de esta población (89 sujetos) obtienen puntuaciones indicadoras de sintomatología de al menos un trastorno; asimismo un 1% (3 sujetos) presentan de forma simultánea 4 y 5 trastornos mentales.	Estadística descriptiva:	Se rechaza la hipótesis nula
H <sub>0</sub> : La comorbilidad de sintomatología de trastornos mentales es menos frecuente en los trastornos de Ansiedad y Depresión en relación con el trastorno de estrés postraumático, epilepsia, consumo de sustancias	La comorbilidad de trastornos específicos: 46 personas (15%) obtuvieron puntuaciones indicadoras de la presencia de sintomatología de depresión y ansiedad. Además se encontró que 6	Estadística descriptiva	

Hipótesis	Resultado	Prueba estadística	Decisión estadística
psicoactivas, en personas adultas del departamento de Yoro.	sujetos (2%) presentaron sintomatología de depresión, ansiedad, uso de drogas y estrés postraumático simultáneamente		
H <sub>4</sub> : En las mujeres se manifiestan mayores porcentajes de depresión que en los hombres del departamento de Yoro.	Un porcentaje mayor de mujeres con sintomatología de depresión	$(\chi^2 = 4.09, P < 0.05)$	Se rechaza la hipótesis nula
H <sub>0</sub> : En las mujeres se manifiestan menores porcentajes de depresión que en los hombres del departamento de Yoro.			
H <sub>5</sub> : Los porcentajes de sintomatología de trastornos mentales son menos frecuentes en la población casada, en relación con la población soltera del departamento de Yoro.	De la población con sintomatología de trastornos mentales (63%), según el estado civil, el 37% están en unión libre, en contraste con las personas separadas con 4%	$(\chi^2 = 6.184, P > 0.05 (0.289))$ .	Se acepta la hipótesis nula
H <sub>0</sub> : Los porcentajes de sintomatología de trastornos mentales son más frecuentes en la población casada, en relación con la población soltera del departamento de Yoro.			
H <sub>6</sub> : La población adulta del departamento de Yoro que presenta mayor porcentaje de sintomatología de trastornos mentales es la comprendida entre los 18 y 30 años de edad en comparación con personas de 31 años en adelante.	la población con sintomatología de trastornos mentales, concentra su mayor porcentaje en las personas con edades entre 18 y 30 años	$\chi^2$	Se acepta la hipótesis nula
H <sub>0</sub> : La población adulta del departamento de Yoro que presenta menor porcentaje de sintomatología de trastornos mentales es la comprendida			

Hipótesis	Resultado	Prueba estadística	Decisión estadística
entre los 18 y 30 años de edad en comparación con personas de 31 años en adelante.			
H <sub>7</sub> : Existe mayor porcentaje de sintomatología de trastornos mentales en la población urbana, en relación con la que procede del área rural del departamento de Yoro.	De la población con sintomatología de trastornos mentales, el 51% se ubica en el área urbana y el 49% en el área rural	( $\chi^2 = 0.358$ , $P > 0.05$ (0.550)) No es estadísticamente significativo	Se acepta la hipótesis nula
H <sub>0</sub> : Existe menor porcentaje de sintomatología de trastornos mentales en la población urbana, en relación con la que procede del área rural del departamento de Yoro			
H <sub>8</sub> : El mayor porcentaje de sintomatología de Trastornos mentales en la población adulta del departamento de Yoro, es la que tiene un nivel de escolaridad básica.	la población con sintomatología de trastornos mentales, tiene mayor concentración en las personas con un nivel de escolaridad básica con un 61% y un 3% son de nivel universitario	( $\chi^2 = 4.996$ , $P > 0.05$ (0.172))	Se acepta la hipótesis nula
H <sub>0</sub> : El menor porcentaje de sintomatología de Trastornos mentales en la población adulta del departamento de Yoro, es la que tiene un nivel de escolaridad básica			
H <sub>9</sub> : La Violencia Política se relaciona con mayor presencia de sintomatología de Trastornos Mentales en comparación con la violencia física, social y sexual en la población adulta del departamento de Yoro.	La <i>violencia política</i> podría estar contribuyendo en el desarrollo de sintomatología de <i>depresión</i> y <i>estrés postraumático</i> en la población; ya que de 94 personas con sintomatología de <i>depresión</i> , el 24% (23 sujetos) y 80 personas con sintomatología de <i>estrés postraumático</i> , el 21% (17 sujetos) manifestaron	( $\chi^2 = 11.45$ , $P > 0.05$ (0.01)) de violencia política y depresión  ( $\chi^2 = 4.25$ , $P > 0.05$ (0.4)), Violencia política y estrés postraumático.	Se rechaza la hipótesis nula.

Hipótesis	Resultado	Prueba estadística	Decisión estadística
H <sub>0</sub> : La Violencia Política no se relaciona con mayor presencia de sintomatología de Trastorno Mentales, en comparación con la violencia física, social y sexual, en la población adulta del departamento de Yoro.	<p>haber sufrido alguna situación de violencia política.</p> <p>Por otra parte, se encontró que la violencia física podría estar asociada al desarrollo de sintomatología de consumo de drogas y estrés postraumático, dado que de 108 personas con sintomatología de consumo de drogas, el 34% (37 sujetos), y de 80 personas con sintomatología de estrés postraumático, el 41% (33 sujetos), manifestaron haber sufrido alguna situación de violencia física.</p> <p>En relación con la violencia sexual, se encontró que probablemente incide en el desarrollo de sintomatología de trastorno de ansiedad, en vista que de 74 de las personas con sintomatología de ansiedad, el 14% (10 sujetos), (<math>\chi^2 = 6.40</math>, <math>P &gt; 0.05</math> (0.01)), manifestaron haber sufrido alguna situación de violencia sexual</p>	<p><math>\chi^2 = 4.08</math>, <math>P &gt; 0.05</math> (0.04))</p> <p>Violencia física-consumo de drogas.</p> <p>(<math>\chi^2 = 10.64</math>, <math>P &gt; 0.05</math> (0.01))</p> <p>Violencia física y estrés postraumático.</p>	Se rechaza la hipótesis nula.

Fuente: Elaboración propia con base a encuesta de una muestra aleatoria de la población adulta del Departamento de Yoro, año 2016

# **Capítulo VI**

## **Discusión de los Resultados**

## Capítulo VI: Discusión de los Resultados

La población participante en el estudio estuvo caracterizada *socio demográficamente* por 156 mujeres (52%) y 144 hombres (48%); adultos de 18 años en adelante, considerando el estado civil, nivel educativo y área de procedencia.

La prevalencia de *sintomatología de trastornos mentales y las experiencias traumáticas por violencia*, pone de manifiesto la positiva relación entre ambas; a mayores experiencias traumáticas por violencia, aumentan los síntomas de posibles trastornos mentales.

Los resultados muestran que, tanto en hombres como en mujeres que han estado expuestos a experiencias traumáticas, presentan sintomatología del trastorno de estrés postraumático, que es el trastorno que se desarrolla, cuando un individuo es expuesto o tiene experiencias traumáticas en algún momento de su vida.

Entre las principales experiencias traumáticas que destacan, según el cuestionario aplicado: el asalto físico con arma, abuso sexual, privación de necesidades básicas, asesinato de miembros de la familia, exposición a acontecimientos violentos como enfrentamiento con maras y pandillas, con militares, entre otros, así como separación forzada de la familia o desplazamiento forzado de familias completas por amenazas a muerte.

Esta serie de hechos evidentemente afectan la salud mental de la población, alterando la funcionalidad cotidiana de cada individuo. Como se ha descrito anteriormente la sintomatología de los trastornos de mayor incidencia que la población del departamento de Yoro manifiesta, son el consumo de drogas, depresión, ansiedad y estrés postraumático.

La prevalencia encontrada corresponde a 63% de la población adulta del departamento de Yoro, que presenta *sintomatología de trastornos mentales*; lo que indica un porcentaje mayor en comparación con lo revelado por la (OMS, 2013) que estima más del 25% de la población los padece en algún momento de su vida.

En Honduras Chirinos - Flores et. al, (2002), encontraron una prevalencia del 35%, en aquel momento, probablemente por el incremento en el abuso de sustancias psicoactivas.

En el presente estudio, la prevalencia está relacionada con la situación actual de Honduras, donde múltiples factores afectan a la población: sistema de salud precario, desatención de necesidades básicas, fenómenos sociales emergentes, economía, crisis política, migración, desigualdades en el ámbito territorial, en fecundidad, ámbito generacional, desempleo, desigualdad de género, así como la pobreza (Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2016).

En cuanto a la *prevalencia de sintomatología por trastornos mentales* se encontró que el 36% de la población presenta trastorno por consumo de drogas; en segunda posición está la depresión con 31% y de la cual, inicialmente se estimó encontrar más del 15%; confirmando las proyecciones que es uno de los padecimientos que va en aumento por diversos factores.

De acuerdo a los estimados proporcionados en el Informe de Salud Mundial de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013), alrededor de 450 millones de personas padecen de trastornos mentales, la depresión alcanza un 10.4%.

En Honduras (Paz-Fonseca et al. 1999) encontró que las proporciones de prevalencia estimada para la depresión fue de 13.1%, en el estudio llegaron a la conclusión que estaban asociadas con

el estrés ocasionado por el hacinamiento y bajos ingresos económicos, lo cual constituye la presencia de necesidades básicas insatisfechas y violencia.

En este estudio se considera que el aumento podría estar asociado a factores similares, con un grado de agudización de la violencia como fenómeno social. Asimismo los niveles de pobreza, la falta de empleo, falta de oportunidades y otro elemento importante como es la falta de un sistema de prevención en salud mental y falta de atención a los trastornos mentales.

Existe **comorbilidad** en cuanto a la presencia de sintomatología de cuatro y cinco trastornos en algunos sujetos entrevistados; fenómeno que se presenta al momento de realizar diagnósticos clínicos, no obstante prevalece con mayor porcentaje en donde existen dos trastornos, específicamente depresión combinada con ansiedad.

La comorbilidad de sintomatología de los trastornos de depresión y ansiedad son los de mayor frecuencia. Al respecto (Sánchez, 2008) refiere que la depresión se encuentra entre las primeras diez enfermedades con la mayor carga global de discapacidad a nivel mundial, pronosticándose la predominancia de la depresión como la comorbilidad más importante para el 2020.

Considerando el **sexo**, los hallazgos indican que la sintomatología de depresión es más frecuente en las mujeres (61%), siendo además estadísticamente significativo. Un estudio en México, evidencia un incremento de los trastornos mentales entre la población general, las mujeres, presentan una prevalencia de depresión del 6.5%, padecimiento que ocupa el primer lugar como carga de enfermedad; mientras que en los hombres es el consumo de alcohol 4.8%.

La edad y el sexo son variables biológicas importantes en el desarrollo de trastornos mentales. Por ejemplo la depresión clínica, en muchos estudios en forma consistente se ha encontrado más alta

y con mayor severidad para el sexo femenino y para grupos de mayor edad (Paz-Fonseca, y otros, 1999)

Chirinos - Flores et. al, (2002) encontró que la mayor frecuencia de trastornos se daba en mujeres jóvenes; asimismo sostiene que en Honduras, de la población con trastornos mentales, un 71% son mujeres y el trastorno con mayor frecuencia es el episodio depresivo mayor (24%); lo cual se muestra acorde con lo encontrado en la literatura donde se indica que la mayor vulnerabilidad de las mujeres a la enfermedad psíquica no ocurre en todas las categorías diagnósticas, sino a expensas de los trastornos depresivos y ansiosos lo cual puede deberse a que la mayoría de ellas no tienen un trabajo fuera de casa y son responsables de tres o más hijos menores de 14 años en el hogar.

Entre otros factores de riesgo que hacen más propensa a las mujeres padecer algún trastorno mental son los factores sociales: violencia psicológica o física, sobrecarga laboral, las mujeres le dedican más tiempo a las tareas domésticas, en general se encargan de cuidar a sus familiares dependientes, toda este exceso de trabajo y diversidad de roles (madre, cuidadora, trabajadora) facilitan el desarrollo de trastornos como la depresión o la ansiedad.

Sobre el *estado civil*, la población con mayor sintomatología de trastornos mentales es la que se encuentra en unión libre con un 37%; en comparación con los hallazgos en el estudio realizado por Chirinos - Flores et. al, 2002, se evidencia un aumento considerable, que va del 26.1% al 37%. Sin embargo no hay significancia estadística. Este estudio, como otros no son estadísticamente significativos, entre el estado civil y la sintomatología de trastornos mentales, como se refleja en Pérez (2005) en su tesis doctoral.

Respecto a la *edad*, los hallazgos indican que existe mayor porcentaje de sintomatología de trastornos mentales en la población entre 18 y 30 años (40%); sin embargo estadísticamente

hablando, no es significativo. Cabe destacar que en este rango de edad se ubica la población económicamente activa, lo que podría explicar la presencia de sintomatología de trastornos mentales, considerando que en esta etapa se adquieren compromisos financieros que alteran la salud mental de las personas.

Al valorar el *área de procedencia* de cada participante, la población con mayor sintomatología de trastornos mentales es la que se ubica en la zona urbana (51%); aunque dichos datos no son estadísticamente significativos; el observatorio de la violencia de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras, (IUDPAS, 2016), confirma que la violencia traducida en homicidios, ocurre en su mayoría en la zona urbana con 69.2% (1,761), el 30.8% (782) restante corresponde a la zona rural; realidad que podría relacionarse con la afectación de la salud mental de la población. En el *nivel educativo* se indica que de la población con sintomatología de trastornos mentales, el 61% se encuentra en el nivel de educación básica; al no haber significancia estadística, se evidencia la falta de relación entre estos dos aspectos. Sin embargo se torna inquietante profundizar a través de otro estudio, la relación entre el nivel educativo específico y su salud mental.

Cabe destacar que en otros estudios realizados, se ha encontrado que hay una relación entre trastornos mentales y factores sociodemográficos, quienes presentan una tasa de prevalencia generalmente más alta, entre ellas las de menor escolaridad (Psiquiatría y Salud Mental, 2005).

Al analizar la relación entre los tipos de violencia y la presencia de sintomatología de trastornos mentales, se encontró que la *violencia política* podría estar contribuyendo en el desarrollo de sintomatología de *depresión* relacionado con el hecho de observar o tener enfrentamientos entre civiles y militares con golpes de por medio, ser víctima de secuestros, ser rehén, haber sufrido privación de comida y agua, pedir o estar en un albergue o refugio o separaciones forzadas de

miembros de la familia, entre otros; son acontecimientos que están causando sintomatología del trastorno de depresión en la población.

La **violencia política** también podría estar vinculada en el desarrollo de sintomatología de **estrés postraumático** pues se encontró que el 21% están relacionados directamente. Datos que podrían ser afines con el clima de inseguridad y la situación de violencia que impera en el departamento, el cual, según el IUDPAS (2016) es parte de los cinco departamentos que están por arriba de la tasa nacional: Atlántida con 90.6 habitantes por cada cien mil habitantes (hpccmh), seguido de Cortés que registró 88.8 hpccmh, Francisco Morazán 71.6 hpccmh, Yoro 70.5 hpccmh y Santa Bárbara 60.0 hpccmh.

En 2016 entre Cortés, Francisco Morazán y Yoro ocurrieron 3,018 homicidios, un 58.6% del total de los casos registrados. Además, este aumento puede estar siendo causado por la falta de empleo para satisfacer las necesidades básicas de la familia, la niñez expuesta al maltrato o al abandono, los adolescentes expuestos por vez primera al abuso de sustancias, las discriminaciones y violaciones de los derechos humanos.

Al valorar la **violencia física** se evidencia una relación fuerte con el desarrollo de sintomatología de **consumo de drogas** situación que puede estar siendo generada por la exposición al maltrato en la infancia ya que este suele ser un factor de riesgo asociado al consumo de drogas; sin descartar su vinculación a las condiciones en decremento de la sociedad hondureña; específicamente el nivel educativo de los padres y falta de oportunidades, entre otros.

Asimismo la **violencia física** claramente deja saber su correlación con la presencia de sintomatología de **estrés postraumático**, los resultados indican significancia estadística, es decir que 41% de los casos con esta sintomatología, están directamente relacionados con este tipo de

violencia. El estrés postraumático es el tercer trastorno prevalente en el departamento de Yoro, con un 27%; lo que podría estar asociado a la realidad nacional con respecto al clima de violencia al que está inmersa la población hondureña en general, específicamente en el departamento de Yoro, donde la distribución de homicidios según los municipios con mayor incidencia, se registraron 182 (43.3%) en El Progreso, 64 (15.2%) en Olanchito y 59 (14%) en Yoro y en el resto, 115 (27.4%), además de la incidencia delictiva contra la integridad corporal que reporta 77 casos de lesiones y 89 de lesiones personales (IUDPAS, 2016).

En cuanto a la *violencia sexual* es parece estar estrechamente vinculada con el desarrollo de sintomatología de *trastorno de ansiedad*, se encontró que efectivamente, la población, en su mayoría las mujeres, están siendo afectadas; cabe destacar que la victimización sexual durante la infancia y la adolescencia han demostrado ser un importante predictor de problemas de salud mental.

Se ha planteado que los niños y adolescentes que han sufrido abusos sexuales presentan altos índices de sintomatología vinculada a la depresión, al trastorno de estrés postraumático (TEPT) y a la ansiedad (Arredondo, 2002; Echeburúa & Guerricaechevarría, 2005; Saywitz, Mannarino, Berliner, & Cohen, 2000), citado en (Cristóbal Guerra, 2015).

Específicamente en el departamento de Yoro ocurrieron 21 muertes por suicidio, incrementando en un 75%, en relación al año 2015; los requerimientos fiscales para evaluación médico legal en clínica forense, según oficina regional, se registraron 62 casos de delito sexual, 3 de menor maltratado, mujeres agredidas 25 y otros eventos violentos 20, 2 tentativas de violación, 75 violaciones, 160 de violencia doméstica, 73 de violencia intrafamiliar (IUDPAS, 2016).

# Conclusiones

## Conclusiones

- Los eventos traumáticos por violencia, están asociados al desarrollo de sintomatología de trastornos mentales. Al aumentar los eventos traumáticos, aumenta la sintomatología de trastornos mentales. Se encontró un porcentaje de prevalencia de sintomatología de trastornos mentales global de 63%, en la población adulta del departamento de Yoro. Una realidad a la cual es necesario prestar atención, indica que 6 de cada 10 personas presentan sintomatología de trastornos mentales.
- El trastorno mental que presenta mayor porcentaje de presencia en la población del departamento de Yoro es el consumo de drogas con un 36%; como uno de los departamentos que en 2016, elevó sus niveles de violencia; podría explicar este comportamiento estadístico, dado que ambos temas se relacionan.
- Existe comorbilidad de sintomatología de trastornos mentales, específicamente la mayor frecuencia fue de los trastornos de ansiedad y depresión simultáneamente; si este dato se relaciona con el concepto de salud mental, se encuentra explicación clara, dado que la mayoría de la población se encuentra viviendo en condiciones en las que las necesidades básicas no están siendo cubiertas, hay falta de oportunidades para la niñez y juventud, altos índices de desempleo, pobreza, desigualdad; lo que está afectando la salud mental de la población.
- Del 63% de la población con sintomatología de trastornos mentales, las mujeres están afectadas con depresión; población en unión libre; destacan las personas entre 18 y 30 años de edad, las que viven en el área urbana y tienen un nivel de educación básica.
- Al relacionar los tipos de violencia con la sintomatología de trastornos mentales; destacaron la violencia política con la depresión y el trastorno de estrés postraumático; la violencia sexual con sintomatología del trastornos de ansiedad; la violencia física con el consumo de drogas y

nuevamente el estrés postraumático; tanto en la presencia de sintomatología de trastornos mentales como en los tipos de violencia, se encontró que la población mayormente afectada es la comprendida en edades entre 18 y 30 años de edad; mujeres, con nivel básico de escolaridad y solteros o en unión libre.

# **Recomendaciones**

## Recomendaciones

- Impulsar una política pública que enfatice en la atención a la salud mental de la población hondureña, con la que se dé respuesta al mejoramiento de las condiciones y calidad de vida de la población, que impacte decididamente en el bienestar de las personas reduzca la inequidad, la injusticia, la falta de oportunidades, la discriminación, la pobreza, la violencia, el desarraigo, la opresión y la dominación que se da desde diversos actores.
- Dada la situación de inseguridad que atraviesa Honduras y particularmente el departamento de Yoro, los altos índices de violencia que día a día se reportan en los medios de comunicación, se recomienda tomar en cuenta los hallazgos de este estudio, para el desarrollo de una propuesta sistemática a nivel nacional relacionada con la prevención de la violencia. Es importante tomar en cuenta el enfoque ecológico en el que se involucra a la persona como eje central para el desarrollo, la familia, la comunidad y la sociedad.
- Asignar presupuesto a nivel de gobierno para atender la salud mental de la población en general, en la medida en que haya bienestar integral en la población y se generen las oportunidades de desarrollo a nivel personal, en esa medida se contribuirá al desarrollo del país.
- Por parte del Sistema de Salud del Estado, desarrollar campañas preventivas que promuevan la salud mental entre la población estudiantil, en los diversos niveles; con el fin de informar y sensibilizar masivamente en relación con cultivar una cultura de paz.
- Establecer mecanismos inmediatos de atención a la salud mental de la población, de forma descentralizada, que permita el acceso al servicio y mejorar con ello la condición de la población que está siendo fuertemente afectada por las condiciones de violencia que impera en el país.

# **Referencias Bibliográficas**

## Referencias

- Asociación Andaluza de Epilepsia. (24 de Mayo de 2011). *Guía Ápice de epilepsia*. Recuperado el 27 de Agosto de 2017, de <http://www.asadeepilepsia.com/guia-apice/guia-apice.pdf>
- HelpAge International, Merlin y Norwegian Refugee Council - ACAPS. (2014). *Otras Situaciones de Violencia en el Triángulo del Norte Centroamericano*. Triángulo Norte de Centroamérica: ACAPS.
- Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. (2014). *Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto*. Galicia: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias.
- Aguilar, M., Rovelo, M., Padgett, D., & Reyes, A. (2000). Evaluación de Salud Mental en los Médicos Residentes de los postgrados de Medicina de la UNAH. *Revista Médica Postgrados UNAH*, 3.8.
- Alcerro, D. R. (1952). Estado Actual y futuro de la asistencia psiquiátrica en Honduras. *Revista Médica Hondureña*, 486.
- American Psychiatric Association. (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV*. Barcelona: Masson.
- Amodeo, S. (2011). Psicoterapia del trastorno de estrés postraumático. . *Clínica Contemporánea*, 285-292.
- Arieu, P. (25 de Febrero de 2016). *El Teologuillo*. Obtenido de <https://elteologillo.com/2016/02/25/teorias-fundamentales-sobre-el-origen-de-la-salud-mental/>: <https://elteologillo.com/2016/02/25/teorias-fundamentales-sobre-el-origen-de-la-salud-mental/>
- Avalos, M. B. (1991). *Aplicación del Cuestionario de Síntomas por personal de enfermería*. Monterrey, México: Universidad de Nuevo León.

- Baader M., T., Rojas C., C., Molina F., J. L., Gotelli V., M., & Alamo P., C. (2014). Diagnóstico de la prevalencia de trastornos de la salud mental en estudiantes universitarios. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 167-176.
- Bados, A. (2015). Trastorno por Estrés Postraumático. Barcelona: Universidad de Barcelona, Facultad de Psicología.
- Bernal, C. A. (2010). *Metodología de la Investigación* (Tercera Edición ed.). (O. F. Palma, Ed.) Colombia, Colombia: Pearson Educación.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: experiments by nature and design*. Cambridge, MA,: Harvard University Press.
- Burgos, A. (2010). *Analfabetismo en Honduras*. Obtenido de [www.tasadeanalfabetismoenhonduras.blogspot.com](http://www.tasadeanalfabetismoenhonduras.blogspot.com)
- Bustos, I. V. (2007). Violencia y factores sociales en mujeres de la ciudad de Temuco. *Revista Médica de Chile*, 135, 326-334.
- Carlos Climent, & De Arando, M. (1983). *Manual de Psiquiatría para Trabajadores de Atención Primaria*. OMS.
- Castellanos, M., Guarnizo, C., & Salamanca, Y. (2011). Relación entre niveles de ansiedad y estrategias de afrontamiento en practicantes de psicología de una universidad Colombiana. *International Journal Of Psychological Research*, 50-57.
- Chirinos-Flores, A., Munguia-Matamoros, A., Lagos-Velásquez, A., Salgado-David, J., Reyes-Ticas, A., Padgett-Moncada, D., & Donaire-Garcia, I. (2002). Prevalencia de trastornos Mentales en la población mayor de 18 años en 29 comunidades urbanas de Honduras, 2001. *Revista Medica Postgrado UNAH*, 7(1), 42-48.
- Comisionado Nacional de los Derechos Humanos - CONADEH. (2011). *Estado General de los Derechos Humanos en Honduras*. (CONADEH, Ed.) Recuperado de <http://app.conadeh.hn/Anual2012/salud.html>

- Congreso Nacional de Honduras. (2010). Visión de País 2010 – 2038 y Plan de Nación 2010-2022. *Visión de País 2010 – 2038 y Plan de Nación 2010-2022*, 177. Tegucigalpa, Honduras, Honduras: Diario Oficial La Gaceta.
- Constitución de la República de Honduras. (1982). Artículo 145. *Constitución de la República de Honduras*, 172. Tegucigalpa, Honduras, Honduras: La Gaceta.
- Cristóbal Guerra, C. F. (2015). Sintomatología en víctimas de abuso sexual: ¿son importantes las características “objetivas” del abuso? *Revista de Psicología, Universidad de Chile*, 19.
- Dirección General de Epidemiología. (2012). *Perfil epidemiológico de la salud mental en México* (Vol. único). Distrito Federal, México, México: Secretaría de Salud, Subsecretaría de prevención y promoción de la salud, Dirección General de Epidemiología.
- División de Salud Mental. (2000). *Formación de las consejerías de familia*. Tegucigalpa, M.D.C.: División de Salud Mental.
- Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales - DSM-5. (2014). *DSM-5, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. (5ta edición ed., Vol. Estandarizado). Arlington, Virginia, Estados Unidos de América: Asociación Americana de Psiquiatría.
- Durán, R. E. (2010). *Género y Experiencias Traumáticas en Víctimas*. Salamanca.
- Frías Armenta, M., López-Escobar, A. E., & Díaz-Méndez, S. G. (2003). *Predictores de la conducta antisocial juvenil: un modelo ecológico*. México: Universidad de Sonora.
- Funk, M. (2001). *Proyecto de Política de Salud Mental*. Ginebra, Suiza: OMS.
- González, A. (1981). Sobre Salud Mental. Madrid: *Revista de Sanidad e Higiene*, 3(4), 273-301.
- Google. (s.f.). *Mapa de El Progreso, Yoro en Google maps*. Recuperado de <https://www.google.com/maps/place/El+Progreso/Q15.3897994-87.784165.13.25z>:
- Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en atención primaria. (2008). *Grupo de Trabajo, Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en atención primaria*. Madrid: Agencia Laín Entralgo. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias.

- Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. (2014). *Grupo de trabajo Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto*. Galicia: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la Investigación* (Sexta Edición ed.). (S. D. INTERAMERICANA EDITORES, Ed.) Distrito Federal, México, México: McGRAW-HILL.
- Hospital Psiquiátrico Mario Mendoza - HPMM. (2016). *Departamento de Estadística, Hospital Psiquiátrico Mario Mendoza*.
- Instituto Hondureño para la Prevención del Alcoholismo, Drogadicción y Farmacodependencia -, IHADFA. (2004). *Consumo de drogas y salud mental en Honduras*. Tegucigalpa.
- Liga Internacional Contra la Epilepsia - ILAE. (2014). *Definición clínica práctica de la epilepsia*. California: Stanford University School of Medicine.
- Instituto Nacional de Estadísticas - INE. (2016). *Encuesta Permanente de Hogares de Propósitos Múltiples*. Recuperado de [www.ine.gob.hn](http://www.ine.gob.hn): <http://www.ine.gob.hn/index.php/25-publicaciones-ine/87-encuesta-permanente-de-hogares-de-propositos-multiples-ephpm>
- Instituto Nacional de Estadística - INE. (2013). *XVII Censo de población y VI de Vivienda*. Instituto Nacional de Estadística, Francisco Morazán. Tegucigalpa: INE. Recuperado de [www.ine.gob.hn](http://www.ine.gob.hn)
- Instituto Universitario de Democracia, Paz y Seguridad - IUDPAS. (2015). *Boletín Especial sobre violencia contra niñas y niños*. Edición Especial, Universidad Nacional Autónoma de Honduras, UNAH, Francisco Morazán, Tegucigalpa. Recuperado de <https://iudpas.unah.edu.hn/>
- Instituto Universitario de Democracia, Paz y Seguridad - IUDPAS. (2016a). *Mortalidad y Otros*. Instituto Universitario de Democracia, Paz y Seguridad, Observatorio de la Violencia. Tegucigalpa: UNAH.

- Instituto Universitario de Democracia, Paz y Seguridad - IUDPAS. (2016b). Observatorio Nacional de la Violencia, Ciudad Universitaria. *Boletín enero a septiembre 2016*. Edición No.43, Tegucigalpa, Honduras.
- Instituto Universitario de Democracia, Paz y Seguridad - IUDPAS, I. U. (2014). Obtenido de IUDPAS-UNAH: <http://iudpas.org/boletines/boletines-nacionales>
- Klein, M. (1960). Sobre la salud mental. 7. Obtenido de: <http://www.gpbarcelona.org/melanie-klein-sobre-la-salud-mental/>
- Kohn, R., Levav, I., Donaire, I., Machuca, M., & Tamashiro, R. (2005). Psychological and psychopathological reactions in Honduras following Hurricane Mitch: implications for service planning. *Revista Panamericana Salud Pública*, 287-295.
- Lewinsohn, P., Hops, H., Roberts, R., & Seeley, J. (1993). Adolescent psychopathology. I: Prevalence and incidence of depression and other DSM-III-R disorders in high school students. *Journal of Abnormal Psychology*, 102, 133-144.
- López, O. (2015). Conferencia: Comorbilidad psiquiátrica en el paciente Oncológico. *Revista médica Honduras*, Suplemento N° 1, 38.
- Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. (2014). *Manejo de la Depresión en el adulto..* Galicia: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias.
- Marshall, H. (2015). Conferencia: Diagnóstico diferencial y recomendaciones de tratamiento para pacientes con síntomas de Ansiedad. *Revista médica Honduras*, Suplemento N° 1.
- Molina-Cruz, L., & Medina-Hernández, M. T. (2003). Prevalencia e incidencia de las epilepsias en honduras. *Revista de los postgrados de Medicina de la UNAH*, 8(2), 40-52.
- Moncada, G. (2013). *Prevalencia de Trastornos Mentales en Estudiantes Universitarios*. Tegucigalpa: Ciudad Universitaria.
- Municipalidad de El Progreso. (23 de Agosto de 2015). *Municipalidad de El Progreso*. Recuperado de [http://munielprogreso.hn/cms/index.php?option=com\\_content&view=article&id=14&Ite](http://munielprogreso.hn/cms/index.php?option=com_content&view=article&id=14&Ite)

mid=30:

[http://munielprogreso.hn/cms/index.php?option=com\\_content&view=article&id=14&Itemid=30](http://munielprogreso.hn/cms/index.php?option=com_content&view=article&id=14&Itemid=30)

- Murra, D. E. (2014). Revista Hondureña del Postgrado de Psiquiatría. *Revista Hondureña del Postgrado de Psiquiatría, Edición especial*, 4-5.
- Fondo de Población de Naciones Unidas. (2016). *Análisis de la Situación Poblacional de Honduras*. Tegucigalpa: Fondo de Población de Naciones Unidas; Universidad Nacional Autónoma de Honduras; Facultad de Ciencias Sociales; Maestría en Demografía y Desarrollo.
- Ochoa, M. Z. (2011). La violencia en el Distrito Central desde la óptica del enfoque criminal. (M. e. Social, Ed.) *Revista Población y Desarrollo: Argonautas y Caminantes*, 7(7), 92. doi:<http://dx.doi.org/10.5377/pdac.v7i0.686>
- Olmos-Hernández, A., Avila-Luna, A., Arch-Tirado, E., Alfaro-Rodríguez, A., Bueno-Nava, A., & Espinoza-Molina, G. (2013). La epilepsia como un problema de discapacidad. *Investigación en discapacidad*, 122-130.
- Organización Mundial de la Salud - OMS. (1996 ). *WHO Global Consultation on Violence and Health. Violence: a public health priority*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, (documento inédito WHO/EHA/SPI.POA.2).
- Organización Mundial de la Salud - OMS. (1999). *Injury: a Leading cause of the global burden of disease. Departamento de Prevención de Traumatismos y de la Violencia*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, OMS/HSC/VIP/99.11.
- Organización Mundial de la Salud - OMS. (2002). *Informe mundial sobre Violencia y Salud, resumen*. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud. Washington D.C.
- Organización Mundial de la Salud - OMS. (2008). *Informe de la Evaluación del Sistema de Salud Mental en Honduras utilizando el Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental de la OMS (IESM-OMS)*. Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS),

Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias (MSD) de la OMS. Tegucigalpa: OMS.

Organización Mundial de la Salud - OMS. (2008). *Informe sobre el Sistema de Salud Mental en Honduras-IESM*. OPS/OMS.

Organización Mundial de la Salud - OMS. (2012). Consejo Ejecutivo. *Carga mundial de trastornos mentales y necesidad de que el sector de salud y el sector social respondan de modo integral y coordinado a escala de país*. (pág. 5). Ginebra: OMS. Obtenido de <http://www.who.int/iris/handle/10665/26575>

Organización Mundial de la Salud - OMS. (2 de septiembre de 2013). *Organización Mundial de la Salud*. Organización Mundial de la Salud. Ginebra: OMS. Recuperado de [http://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/es/#](http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/#)

Organización Mundial de la Salud - OMS. (2013). *Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020*. Organización Mundial de la Salud. Ginebra: OMS. doi:ISBN 978 92 4 350602 9

Organización Mundial de la Salud - OMS. (2014). *Global status report on alcohol and health*. Geneva: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud - OMS. (2016). *La inversión en el tratamiento de la depresión y la ansiedad tiene un rendimiento del 400%*. (O. M. Salud, Editor) Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/depression-anxiety-treatment/es/>: <http://www.who.int>

Organización de las Naciones Unidas - ONU. (2016). *Informe Mundial sobre las Drogas 2016*. Viena: Naciones Unidas, Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito.

Organización de las Naciones Unidas - ONU. (16 de Diciembre de 2005). *Naciones Unidas, Derechos Humanos*. Obtenido de Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos: <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/RemedyAndReparation.aspx>

- Organización Panamericana de la Salud - OPS. (2009). Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe. *Organización Panamericana de la Salud, OPS*, 325.
- Organización de las Naciones Unidas - OPS. (2013). *Informe sobre la Epilepsia en América Latina y el Caribe*. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
- Organización de las Naciones Unidas - OPS. (2002). *Informe mundial sobre la violencia y salud: resumen*. Washington, D.C.
- Organización Mundial de la Salud. (2001). *Informe sobre la salud en el mundo 2001: Salud mental nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud. (2008). *Informe sobre el Sistema de Salud Mental en Honduras*. Organización Panamericana de la Salud, Francisco Morazán. Tegucigalpa: Organización Mundial de la Salud.
- Parejo Carbonel, B. (2016). *Prevalencia de la epilepsia en España -E-prints Complutense*. Recuperado el 27 de agosto de 2017, de <http://eprints.ucm.es/41531/1/T38488.pdf>
- Paz-Fonseca, A., Moncada-Landa, R., Sosa-Mendoza, C., Romero A., M., Murcia, H., & Reyes-Ticas, A. (Enero-abril de 1999). Prevalencia de Trastornos Mentales en la Comunidad de Villa Nueva, Región Metropolitana. *Revista Médica de los Post Grados de Medicina - UNAH*, 4(1), 74-85.
- Peña Ruiz, M. A. (2012). *Afrontamiento y Salud Mental en el ámbito de la formación universitaria de Enfermería*. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid.
- Pérez, C. M. (2005). *Tesis doctoral Prevalencia y atención a los Trastornos Mentales en una comunidad rural*. Granada, España: Editorial de la Universidad de Granada.
- Piatti, M. d. (2013). *Violencia contra las mujeres y alguien mas..* Valencia: Universidad de Valencia.
- Piazza, M., & Fiestas, F. (2014). Pravalencia anual de trastornos y uso de servicios de salud mental en el Perú: Resultados del estudio Mundial de Salud Mental. *Rev Perú Med Exp Salud Pública*, 30-38.

- Portero Lazcano, G. (2015). DSM-5. Trastornos por consumo de sustancias. ¿Son problemáticos los nuevos cambios en el ámbito forense? *Cuad Med Forense*, 96-104.
- Posada, José A. (Diciembre de 2013). La Salud Mental en Colombia. (redalyc, Ed.) *Biomédica*, 33(4), 33. doi:<https://doi.org/10.7705/issn.0120-4157>
- Restrepo, D. A. (mayo - agosto de 2012). Concepciones de salud mental en el campo de la salud pública. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 30(2), pp. 202-211. Obtenido de <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12023918009>>ISSN 0120-386X
- Rodriguez, J. (2009). Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe. En J. Rodríguez, r. Kohn, & S. Aguilar. Wasnington: OPS.
- Romero-Montes. (2016). Estructura de la sintomatología psiquiátrica según el SRQ28 en pacientes ambulatorios con Trastornos Mentales, evaluados en un Hospital general de Lima. *Revista Neuropsiquiatría*, 79 (3).
- Kaplan & Sadock. (2010). *Manual de Bolsillo de Psiquiatría, 5ta. Edición*. Barcelona, España: Ovid Technologies.
- Sánchez Midence, O. R. (2008). Alcoholismo: nuestro desafío permanente. (U. N. Honduras, Ed.) *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas*, 5(2), 61-69.
- Secretaría de Salud. (2005). *Plan Nacional de Salud 2021*. Tegucigalpa.
- Secretaría de Salud. (2013). *Modelo Nacional de Salud*. Recuperado de Modelo Nacional de Salud:  
[http://www.nationalplanningcycles.org/sites/default/files/planning\\_cycle\\_repository/honduras/modelo\\_nacional\\_de\\_salud\\_secretaria\\_de\\_salud\\_mayo\\_2013\\_version\\_21-05-13.pdf](http://www.nationalplanningcycles.org/sites/default/files/planning_cycle_repository/honduras/modelo_nacional_de_salud_secretaria_de_salud_mayo_2013_version_21-05-13.pdf)
- Ubilla, E. (2009). El concepto de salud mental en la obra de Erich Fromm. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 47 (2): 153-162. doi:<http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272009000200008>
- Valle, G. P. (2006). Prevalencia de Trastornos Mentales comunes en barrios marginales urbanos con población desplazada en Colombia. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 20 (5).

- Vargas Terrez, B. E., & Salcedo, V. V. (2016). La Salud Mental y la atención primaria en México. Experiencias de un modelo de atención colaborativo. *Salud Mental*, 3-9.
- Vicente, B., Rioseco, P., Saldivia, S., Kohn, R., & Torres, S. (2005). Prevalencia de trastornos psiquiátricos en Latinoamérica: revisión crítica. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 506-514.
- Zanoletti, G., Reyes, J. A., Mendoza, M., & Aguilera, R. (2008). Prevalencia de trastornos mentales en estudiantes de la carrera de medicina de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras y su relación con antecedentes de violencia en la infancia. (UNAH, Ed.) *Revista Facultad de Ciencias Médicas*, 5(2), 22-29.

# Anexos



## Anexos



## UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS

## Escuela de Ciencias Psicológicas

INSTRUCCIONES

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

## Datos Generales:

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

SI NO

- \_\_\_\_\_ 1. ¿Tiene frecuentes dolores de cabeza?
- \_\_\_\_\_ 2. ¿Tiene mal apetito?
- \_\_\_\_\_ 3. ¿Duerme mal?
- \_\_\_\_\_ 4. ¿Se asusta con facilidad?
- \_\_\_\_\_ 5. ¿Sufre de temblor de manos?
- \_\_\_\_\_ 6. ¿Se siente nervioso, tenso o aburrido?
- \_\_\_\_\_ 7. ¿Sufre de mala digestión?
- \_\_\_\_\_ 8. ¿Le cuesta pensar con claridad?

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

## Cuestionario Harvard

### Lista de Chequeo de Eventos Modificada (Algunos Ítems de la Escala de Trauma de Harvard)

Nos gustaría preguntarle acerca de algunos aspectos de su pasado y presente. Si alguna de estas preguntas usted la considera muy fuerte por favor siéntase libre de responder. Las respuestas son confidenciales.

Abajo está listado un número de dificultades y cosas estresantes que a veces pasan a las personas. Por ejemplo una o más de las cajas a la derecha indica que: a) esto le ha pasado a usted personalmente, b) usted presencié que esto le pasó a otra persona, C) usted se enteró que esto le pasó a otra persona cercana a usted, d) usted no está seguro, e) esto no le aplica a usted.

Esté seguro que considera su vida entera (infancia y adultez) como va en la lista de eventos.

<b>Evento</b>	<b>Me ha sucedido</b>	<b>Lo he observado</b>	<b>Me he enterado</b>	<b>No seguro</b>	<b>No aplica</b>
1. ¿Ha estado expuesto a sustancias tóxicas? (por ejemplo químicos peligrosos, radiación u otro)					
2. ¿Alguna vez le han asaltado para robar sus pertenencias sin golpearle?					
3. ¿Alguna vez le han asaltado para robar sus pertenencias, golpeándole?					
4. ¿Le han asaltado con un arma, donde le hayan disparado, apuñalado, amenazado con un cuchillo, arma u otro?					
5. ¿Le han abusado sexualmente?					
6. ¿Alguien ha intentado abusarle sexualmente?					
7. ¿Alguien le ha forzado a ejecutar cualquier tipo de acto sexual bajo amenaza de daño?					
8. ¿Ha tenido otra experiencia sexual indeseada o desagradable?					
9. ¿Ha visto enfrentamientos entre civiles y militares con golpes de por medio?					
10. ¿Se ha enfrentado directamente contra autoridades militares?					

<b>Evento</b>	<b>Me ha sucedido</b>	<b>Lo he observado</b>	<b>Me he enterado</b>	<b>No seguro</b>	<b>No aplica</b>
11. ¿Alguna vez ha sido secuestrado, detenido y/o rehén?					
12. ¿Ha tenido alguna enfermedad o herida que amenazó su vida sin cuidado médico?					
13. ¿Ha sufrido privación de comida y agua?					
14. ¿Se ha visto en la necesidad de pedir o estar en un albergue o refugio?					
15. ¿Le ha forzado a separarse de miembros de su familia?					
16. ¿Alguien de su familia ha sido asesinado?					
17. ¿En su familia han experimentado la muerte no natural de familiares o amigos?					
18. ¿Ha presenciado el asesinato de extraños o desconocidos?					
19. ¿Alguna vez le han torturado?					
20. ¿Ha vivido otra situación que fue amenazante o en que sintió que su vida estaba en peligro?					