

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 la dinámica familiar en la población adulta del departamento de Santa Bárbara, 2016.

Sustentada por:

Nancy Maricela Martínez Cubas

Previo optar a grado de Máster en Psicología Clínica

Asesor de tesis: Dr. German Moncada

Asesora técnica: Dra. Ivette Rivera

Tegucigalpa M.D.C, Honduras.

Agosto, 2017

AUTORIDADES UNIVERSITARIAS

LICENCIADA JULIETA CASTELLANOS RUIZ
RECTORA

MASTER BELINDA FLORES
VICE-RECTORA ACADEMICA

ABOGADA EMMA VIRGINIA RIVERA MEJIA
SECRETARIA GENERAL

LICENCIADA LETICIA SALOMON
DIRECTORA DEL SISTEMA DE
INVESTIGACION DE POSTGRADO

DOCTORA MARTHA LORENA SUAZO
DECANA DE LA FACULTAD DE
CIENCIAS SOCIALES

DOCTORA MIRNA FLORES
COORDINADORA GENERAL DE POSTGRADO
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

MASTER VILMA AMPARO ESCOTO TORRES
COORDINADORA DE LA MAESTRIA EN
PSICOLOGIA CLINICA

Dedicatoria

A mi Madre y Hermanas (os) por el apoyo incondicional que me brindan siempre.

A mi Padre QDDG, sé que si estuviera aquí estaría muy orgulloso de mí.

Y a mí tío, René ya que esto fue posible gracias a él.

Agradecimientos

Primeramente a Dios, por la sabiduría que me ha brindado y por mantenerme en pie en todo este proceso.

A mis asesores de tesis, La Doctora Ivette Rivera y el Doctor German Moncada, por su apoyo y guía en la realización del presente trabajo de investigación.

A mi equipo de encuestadores, Daniela, Fanny, Héctor, Juan, Marleny y Walter y a la población de Santa Bárbara porque sin su colaboración no hubiera sido posible llegar a los resultados tan relevantes.

A todos muchas gracias.

RESUMEN

Este estudio forma parte del Proyecto Salud Mental en Honduras, de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras específicamente de la Maestría en Psicología Clínica cuyo objetivo es analizar la prevalencia de trastornos mentales en relación con la dinámica familiar en la población adulta del departamento de Santa Bárbara, 2016. La investigación se basa en un diseño correlacional, cuantitativo, de corte transversal con un muestreo polietápico con criterios de selección en donde fueron encuestadas 300 viviendas, 150 del área rural y 150 del área urbana. Los instrumentos utilizados fueron el SRQ propuesto por la OMS para la detección de sintomatología de probables trastornos mentales en adultos, el Test de Percepción de Funcionamiento Familiar de Pérez y Colaboradores (1997), el Consentimiento Informado y la Encuesta de caracterización poblacional. Los resultados muestran una prevalencia de 63% de presencia de sintomatología de trastornos mentales en la población del departamento de Santa Bárbara, el trastorno mental de mayor prevalencia fue la depresión, seguido del estrés postraumático, la ansiedad, dependencia a las drogas y en menor porcentaje se manifiesta la dependencia al alcohol y la epilepsia. El género femenino manifiesta mayor presencia de probables trastornos mentales, así como las personas mayores de 51 años y los solteros (as) y en relativa similitud la población del casco urbano. Por otro lado las familias de Santa Bárbara manifiestan tener una dinámica familiar funcional, dentro de la población el promedio de las familias más funcionales reportan no tener presencia de sintomatología de trastornos mentales en comparación con las menos funcionales que si presentan probables trastornos mentales. Esto representa un reto para el sistema de salud y demuestra la necesidad de enfocar la atención y recursos hacia la prevención, promoción y tratamiento oportuno de los trastornos mentales.

Palabras Claves: Trastornos Mentales, Dinámica Familiar, Funcionalidad Familiar

ABSTRACT

This study is part of the Mental Health Project in Honduras of the National Autonomous University of Honduras, specifically the Master's Degree in Clinical Psychology, whose objective is to analyze the prevalence of mental disorders and their relationship with Family Dynamics in the adult population of the department of Santa Bárbara, 2016. The research is based on a descriptive, quantitative, cross-sectional design with a polyvalent sampling with selection criteria in which 300 houses were surveyed, 150 of the rural area and 150 of the urban area. The instruments used were the SRQ proposed by WHO for the detection of symptoms of probable mental disorders in adults, the Ortega and Collaborators Family Functional Questionnaire (1999), Informed Consent and the Population Characterization Survey. The results show a prevalence of 63% of the presence of symptoms of mental disorders in the population of the department of Santa Barbara, the most prevalent mental disorder was depression, followed by posttraumatic stress, anxiety, drug dependence and a lower percentage Dependence on alcohol and epilepsy is manifested. The female gender shows a greater presence of probable mental disorders, as well as the people older than 51 years and the single ones and in relative similarity the population of the urban helmet. On the other hand, the families of Santa Barbara show to have a functional family dynamics, within the population the average of the more functional families report not having presence of symptoms of mental disorders compared to the less functional ones than if they present probable mental disorders. This represents a challenge for the health system and demonstrates the need to focus attention and resources on the prevention, promotion and timely treatment of mental disorders.

Keywords: Mental Disorders, Family Dynamics, Family Functionality

Tabla de contenido

Portada	
Título	
Dedicatoria.....	i
Agradecimientos.....	ii
Resumen.....	iii
Abstract.....	iv
Capítulo I.....	4
Introducción.....	45
1.2 Situación Problemática.....	6
1.3 Justificación.....	8
1.5 Objetivos.....	9
General.....	9
Específicos.....	9
1.5 Preguntas de Investigación.....	9
Capítulo II.....	10
Marco Contextual.....	11
2.1. Situación de la Salud Mental y Prevalencia de los Trastornos Mentales.....	11
2.2 Antecedentes Internacionales.....	12
<i>Tabla 1: Trastornos Mentales de mayor prevalencia a nivel mundial.....</i>	<i>13</i>
2.3 Antecedentes Nacionales - Honduras.....	14
2.4 Hogares y tipología de la familia hondureña.....	18
2.5 Antecedentes Locales – Santa Bárbara.....	20
Capítulo III Marco Teórico.....	22
3.1 Salud Mental.....	23
3.2 Determinantes de la Salud Mental.....	25
3.2.1 Determinantes sociales.....	25
3.2.3 Determinante según edad.....	27
3.2.4 Determinantes socioeconómicos.....	27
3.2.5 Determinantes psicológicos.....	28
3.2.6 Determinantes según relación con los padres o cuidadores.....	28
3.2.7 Interacción con el entorno social.....	28
3.2.8 Afrontamiento a acontecimientos vitales.....	28
3.3 Trastornos Mentales.....	29
3.3.1 Concepto de Trastorno Mental.....	29
3.3.2 Diagnóstico y clasificación de los trastornos mentales.....	31
3.4 Factores asociados (de riesgo y de protección) a los trastornos mentales.....	34

<i>Tabla 2: Factores de Riesgo y Protección de la Salud Mental</i>	35
3.5 Familia y Dinámica familiar	36
3.5.1. Funcionalidad en la Dinámica Familiar	39
3.6 Enfoque Sistémico	41
3.6.1. Conceptos: Microsistemas, Mesosistema y Macrosistema familiar del Enfoque Sistémico	41
3.6.2 Teoría General de Sistemas	42
Capítulo IV	46
Metodología	46
4.1 Población objeto de estudio	47
4.2 Muestra	47
<i>Tabla 3: Muestreo de Viviendas del departamento de Santa Bárbara</i>	48
4.3 Hipótesis	50
4.4 Matriz de Operacionalización de variables	50
4.5 Instrumentos	53
4.6 Plan de Análisis	57
Capítulo V	59
Análisis de Resultados	59
5.1 Prevalencia de probables trastornos mentales en la población del departamento de Santa Bárbara	60
5.2 Prevalencia de los principales trastornos mentales en el departamento de Santa Bárbara.	61
<i>Tabla 4. Análisis de Comorbilidad de los trastornos mentales de la población del departamento de Santa Bárbara.</i>	62
5.3 Prevalencia de probables trastornos mentales según características sociodemográficas.	62
5.3.1 Prevalencia de probables trastornos mentales según género en la población de departamento de Santa Bárbara	63
5.3.2 Prevalencia de probables trastornos mentales según rango de edad en el departamento de Santa Bárbara	64
5.3.3 Prevalencia de probables trastornos mentales según estado civil en el departamento de Santa Bárbara	65
5.3.4 Prevalencia de probables trastornos mentales según religión en el departamento de Santa Bárbara	66
5.3.5 Prevalencia de probables trastornos mentales según procedencia geográfica del departamento de Santa Bárbara	67
5.4 Caracterización de la dinámica familiar de la población del departamento de Santa Bárbara.	68
5.5 Nivel de funcionamiento de la dinámica familiar como factor asociado en la presencia de probables trastorno mentales.	69

<i>Tabla 5. Análisis estadístico significativo entre el nivel de funcionamiento de la dinámica familiar y su relación con los probables trastornos mentales</i>	70
5.6 Dinámica familiar según relación con los posibles trastornos mentales de mayor prevalencia.	70
5.7 Dimensiones del nivel de funcionamiento de la dinámica familiar según trastornos mentales de mayor prevalencia	71
<i>Tabla 6. Dimensiones del funcionamiento familiar según ansiedad</i>	71
<i>Tabla 7. Dimensiones de funcionamiento familiar según depresión</i>	72
<i>Tabla 8. Dimensiones de funcionamiento familiar según dependencia Alcohol</i>	72
<i>Tabla 9. Dimensiones de funcionamiento familiar según dependencia a drogas</i>	73
<i>Tabla 10. Dimensiones de funcionamiento familiar según estrés postraumático</i>	73
Capítulo VI Discusión	74
Conclusiones y Recomendaciones	80
Conclusiones	81
Recomendaciones	83
Bibliografía	85
ANEXOS	93

Capítulo I

Introducción

Introducción

La importancia de la salud mental es reconocida por la (Organización Mundial de la Salud OMS, 2001a) como un estado completo de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Se estima que la situación de salud mental en el mundo es que una de cada cuatro personas se ven afectadas por trastornos mentales o neurológicos en algún momento de sus vidas es decir que alrededor de 450 millones de personas sufren actualmente estos trastornos y por lo tanto se ubican entre las principales causas de enfermedad y discapacidad. Este panorama permite observar la necesidad de un mayor posicionamiento de la salud mental en Honduras, ya que es un tema que ha sido dejado a un lado a pesar de conocer los efectos que pueden producir en la salud de las personas.

Por lo tanto el presente estudio tiene como objetivo analizar la prevalencia de trastornos mentales en relación con la dinámica familiar en la población adulta del departamento de Santa Bárbara, con la finalidad que a través de la información obtenida nos brinde un panorama de la situación de salud mental que permita el desarrollo de nuevas estrategias de intervención psicosocial garantizando una atención accesible, descentralizada y preventiva a favor de las comunidades de Santa Bárbara para ayudar a mejorar la atención primaria en salud con un equipo integral y multidisciplinario para la detección oportuna de casos y su respectivo tratamiento y poder hacer efectivo el derecho a un calidad de vida.

Se plantea además la situación de la salud mental a nivel mundial, estudios realizados en nuestro país acerca de la prevalencia de trastornos mentales y se logra identificar como se encuentran conformados las familias hondureñas con el objetivo de conocer si existe una relación entre el nivel de funcionamiento de la dinámica familiar y la presencia de probables trastornos mentales en la población del departamento de Santa Bárbara, finalmente se describe la metodología usada y los hallazgos de este estudio.

1.2 Situación Problemática

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 (OMS, 2001a). En Honduras se estableció que un 35% de hondureños está afectado por estos padecimientos este aumento se atribuye a las condiciones socioeconómicas, la inseguridad ciudadana y desastres naturales (Chirinos et al, 2002). Así mismo 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%) y trastornos del comportamiento en la infancia (5%) (Secretaría de Salud, 2005).

Los determinantes de los trastornos mentales no solo obedece a características biológicas e individuales sino también a factores asociados; en este sentido algunos estratos poblacionales corren un riesgo significativamente mayor de sufrir problemas de salud mental y existe evidencia acerca de que estos factores presentan vínculos con el desarrollo de los trastornos mentales. Generalmente, es el efecto acumulado de la presencia de múltiples factores de riesgo y la falta de factores de protección lo que predispone a los individuos a cambiar de una condición mentalmente saludable a una de mayor vulnerabilidad y finalmente a un trastorno mental con todas las características (Ingram & Prince, 2000).

A través de esto y entre los factores de apoyo social el que se ha considerado más importante es la familia. La dinámica familiar es definido según el enfoque sistémico como el proceso de interacción entre los miembros que determinan el buen o mal funcionamiento de esta unidad biológica natural llamada familia (Hinestroza, 2011). Entonces parece lógico pensar que la dinámica familiar pueda incrementar o no la probabilidad de presentar una dificultad de adaptación en alguno de sus miembros a través de la presencia de algún trastorno mental.

Visto de esta forma, es importante para este estudio determinar la relación que pueda existir entre la dinámica familiar y la prevalencia de trastornos mentales ya que en muchas ocasiones esta prevalencia constituye un grupo de entidades que se manifiestan de tal

manera que muchas veces pasan desapercibidas y su evolución posterior puede o no complicar la situación de una persona por no identificarse tempranamente. A pesar de los avances exitosos en el tratamiento de estos trastornos solo una pequeña minoría de los afectados recibe tratamiento básico. La integración de los servicios de salud mental en la atención primaria es la mejor estrategia para disminuir la brecha en la desigualdad y en el acceso a servicios en este campo, puesto que los hace asequibles y su inversión puede convertirse en mejores niveles de salud y de salud mental (OMS, 2001a).

La red de atención en salud mental en el departamento de Santa Bárbara no funciona, la atención primaria (CESAMOS, CESARES), las Clínicas Materno-Infantil y el Hospital departamental integrado no incluye la intervención en salud mental en parte debido al escaso financiamiento para este servicio (Secretaria de Salud, 2008), sin embargo los datos proporcionados por el Hospital Psiquiátrico Santa Rosita (2014) presentaron una demanda de casos atendidos de prevalencia de trastornos mentales de forma incidente por lo tanto la igualdad de oportunidad de acceso a los servicios de la población de Santa Bárbara queda en inequidad ya que la mayoría de los trabajadores de salud mental se concentran en la capital, sin embargo son insuficientes para la densidad poblacional ante la ausencia de estrategias que posibiliten la descentralización hacia los departamentos.

Así mismo sabemos que un importante número de personas adultas que presentan trastornos mentales pasa desapercibida en nuestra población debido entre otras causas a la identificación incorrecta de la sintomatología, resistencia a acudir en busca de ayuda psicológica, ausencia de servicios comunitarios o a la falta de información respecto a estos servicios. Estos aspectos hacen que todavía exista una cierta distancia entre la demanda de servicios en salud mental por parte de la población de Santa Bárbara y la tasa real de problemas mentales que existen en esta población y no son registrados. En ese sentido, se hace necesario recurrir a estudios para intentar determinar las cifras de prevalencia de estos trastornos, así como las patologías más comunes en el ámbito de la salud mental (OMS, 2003).

1.3 Justificación

El desarrollo de políticas en el ámbito de salud mental en Honduras necesita información sobre la situación actual de la prevalencia de los trastornos mentales y las variables que influyen en la aparición de estos, ya que se trata de sondear el impacto de las acciones desarrolladas y el establecimiento de programas en salud mental considerando esta investigación como parte de un inicio para su adecuada formulación.

Por lo tanto, es una necesidad conocer datos estadísticos sobre la prevalencia de los trastornos mentales y la brecha de tratamiento que está dada por la diferencia entre las tasas de prevalencia verdadera y las de las personas que han sido tratadas debido a la falta de recurso humano especializado para la atención de esta situación. Si se dispone de mayor información se hace más factible abogar por los intereses de las personas que necesitan atención en salud mental, se espera que los datos generados sean una herramienta útil para evaluar las intervenciones que se están realizando con el fin de reformular programas de intervención psico-social que garanticen una atención accesible, descentralizada y preventiva a favor de las comunidades especialmente las más vulnerables por el sistema.

Por ende este panorama permite observar la necesidad de un mayor posicionamiento del tema de salud mental en Honduras, ya que es un terreno multidimensional y las teorías fundamentales han sido elaborada en los países desarrollados pero en la población hondureña se requiere de una conceptualización y teorización que se ajuste al contexto y se adecue a las necesidades para un mejor funcionamiento de la misma, por lo tanto se requiere de esfuerzos permanentes porque la problemática social de los últimos años está mostrando sus efectos en la salud de las personas; y en la medida en que se logre identificar de manera temprana los factores de riesgos que puedan presentar trastornos mentales permitirá evitar situaciones de crisis que pueden acarrear la muerte en muchos de los casos o contener de alguna manera el sufrimiento humano que produce el agotamiento de la capacidad de solución de los problemas incluso cotidianos.

1.5 Objetivos

General

-Analizar la prevalencia de los trastornos mentales en relación con la dinámica familiar en la población adulta en el departamento de Santa Bárbara, junio 2016.

Específicos

-Identificar los probables trastornos mentales de mayor prevalencia en el departamento de Santa Bárbara.

-Determinar el nivel de funcionamiento de la dinámica familiar en el departamento Santa Bárbara.

-Identificar el nivel de funcionamiento de la dinámica familiar en la prevalencia de trastornos mentales.

-Describir las principales características sociodemográficas (género, edad, procedencia geográfica) de las personas con probables trastornos mentales.

1.5 Preguntas de Investigación

¿Cuál es el porcentaje de prevalencia de los probables trastornos mentales en el departamento de Santa Bárbara?

¿Cuáles son los trastornos mentales de mayor prevalencia en la población del departamento de Santa Bárbara?

¿Cuál es el tipo de funcionamiento de la dinámica familiar en la población del departamento de Santa Bárbara?

¿Cuál es el nivel de funcionamiento de la dinámica familiar en la prevalencia de trastornos mentales en la población del departamento de Santa Bárbara?

¿Cuáles son las principales características sociodemográficas de las personas que presentan probables trastornos mentales en el departamento de Santa Bárbara?

Capítulo II

Marco Contextual

Marco Contextual

En este apartado se describe sobre la situación de la salud mental a nivel internacional sintetizando esta información con estudios que describen la prevalencia de los trastornos mentales en el mundo, seguidamente se plasman los estudios que se han realizado en el contexto hondureño y son relacionados con factores y finalmente se hace una breve descripción de esta problemática en el departamento de Santa Bárbara.

2.1. Situación de la Salud Mental y Prevalencia de los Trastornos Mentales

La salud mental es tan importante como la salud física para el bienestar general de los individuos, las sociedades y los países. Pese a ello, sólo una pequeña minoría de los 450 millones de personas a nivel mundial que padecen un trastorno mental o del comportamiento está en tratamiento y algunos avances en la neurociencia y la medicina conductual han demostrado que al igual que muchas enfermedades orgánicas, los trastornos mentales son consecuencia de una compleja interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales (OMS, 2001a).

En la actualidad sabemos que la mayor parte de las enfermedades tanto mentales como físicas obedecen a una combinación de múltiples factores por lo que nuestra comprensión de la relación entre la salud mental y la salud física se está ampliando rápidamente. Durante las últimas dos décadas se han realizado estudios sobre la prevalencia de los trastornos mentales en la población general y de cómo la dinámica familiar se vuelve un factor predisponente, estos estudios han venido a mostrar que los trastornos mentales son frecuentes (Wittchen, Muller, Pfister, Winter, & Schmidtkunz, 1999) y causan una alta discapacidad (Murray, 2001).

En Colombia según el estudio realizado por Marin (2010), cuyo objetivo fue establecer la prevalencia de trastornos mentales y los estresores psicosociales asociados en usuarios de consulta externa de psicología utilizando la mini entrevista internacional neuropsiquiatra, los resultados muestran que los trastornos de mayor prevalencia fueron: depresión mayor pasada 26.41%, depresión mayor actual 20.75%, trastorno por angustia 14.15%, ansiedad generalizada 13.20%, fobia social 10.37%, y abuso de dependencia de alcohol 10.37%.

En España se realizó un estudio epidemiológico sobre los trastornos mentales cuyos resultados muestran que un 19,5% de las personas presentaron un trastorno mental en algún momento de su vida (prevalencia-vida) y un 8,4% en los últimos 12 meses (prevalencia-año). El trastorno mental más frecuente es el episodio depresivo mayor, que tiene un 3,9% de prevalencia-año y un 10,5% de prevalencia-vida, seguido de la fobia específica, el trastorno por abuso de alcohol y la distimia. Los factores asociados a padecer un trastorno mental son el sexo femenino, estar separado, divorciado o viudo, y estar desempleado, de baja laboral o con una incapacidad (Haro et al., 2002).

En un estudio comunitario publicado en América Latina y el Caribe entre 1980 y 2004 se obtuvieron los siguientes resultados: Las psicosis no afectivas (entre ellas la esquizofrenia) tuvieron una prevalencia estimada de 1,0%; la depresión mayor, de 4,9%; y el abuso o la dependencia del alcohol, de 5,7%. Más de la tercera parte de las personas afectadas por psicosis no afectivas, más de la mitad de las afectadas por trastornos de ansiedad y cerca de tres cuartas partes de las que abusaban o dependían del alcohol no habían recibido tratamiento psiquiátrico alguno sea en un servicio especializado o en uno de tipo general (Kohn et al., 2005).

2.2 Antecedentes Internacionales

La Organización Mundial de la Salud (2001a) en su informe sobre la Salud en el Mundo plantea que entre las diez primeras causas de discapacidad en el mundo, cuatro corresponden ya a trastornos mentales; en los países en desarrollo a la mayoría de las personas con enfermedades psiquiátricas graves como la depresión, la demencia, la esquizofrenia y la toxicomanía se les deja que afronten como puedan sus cargas personales esto debido a que el presupuesto para salud mental de la mayoría de los países es inferior al 1% del gasto total en salud.

Hay sólo un psiquiatra por cada 100 000 personas en más de la mitad de los países en el mundo. Los pobres a menudo soportan la mayor carga de trastornos mentales, tanto en términos del riesgo de sufrirlo como de no tener acceso al tratamiento. La relación entre carga de morbilidad y gasto en salud es claramente desproporcionada. Más del 40% de los países no disponen de una política de salud mental y en más del 30% no existe un programa dedicado a ella. (OMS, 2001a).

Los trastornos mentales son universales puesto que afectan a personas de todos los países y sociedades, a individuos de todas las edades, mujeres y hombres, ricos y pobres, residentes en entornos urbanos y rurales, así mismo una de cada cuatro familias al menos uno de sus miembros puede sufrir un trastorno mental o del comportamiento. Estas familias no sólo proporcionan apoyo físico y emocional, sino que soportan las consecuencias negativas de la estigmatización y la discriminación (OMS, 2001b).

En lo que respecta a la prevalencia de probables trastornos mentales de acuerdo a los estimados proporcionados, alrededor de 450 millones de personas padecen de trastornos mentales, como lo muestra la siguiente tabla:

Tabla 1: Trastornos Mentales de mayor prevalencia a nivel mundial

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

Prevalencia de trastornos mentales en el mundo (OMS, 2001a). La depresión, consumo de sustancias y ansiedad es medianamente alto según los últimos reportes de la OMS, tal situación afecta indiscutiblemente la población mundial.

Se ha estimado que en 1990, los trastornos mentales y neurológicos eran responsables del 10% de trastornos diagnosticados. En 2000 ese porcentaje había aumentado al 12%, y se prevé que llegará hasta el 15% en 2020. Los más frecuentes, responsables por lo general de discapacidades importantes son: los trastornos depresivos, los debidos al uso de sustancias psicoactivas, la esquizofrenia, la epilepsia, la enfermedad de Alzheimer, el retraso mental y los trastornos de la infancia y la adolescencia. Los factores asociados a la prevalencia, la aparición y la evolución de los trastornos mentales y conductuales son la pobreza, el sexo, la edad, los conflictos y desastres, las enfermedades físicas graves y el entorno socio familiar (OMS, 2001a).

2.3 Antecedentes Nacionales - Honduras

Honduras se encuentra ubicada justo al medio de Centro América, con límites al nororiente con Guatemala y Belice, al suroeste con El Salvador y al sudeste con Nicaragua. Con una extensión territorial de 112,492 Kms², una población para el 2011 de 8,215,313 habitantes y una densidad poblacional de 73 personas por Kms². El país se divide en 18 departamentos: Atlántida, Colón, Comayagua, Copán, Cortés, Choluteca, El Paraíso, Francisco Morazán, Gracias a Dios, Intibucá, Islas de la Bahía, La Paz, Lempira, Ocotepeque, Olancho, Santa Bárbara, Valle y Yoro. El idioma oficial es el español, aunque existe diversidad étnica donde algunos grupos conservan su lengua nativa como los garífunas y los misquitos (Instituto Nacional de Estadística INE, 2012).

El sistema de salud hondureño es un sistema mixto, constituido básicamente, por el sector público: Secretaría de Salud (SESAL), Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) y el sector privado con y sin fines de lucro. La Secretaría de Salud, brinda servicios a la población de escasos recursos económicos, sin embargo acuden personas de todos los niveles sociales; el IHSS brinda servicios de salud a la población trabajadora y a sus beneficiarios afiliados al sistema de aseguramiento.

Se estima que el 82 por ciento de la población tiene acceso a los servicios de salud, 60 por ciento a través de la Secretaría de Salud, 12 por ciento por parte del Instituto Hondureño de Seguridad Social y un 10 por ciento por el sector privado. Según datos del área de sistemas de información de la Secretaria de Salud, la red con mayor número de establecimientos del país pertenece a la Secretaría de Salud, red que actualmente cuenta a nivel nacional con 1587 Unidades de Salud, 28 hospitales, 68 clínicas Materno Infantil (CMI), 444 CESAMO, 3 CLIPER y 1044 CESAR (Secretaría de Salud, 2005).

El IHSS cuenta con 2 hospitales y 18 establecimientos de atención ambulatoria. El subsector privado, organizaciones no gubernamentales y otras instituciones administran 108 hospitales y 820 establecimientos ambulatorios. En términos de personal de salud, se estima que existen 1 médico, 0.34 enfermeras profesionales, 1.3 auxiliares de enfermería y 0.15 odontólogos por cada 1,000 habitantes (INE, 2012) .

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 en 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. La mayoría de los recursos de atención sanitaria disponibles se destinan actualmente a la atención y el tratamiento especializados de los enfermos mentales y, en menor medida, a un sistema integrado de salud mental. Aún más reducidos son los fondos disponibles para la promoción de la salud mental (INE, 2012).

En un estudio realizado por (Chirinos et al, 2002) reportó una prevalencia de trastornos mentales del 35%, dicho estudio demostró que el caso de algunos trastornos, al igual que otros países en vías de desarrollo, obedece al incremento en el abuso de sustancias psicoactivas es uno de los problemas de mayor impacto para la salud mental de la población. Entre las sustancias capaces de desarrollar problemas y dependencia está el alcohol y el tabaco, consideradas drogas lícitas de mayor índice de consumo en diferentes grupos de la población (Instituto Hondureño de Alcoholismo, Drogadicción y Farmacodependencia, 2004).

A si mismo otra investigación realizada en la población privada de libertad en la Penitenciaría Central de Honduras muestra que la tasa de prevalencia de trastornos mentales fue de 43.7% encontrándose dos o más patologías en 41.9% de los individuos reclusos (Irias, Martínez, Amaya, Soto, & Reyes, 1999), tasa inferior a la reportada en estudios realizados en prisiones de países anglosajones 56.6% pero superior en comparación con la prevalencia del 25% según la OMS. La prevalencia por probable trastorno mental correspondieron a drogadicción 24.3%, psicosis 20.1%, alcoholismo 13.4%, epilepsia 4.5%, depresión 3.5% y ansiedad 1.8%.

En la comunidad de Villa Nueva, Región Metropolitana la tasa de prevalencia de trastornos mentales fueron: ansiedad 20.5%, depresión 13.1%, psicosis 0.8%, epilepsia 1.2%, alcoholismo 6.2%, consumo de drogas 14.8%. La prevalencia global estimada de trastornos mentales en la población fue de 56.7%, siendo más frecuente en los hombres que en las mujeres 64.9% y 39.4% respectivamente, se concluyó que las elevadas prevalencias están asociadas con el estrés ocasionado por el hacinamiento, bajos ingresos, lo que constituye necesidades básicas insatisfechas y la violencia (Paz et al., 1999).

Otro de los estudios realizados en Honduras cuyo objetivo fue determinar la prevalencia y factores asociados a depresión en mujeres mayores de 18 años en comunidades rurales de Alubaren (Francisco Morazán) y Flores (Comayagua) describe que la prevalencia de depresión fue 2.7% siendo está relativamente baja, sin embargo fue posible determinar asociaciones significativas en cuanto a la violencia física y el tipo de relaciones familiares (Aguilar et al., 2010).

En la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2011-2012 se presenta el porcentaje de hombres de 15-49 años que reportaron síntomas específicos en el área de salud mental. De los siete síntomas indagados en esta área, un 55% de los hombres refirieron tener por lo menos algún síntoma con la frecuencia mayor en hombres divorciados/separados/viudos y en hombres rurales. En relación al nivel educativo, existe una brecha de 40 puntos porcentuales en la proporción de hombres que refieren tener por lo menos algún síntoma en el área de salud mental (69 y 29 puntos porcentuales en hombres sin educación y con educación superior, respectivamente).

En 14 de los 18 departamentos entre 50 y 85 por ciento de los hombres refieren tener por lo menos algún síntoma en el área de salud mental. Los extremos se observan en Gracias a Dios (85%) y en Choluteca (47%). Los síntomas de salud mental referidos con mayor frecuencia son: dificultad para tomar decisiones y dolores de cabeza y en la nuca con mayor intensidad (22% cada uno); asustarse con facilidad (20%); y llorar con facilidad (19%) (INE, 2013).

El estado de Honduras ha creado decretos legislativos para el establecimiento de una visión de país y adopción de un plan de salud en donde las políticas de salud mental no son aplicadas a la población, que unido esto la crisis socioeconómica actual la tendencia, prevalencia, incidencia y demanda de trastornos de salud mental se han incrementado considerablemente al grado que los dos únicos hospitales de referencia nacional el Hospital Nacional Psiquiátrico Santa Rosita y Hospital Doctor Mario Mendoza resultan insuficientes para con las demandas de atención (Hospital Nacional Psiquiátrico Santa Rosita, 2014).

En los años comprendidos del 2009 al 2013, se reportaron que los trastornos mentales debido al consumo del alcohol (7,220 casos) son el mayor número de atenciones que se realizan en el Hospital Santa Rosita, seguidamente de los trastornos del humor (Bipolar, Depresión y Distimia 363 casos) y en tercer lugar la esquizofrenia (227 casos). En lo que respecta a la atención según procedencia, el departamento de mayor demanda es Francisco Morazán (7.683 casos), en segundo lugar Comayagua (960 casos), seguido de Cortés (522 casos) y en similar número está El Paraíso (343 casos), La Paz (325 casos), Intibucá (299 casos), Olancho (283 casos) y en menor número Choluteca (210 casos) y Santa Bárbara con 207 casos (Hospital Nacional Psiquiátrico Santa Rosita, 2014).

En relación a los datos brindados por el departamento de estadística del Hospital Mario Mendoza en base a las atenciones reportadas en el periodo comprendido del 2009 al 2013; los trastornos del humor representan el mayor porcentaje de atenciones con 160,949 casos, seguido de los trastornos neuróticos secundarios a situaciones estresante y somatomorfos con 39,057 casos y en tercer lugar, la epilepsia con 35,238 casos (Hospital Doctor Mario Mendoza, 2014).

Según el plan de salud 2021 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). Esta propuesta muestra las dificultades de clasificación que se tiene cuando se hace referencia en trastornos mentales, en este sentido la OMS tiene una propuesta de clasificación CIE 10 y la Asociación Americana de Psiquiatría tiene su Manual de Clasificación de los Trastornos Mentales DSM-V o su versión actual DSM-5.

Vista la descripción de la situación de salud mental a nivel nacional es de suma importancia conocer la interacción o funcionamiento de la dinámica familiar partiendo de los tipos de hogares que prevalecen en el contexto hondureño ya que puede ser un factor para amortiguar o exacerbar la presencia de un probable trastorno mental.

2.4 Hogares y tipología de la familia hondureña

En la sociedad hondureña predominan factores que dificultan el desarrollo de dinámicas familiares que promuevan la unidad para compartir vivencias diarias favorables a la formación de sus integrantes de forma tal que adquieran las herramientas necesarias para asumir funciones con responsabilidad y que coadyuven al bienestar personal. En general, se puede observar la ausencia de los ingredientes necesarios que debe predominar en una familia: el respeto, la admiración, la comunicación, la unión y el amor (Sierra, 2016).

Las familias hondureñas presentan características heterogéneas al observarlas desde el ángulo de las relaciones familiares y la composición orgánica de su estructura. Si bien las privaciones asociadas a la condición de sus necesidades básicas y los ingresos son homogéneos, no es así cuando se trata de evaluar el estado psicosocial de las mismas. En consecuencia la atención integral de tales familias por parte del estado y las empresas socialmente responsables debe ser de manera diferenciada y homogénea abarcando las múltiples privaciones de derechos, deficiencias de necesidades básicas y de ingresos con miras a elevar la calidad de vida.

En relación al número de hogares en el país han tenido una tendencia al aumento en los últimos años, incluso con una tasa de crecimiento superior a la de la población en general (3.6% de 1988- 2001). El número promedio de personas por hogar muestra un declive incipiente producto de la reducción de las tasas de fecundidad en el país (Flores, 2003). Este tipo de hogares son familiares, que son aquellos donde están presentes relaciones de parentesco entre sus miembros, representan porcentajes alrededor del 95% del total a sí mismo la mayoría de los hogares son nucleares, los que al igual que otros países de Latinoamérica alcanzan un 55% del total de hogares y vive en ellos más de la mitad de la población.

La existencia de alrededor de un 33% de hogares extendidos es un hecho que merece atención. La conformación típica de los hogares hondureños gira en torno a núcleos familiares, integrados por una pareja, hijos y otros agregados como parientes y no parientes, que representan más del 60% del total de hogares y el 70% de la población total.

Otra derivación importante de la composición de los hogares es aquella integrada por solamente un miembro de la pareja (jefe) e hijos (en el caso nuclear), o la misma con formación más otros agregados como parientes (en el caso extendidos) o no parientes (Compuestos) (INE, 2003).

Actualmente el 30% de los hogares familiares hondureños es monoparental (sólo un miembro de la pareja) y además el 71% de los monoparentales tienen jefatura femenina que están asociadas a estadios de separación, viudez y divorcio y estos hogares predominan más en áreas urbanas que en las rurales. Las etapas del ciclo vital familiar que tienen más importancia para los hogares hondureños son aquellas donde el núcleo está en expansión, con hijos menores de 19 años, no está ni en la etapa inicial (familias recientes sin hijos) ni en la etapa final (familias nido vacío) (Flores, 2003).

El ciclo de vida familiar se enfoca en la identificación de las etapas o fases de las familias desde su formación, expansión hasta su disolución en un orden secuencial lineal. Otras limitantes importantes son que el ciclo de vida familiar no cubre todos los tipos de familia, rechaza los solteros, familias sin niños, los nunca casados, así como otros eventos como el volver a casarse, la migración, restringido al tipo de familia nuclear y a matrimonios estables. Las etapas del ciclo vital de los hogares familiares que tienen mayor importancia en Honduras son aquellas donde el núcleo está en expansión, es decir está creciendo, con hijos menores de 19 años, no está ni en la etapa inicial (familias recientes sin hijos) ni en la etapa final (familias nido vacío) que dicho de paso tienen porcentajes bajos (Flores, 2003).

Es decir la familia hondureña como organización fundamental de la sociedad cuando están expuestos a pobreza extrema y vulnerabilidad tienden a distanciarse de la sana convivencia para el desarrollo de la persona, y su función educativa es deficiente en la formación de valores, dejando de ser el espacio donde se enseña a vivir en responsabilidad, en derechos y obligaciones, ya sea en la misma familia o en la sociedad. En la gran mayoría de las familias hondureñas existe la desintegración y la disfuncionalidad, y se han convertido, en características dominantes en su desarrollo cotidiano, lo cual afecta a la sociedad hondureña en su conjunto.

2.5 Antecedentes Locales – Santa Bárbara

El departamento de Santa Bárbara ubicado en la parte noroccidental de Honduras es uno de los 7 departamentos originalmente creados por el primer jefe de estado de Honduras, Dionisio de Herrera el 28 de junio de 1825. Su capital departamental es la ciudad de Santa Bárbara, la población es de aproximadamente unos 400,367 habitantes. Este departamento está dividido en 28 municipios y posee unas 312 aldeas y más de 1000 caseríos, limita al norte con la República de Guatemala, al sur con los deptos. de Lempira, Intibucá y Comayagua y al oeste nuevamente con Guatemala y Copán dividido por la Sierra Montañosa del Espíritu Santo.

En relación a su economía; las tierras en su mayoría están destinadas a la agricultura, ganadería, café, la industria artesanal que comprende la elaboración de sombreros de junco, alfombras de palma, alfarería, entre otros. La minería está presente con el yacimiento subterráneo más grande de Centroamérica, como lo es la mina del Mochito.

En relación al nivel de educación de la población masculina de los hogares de Santa Bárbara se encuentra: sin educación 12.3%, primaria incompleta 43.0%, primaria completa 26.1%, secundaria incompleta 11.2%, secundaria completa 5.1%, superior 2.2% de un total de 2,145 hombres encuestados. En cuanto a la población femenina los datos nos indican que el 13.9% es sin educación, 26.6% con primaria incompleta (de 1er a 3er grado), el 35.5% primaria incompleta (de 4to a 6to grado), 21.6% con secundaria, 2.2% con nivel superior, de un total de 2,137 mujeres encuestadas (INE, 2013).

En base a los datos reportados por la Secretaria de Salud (2008), las unidades de salud que actualmente están dando respuesta en el departamento de Santa Bárbara son 9 CESAMOS, 25 CESARES, 4 clínicas Materno-Infantil y 1 Hospital Departamental Integrado. Además en Sula funciona un pequeño hospital privado de 6 camas y en la actualidad opera una pequeña clínica con medico a cargo de 10 clínicas privadas ambulatorias distribuidas así: 4 en Quimistan, 1 en San Marcos, 4 en Macuelizo y 1 en Azacualpa.

En lo que respecta a la salud mental, en el estudio realizado por (Chirinos et al, 2002) acerca de la prevalencia de los trastornos mentales los datos revelan que en lo que respecta a Santa Bárbara, solo se tomó la comunidad de Zacapa que manifiesta que es una de la 5 comunidades con menor prevalencia de trastornos mentales, de igual manera según los datos proporcionados por el Hospital Psiquiátrico Santa Rosita (2014), el departamento de Santa Bárbara se encuentra en el último lugar en relación a la prevalencia de casos de trastornos mentales atendidos en este servicio entre los años 2009 al 2013, de 9 departamentos que fueron reportados.

Por lo tanto la información obtenida sobre la situación de la salud mental y la dinámica familiar en Honduras específicamente en el departamento de Santa Bárbara nos da la pauta para investigar aún más ya que es una temática de relevancia conocer la prevalencia de trastornos mentales y al ser la familia la base de la sociedad es fundamental relacionarla con estos, por lo que es importante conocer el marco referencial que ayuda a entender esta problemática.

Capítulo III

Marco Teórico

Marco Teórico

En este apartado se detalla aspectos y conceptos relacionados con la salud mental, trastornos mentales objeto de estudio, determinantes de la salud mental, factores asociados (de protección y de riesgo), dinámica familiar y sus tipos de funcionamiento así como argumentos teóricos que se sustentan en base a un marco referencial a esta investigación.

3.1 Salud Mental

La Organización Mundial de la Salud (2001a) definió la salud como “un estado de bienestar físico, mental y social completo y no meramente la ausencia de enfermedad o padecimiento“. Por lo tanto, la salud incluye el funcionamiento mental, físico y social, los cuales están estrechamente relacionados y son interdependientes. Existe evidencia que indica que las enfermedades físicas y mentales pueden acompañar, seguir o precederse una a otra, así como hay evidencia que indica que los trastornos mentales aumentan el riesgo de enfermedad física y viceversa.

Así mismo la OMS (2013a), definió la salud mental más integradora que abarca una amplia gama de actividades directas o indirectas relacionadas con el componente de bienestar mental y no es simplemente el resultado de conflictos sociales y la falta de adaptación del hombre, ni percibida como la ausencia de enfermedad, es más bien 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.

Por lo tanto la salud mental se relaciona con emociones, pensamientos y comportamientos. Una persona con buena salud mental es generalmente capaz de manejar los eventos y obstáculos de la vida diaria, trabajar para alcanzar metas importantes y funcionar de manera efectiva en la sociedad. Sin embargo, aún pequeños problemas de salud mental pueden afectar las actividades cotidianas en una medida tal, que los individuos no pueden funcionar como quisieran o como se espera dentro de la familia y la comunidad (Kessel & Uston, 2000).

Algunos autores como Pichón Riviére definen que “la salud mental consiste en un aprendizaje de la realidad a través del enfrentamiento, manejo y solución integradora de los conflictos” este autor sostiene que una persona mentalmente sana es aquella capaz de hacer frente a la realidad de una manera constructiva, convirtiendo una experiencia negativa en una experiencia útil, tratando de encontrar la mayor satisfacción en dar que en recibir, principio básico para crear y mantener relaciones interpersonales adecuadas y satisfactorias (Balmaceda, 2013).

Por otra parte el concepto de salud mental se percibe como un resultado de capacidades únicas que alcanzan al ser humano y trae consigo habilidades para poder relacionarse con los demás de manera armoniosa como lo define (Tobon, Lopez, & Ramirez, 2013) al decir que el conjunto de valores proporcionan al individuo capacidades únicas para tener una buena relación intrapersonal que le permite establecer relaciones interpersonales que le ayuden a interactuar en un contexto globalizado.

Desde la perspectiva biológica existe una marcada relación entre salud física y salud mental; este modelo plantea que no hay salud sin salud mental por lo que la relación entre los componentes físico y mental de la salud es múltiple y variada, los trastornos mentales aumentan el riesgo de padecer otras enfermedades y de sufrir lesiones no intencionales. Pero también es responsabilidad propia del ser humano cuidar y mantener su salud mental, desde su propia voluntad (Rodríguez, 2011).

Visto que la salud mental abarca diferentes dimensiones y definiciones como punto final podemos decir que es parte de nuestra responsabilidad tener o no el goce de está ya que dependiendo de la forma en que nos cuidemos lograremos mantener un bienestar y un estilo de vida saludable que logre traer estabilidad emocional para hacerle frente a las adversidades que se nos presenten en base al desarrollo de nuestras capacidades y así poder evitar en la menos medida posible el desarrollo de trastornos mentales que se configuran un problema de salud pública ya que implica costos y el impacto a nivel individual, familiar y social es alto volviéndose un gran tema de suma importancia.

Por lo tanto comprender que es lo que predispone de gozar o no de una buena salud mental dependerá en cierta medida de los determinantes que se asemejan e influyen en esta por lo que se describirá a continuación.

3.2 Determinantes de la Salud Mental

En este apartado se pone de manifiesto los diversos determinantes posibles generadores de los problemas de salud mental que contribuyen una prueba de su capacidad de respuesta y adaptación en las situaciones vitales a las que se ve abocado el individuo, por lo que en base la importancia de la investigación y a la problemática presentada se hace hincapié en los determinantes de salud mental que se enfocan en diversos factores sociodemográficos, socioeconómicos y psicológicos.

3.2.1 Determinantes sociales

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

En las naciones occidentales se consideran determinantes de los de los problemas de salud mental a las acontecimientos sociales que se relacionan con la discriminación, el empobrecimiento, enfermedades crónicas, la violencia, los jóvenes expuestos a sustancias psicotrópicos, el maltrato doméstico, el desempleo, el estrés, todo esto causa una creciente preocupación, sobre todo por el incremento emergente de los padecimientos de un sin número de variables de trastornos mentales (OMS, 2001a).

Los determinantes sociales mencionados anteriormente se vuelven una constante en detrimento de las personas que lo padecen, ya que causan cada vez más desigualdades entre la población general sufriendo de violaciones de sus derechos y a muchos se les niegan derechos económicos, sociales, se les imponen restricciones al trabajo y a la educación, así como a los derechos reproductivos y al derecho a gozar del grado más alto posible de salud (OMS, 2013b).

3.2.1. Determinantes según género

En la investigación realizada en el Hospital Nacional Psiquiátrico Santa Rosita comprendido entre los años 2009 al 2013, nos revela que las atenciones por trastornos mentales y del comportamiento de acuerdo al género masculino reporta un superior número de atenciones por primera vez con 11,547 por otro lado el número de atenciones por primera vez del género femenino es de 4,124 también comprendidos desde los años del 2009 al 2013 (Hospital Nacional Psiquiátrico Santa Rosita, 2014).

También en el mismo estudio se demostró un claro aumento de las atenciones en el género masculino donde se reportó el mayor número de atenciones subsiguientes con 28,873 por trastornos mentales, por otro lado las atenciones subsiguiente para el género femenino es de 10,835 por trastornos mentales, se ve un claro aumento de la prevalencia de los trastornos mentales por año, así como una mayor prevalencia por parte del género masculino en cuanto a padecer de trastornos mentales y del comportamiento (Hospital Nacional Psiquiátrico Santa Rosita, 2014).

Por otro lado comparando con las investigaciones antes expuestas también se exponen los datos del Hospital Doctor Mario Mendoza entre los años comprendidos del 2009 al 2013, en donde a diferencia del Hospital Santa Rosita aquí el género femenino alcanza una mayor prevalencia de trastornos mentales con un total de 319,495 mujeres atendidas por trastornos mentales, por otro lado las atenciones por trastornos mentales al género masculino es de 205,535 atendidos por trastornos mentales (Hospital Psiquiátrico Mario Mendoza, 2014).

Según los datos obtenidos en las investigaciones llevadas a cabo en los dos principales Hospitales Psiquiátricos del país entre los años comprendidos de 2009 al 2013, muestra un aumento significativo por año de la prevalencia de los trastornos mentales y del comportamiento también pone de manifiesto que la prevalencia de trastornos mentales no parece diferir entre la población masculina y la femenina ya sea por atenciones por primera vez o atenciones subsecuentes.

A continuación se describe los determinantes de salud mental manifiestos en la prevalencia de trastornos mentales según edad.

3.2.3 Determinante según edad

La edad es un determinante para el surgimiento y exacerbación de los trastornos mentales lo que puede sugerir que la prevalencia de los mismos tiende a incrementarse en la medida que se tienen más años de edad como se describe en los datos obtenidos en el Hospital Nacional Santa Rosita donde la edad por atención por trastornos mentales nos muestran que pacientes entre 1 a 9 años de edad (niños) ha sido de 202 atenciones, por otro lado las atención de pacientes entre 10 y 14 años (pre-adolescentes) ha sido de 575 y la atención de pacientes entre 15 y 19 años (adolescentes) ha sido de 1,219 durante los años comprendidos 2009 al 2013 (Hospital Nacional Psiquiátrico Santa Rosita, 2014).

Por otra parte los pacientes entre 20 y 24 años de edad han sido de 3,067 durante los años del 2009 al 2013, en cuanto al registro de pacientes entre 25 y 39 años de edad es de 19,369 la atención de pacientes entre 40 y 59 años de edad es de 24,614 también se observa que la atención de pacientes con 60 años y más (adultos mayores) es de 5,792 durante los años antes mencionados. Se puede observar que la población en edades entre 20 y 39 años de edad representa el mayor número de casos atendidos de igual manera la población entre 40 y 59 años de edad también representa otro bloque de edades de mayor intención por problemas de trastornos mentales (Hospital Nacional Psiquiátrico Santa Rosita, 2014).

3.2.4 Determinantes socioeconómicos

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

3.2.5 Determinantes psicológicos

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

3.2.6 Determinantes según relación con los padres o cuidadores.

Una buena relación entre padres/cuidadores y los niños permite que estos desarrollen con normalidad funciones como el lenguaje, el intelecto y el control de las emociones. Ese desarrollo puede verse interferido si el padre/cuidador sufre problemas de salud mental u otras enfermedades, o si alguno de estos fallece. Cuando los niños se ven privados de la atención de sus cuidadores tienen más probabilidades de padecer trastornos mentales y del comportamiento ya sea durante la infancia o en el desarrollo de su vida (OMS, 2001a).

3.2.7 Interacción con el entorno social.

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

3.2.8 Afrontamiento a acontecimientos vitales

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

3.3 Trastornos Mentales

En los párrafos anteriores se pone de manifiesto a los determinantes de la salud como factores que pueden influir al desarrollo de un trastorno mental, en este apartado se realiza una conceptualización de los trastornos mentales y se hace una breve descripción de la evolución que ha tenido este término a lo largo de la historia, su etiología y se explica cada una de las categorías diagnósticas de trastornos mentales que se investigaron debido a que el aumento progresivo de los trastornos mentales en el mundo hace para este estudio la importancia de establecer la prevalencia y como estos afectan a los individuos y la sociedad.

3.3.1 Concepto de Trastorno Mental

Según la OMS (2001a) el término «trastorno mental» se utiliza no solamente para referirse a una serie de trastornos mentales sino también para problemas conductuales que se encuentran descritos en la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud, décima revisión (CIE-10). Dentro de los cuales se incluyen los trastornos que en el último tiempo han elevado la morbilidad como ser la depresión, los trastornos por abuso de sustancias, las ahora llamadas discapacidades intelectuales, la demencia, ansiedad, esquizofrenia, el trastorno afectivo bipolar y trastornos conductuales.

Así mismo se puede decir que un trastorno mental aparece en un contexto determinado (biológico) que puede ser influido por los recursos existentes ya sean internos o externos, pensamientos, comportamientos y formas de interpretar la realidad de la persona (psicológico) que va afectar su entorno y las relaciones con los otros (social); sin embargo en ocasiones resulta complicado determinar cuando alguien tiene un trastorno mental por lo que hay que delimitar lo que es normal de lo que no es (Fernández, 2007).

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

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

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

Por lo tanto la pérdida o carencia de salud mental se denomina trastorno mental definido como un síndrome donde su característica principal es la alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, asociado a un estrés que a su vez puede mantener inestable emocionalmente a un individuo y provoca un deterioro en las áreas social, laboral o en las actividades importantes de este y son reflejados en una disfunción de los procesos biológicos y psicológicos que prevalecen en su función mental (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

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

Entonces es de suma importancia tener los criterios, estrategias y herramientas adecuadas para poder realizar un diagnóstico efectivo y de esta forma poder ser tratado mediante la atención pertinente y especializada continuando con el proceso psicoterapéutico y farmacológico que se adecue a la situación de cada individuo y comunidad pudiendo diseñar protocolos e instrumentos que sean validados y ser utilizados al momento de la detección de un trastorno mental o la presencia de los síntomas relacionados en la población vulnerable (OMS, 2001b).

3.3.2 Diagnóstico y clasificación de los trastornos mentales

Los criterios para realizar el diagnóstico de un trastorno son medios para establecer el mismo que deben ser utilizada por el juicio clínico e ir acompañada de la entrevista clínica y la información que da la familia y terceros del individuo para indagar y conocer más acerca de la situación actual de este; ya que la persona al ser diagnosticada con un trastorno mental se muestra con un malestar clínicamente significativo, que influye en un deterioro en las diferentes áreas de relación del individuo (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

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

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

En los últimos años ha habido avances en la normalización de criterios clínicos que describen los síntomas y signos más comunes a través de la evaluación, las entrevistas estructuradas e instrumentos para el diagnóstico de un trastorno mental que son válidos que permiten al profesional de la salud a obtener información confiable.

Así como el concepto de trastornos mentales es dado según diversos autores, su clasificación en categorías es todavía inexacta y varían según las escuelas que trabajan en ello, por lo que la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) creó el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM), decidieron uniformar criterios con la Organización Mundial de la Salud que creó el sistema internacional denominado Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), ahora en su versión número 11, cuyo uso está generalizado de forma universal y se uniforma con el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2002).

Por lo tanto este estudio de naturaleza descriptiva no pretende especificar con claridad los trastornos mentales debido a que los resultados están condicionados por el instrumento utilizado que mide síntomas de algunos trastornos mentales pero sin alcanzar suficiente especificidad en el diagnóstico. Por lo que se propone establecer la prevalencia en relación a la sintomatología presentada de los siguientes trastornos mentales:

-Ansiedad: En este estudio se hace referencia a síntomas ansiosos inespecíficos que podrían ser parte de cualquiera de los trastornos de ansiedad, estos son: cefálea frecuentes, trastornos del sueño, temor fácil, temblor, nervios, tensión o aburrimiento, problemas digestivos, dificultad para pensar, sensaciones estomacales desagradables y fatiga sin explicación. Los datos de prevalencia indican que en Latinoamérica se puede hablar de un 8.9% (Rodríguez, Kohn, & Aguilar, 2009).

-Depresión: es un trastorno afectivo caracterizado por un sentimiento patológico de tristeza que se acompaña de síntomas como pérdida de interés, sentimientos de culpa y hasta pensamientos de muerte (Mechon, 2000). Las condiciones predisponentes al padecimiento de depresión, mencionándose situaciones de estrés reciente como la pérdida de un familiar, pérdida de empleo y desastres naturales (Brombeguer, 2004). El trastorno depresivo mayor es dos veces más frecuente en mujeres que en hombres con una prevalencia de vida que promedia el 20% y 12% respectivamente (Accortt, Freeman, & Allen, 2008).

En este estudio se valoran 13 síntomas; problemas de sueño, sentimientos de tristeza, dificultades para disfrutar de actividades diarias, dificultades con el trabajo, ideación suicida, fatiga fácil y persistente. La depresión puede aparecer en cualquier momento de la vida, aunque la incidencia es mayor en la madurez. Sin embargo, cada vez se identifican más casos de depresión en adolescentes y adultos jóvenes (Lewinsohn, Hops, Roberts, & Seeley, 1993).

-Epilepsia: Es un trastorno neurológico, que puede indicar lesiones del SNC y problemas del comportamiento que requieren un procedimiento diagnóstico específico y tratamiento diferente al de la epilepsia. La prevalencia de epilepsia en Honduras ha sido estimada en una tasa de 5.69 por cada 1000 personas, que es más equivalente a los países industrializados y mucho más baja que la de los países en vías de desarrollo (Molina, Lázaro, & Medina, 2003).

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

-Abuso de sustancias psicoactivas: Se consideran trastornos mentales y conductuales por consumo de sustancias psicoactivas los causados, entre otros, opioides, heroína, marihuana, sedantes e hipnóticos, cocaína, otros estimulantes, alucinógenos, tabaco y disolventes volátiles. Los estados patológicos consisten en intoxicación, uso nocivo, dependencia y trastornos psicóticos. Se diagnostica el uso nocivo cuando la salud física o mental ha sufrido daños. En el síndrome de dependencia se combina un intenso deseo de consumir la sustancia con los problemas para dominar su consumo, un estado fisiológico de abstinencia, la tolerancia a la sustancia, el abandono de otras diversiones e intereses, y la persistencia del consumo pese al daño infligido a uno mismo y a los demás (OMS, 2001a).

-Estrés Postraumático: Según el DSM-5 el trastorno de estrés postraumático aparece cuando la persona ha sufrido o ha sido testigo de una agresión física o una amenaza a la

vida de uno mismo o de otras personas y cuando la reacción emocional experimentada implica una respuesta intensa de miedo, horror o indefensión. Es la reacción de la persona y no tanto el evento traumático, no es el tipo de suceso, sino la reacción de la víctima (American Psychiatric Association, 2002).

Una vez descrito la sintomatología de los trastornos mentales que se investiga en este estudio y a su vez los determinantes de la salud mental se vuelve de vital importancia conocer cuáles son los factores asociados que ejercen una relación haciendo la diferencia entre los factores de riesgo y de protección que aportan una mayor probabilidad de aparición de los problemas de salud mental en donde serán detallados en el siguiente apartado.

3.4 Factores asociados (de riesgo y de protección) a los trastornos mentales

La prevención de los trastornos mentales se enfoca en aquellos determinantes que ejercen una influencia causal, predisponiendo la aparición de los trastornos mentales. Los factores de riesgo están asociados con una mayor probabilidad de aparición de la enfermedad, mayor gravedad y mayor duración de los principales problemas de salud. Los factores de protección se refieren a las condiciones que mejoran la resistencia de las personas a los factores de riesgo y trastornos. Han sido definidos como aquellos factores que modifican, aminoran o alteran la respuesta de una persona a algunos peligros ambientales que predisponen a una consecuencia de inadaptación (Rutter, 2002).

Existe sólida evidencia acerca de los factores de riesgo y de protección y sus vínculos con el desarrollo de los trastornos mentales, ambos tipos de factores pueden ser de carácter individual, relacionado con la familia, lo social, económico y ambiental. Generalmente, es el efecto acumulado de la presencia de múltiples factores de riesgo, la falta de factores de protección y la interacción de situaciones de riesgo y protección, lo que predispone a los individuos a cambiar de una condición mentalmente saludable a una mayor vulnerabilidad, pasar luego a un problema mental y finalmente a un trastorno mental con todas las características (Ingram & Prince, 2000).

Tabla 2: Factores de Riesgo y Protección de la Salud Mental

Factores de riesgo	Factores de Protección
Acceso a drogas y alcohol	Fortalecimiento
Desplazamiento	Integración de minorías étnicas
Aislamiento y enajenamiento	Interacciones interpersonales positivas
Falta de educación, transporte, vivienda	Participación social
Desorganización de la vecindad	Responsabilidad social y tolerancia
Rechazo de compañeros	Servicios sociales
Circunstancias sociales deficientes	Apoyo social y redes comunitarias
Nutrición deficiente	Familia
Pobreza y Desempleo	
Injusticia racial y discriminación	
Desventaja social	
Migración a áreas urbanas	
Guerra, Violencia y delincuencia	
Estrés laboral	

Los factores de riesgo y de protección son de naturaleza social, ambiental y económica e influyen en la aparición de un probable trastorno mental (Hosman, Jane-Llopis, & Saxena, 2005).

Como se mencionó en el cuadro anterior estos factores son diferentes pero a su vez están relacionados entre sí; en relación a los factores de protección, la familia y su dinámica o funcionamiento es de vital importancia para amortiguar o exacerbar un problema de salud mental.

Los factores de riesgo y de protección individuales y relacionados con la familia pueden ser biológicos, emocionales, cognitivos, conductuales, interpersonales o relacionados con el contexto familiar. Por ejemplo, el abuso de menores y la enfermedad mental de los padres durante la infancia y niñez temprana pueden conducir a depresión y ansiedad en períodos posteriores de la vida, así como en las siguientes generaciones, aunque la seguridad del afecto y el apoyo social de la familia pueden reducir dichos riesgos. La discordia marital puede preceder a problemas de conducta en niños, depresión entre las mujeres y problemas relacionados con el alcohol en ambos padres (Sandler, Ayers, & Dawson, 2005).

Es por tal motivo que en esta investigación se pretende conocer la relación que puede llegar a existir entre los trastornos mentales y la dinámica familiar por ello en el siguiente enunciado se describe a más detalle el concepto de familia, dinámica familiar y su nivel de funcionamiento.

3.5 Familia y Dinámica familiar

Este apartado señala algunas aproximaciones al concepto de familia y su dinámica desde la óptica de diferentes autores que han sido reconocidos en el tema y su relación con la prevalencia de los trastornos mentales.

Hacer una definición del término familia se vuelve compleja por lo tanto dar un concepto exacto es difícil, ya que hay muchos autores que lo plantean desde diferentes enfoques sobre todo hay que conocer la dinámica familiar del contexto donde vive el individuo. Comprenderemos entonces como a partir de esto, va surgiendo nuevas tipologías familiares que marcan pautas frente al imaginario de familia que ha prevalecido socialmente en la historia.

Los estudios sobre familia han puesto su énfasis en el papel que desempeña la herencia como un medio de transmisión de los trastornos mentales y en algunos estudios se habla sobre el tema de la dinámica familiar como factor predisponente desde la perspectiva del contexto familiar como un potencial preventivo y curativo o por otra parte como una contribución y mantenimiento de los trastornos mentales (Gómez, 2013).

Por lo tanto para comprender si existe relación entre la dinámica familiar y la presencia de trastornos mentales es necesario definir el término de familia entendido como un sistema de interrelación biopsicosocial que media entre el individuo y la sociedad y se encuentra integrada por un número variable de individuos, unidos por vínculos de consanguinidad, unión, matrimonio o adopción (Torres, Ortega, Garrido, & Reyes, 2008).

Así mismo la familia se ha visto como una institución dinámica que durante el tiempo se mantiene en transformación continua (Ares, 2000). Es decir, que de acuerdo al contexto en el que se desenvuelve y a los recursos o factores con lo que cuenta va adoptar una posición diferente y cambiante en donde este grupo de personas puedan compartir un proyecto de

vida en el que se generan sentimientos de dependencia, compromiso entre sus miembros y se establecen relaciones de intimidad y reciprocidad (Palacios & Rodrigo, 2001).

Desde una perspectiva tradicional se describe que la familia ha sido el lugar primordial donde se gestionan los riesgos sociales de sus miembros (Carbonell, Carbonel, & Gonzáles, 2012). Sin embargo en la actualidad el concepto de familia se presenta como una transformación sustancial en atención a los nuevos modelos sociales en que ésta se desarrolla, ya no se considera integrada exclusivamente por los parientes y los cónyuges como tradicionalmente se les identificaba (vinculada por matrimonio y relaciones parentales); ahora y en atención a la dinámica social se contemplan otras formas de relaciones humanas donde los miembros que la integran se encuentran vinculados por lazos de afecto, de respeto, de convivencia y de solidaridad (Gómez, 2013).

Esta investigación toma como punto referencial al concepto de familia según (Minuchin & Fishman, 1984) que es un grupo social natural, el cual constituye un factor significativo en el proceso del desarrollo de la mente humana, la información y actitudes son asimiladas y almacenadas convirtiéndose en la forma de acercamiento de una persona al contexto con el que interactúa. Minuchin afirma que este grupo social llamado familia determina las respuestas de sus miembros a través de estímulos desde el interior y desde el exterior.

Como se ha descrito la familia es sin duda la más antigua y la vez la más vigente de todas las instituciones sociales y muy probablemente la más universal de todas. La mayoría de los seres humanos nacemos y crecemos en una familia y por supuesto eventualmente formamos la nuestra, también dentro del núcleo familiar se construyen una buena parte de los procesos vitales para que las personas se desarrollen integralmente y puedan adaptarse a su entorno pero en los últimos años la familia ha sufrido fuertes transformaciones que han afectado su propio desarrollo y su dinámica impactando en los miembros que la conforma (Rodríguez et al., 2009).

Así que hay que tener presente que la interacción familiar influye en la formación de la persona y que se pueden hacer cambios importantes al concientizar a las familias en relación al valor de una adecuada estructuración de la familia a partir de límites claros que se marquen en las interacciones familiares y que permitan a sus miembros definirse

como personas, para así saber quiénes son para el interior de la familia y qué función deben desempeñar en su contexto social.

El proceso de interacción que puedan tener los miembros de una familia a través de la definición de límites, normas o reglas nos enmarca en su dinámica familiar que es de suma importancia para crear condiciones necesarias para que sus miembros tengan la posibilidad de desarrollar estrategias para llevar a cabo sus proyectos de vida y así lograr una adecuada integración entre individuo, familia y sociedad.

Comprender la dinámica familiar desde el estudio teórico de sus características (comunicación, afecto, autoridad y roles) contribuirá a mejorar las relaciones entre los diferentes miembros del núcleo familiar y uno de los principales problemas a la hora de abordar la evaluación diagnóstica del entramado familiar es la delimitación de lo que constituye una familia funcional y su diferenciación de una familia patológica en lo referente a las pautas de interacción que puede generar la psicopatología (Eguiluz, 2003).

En la literatura revisada se encontró que la dinámica familiar se aborda a partir de diferentes autores que data de tiempo atrás y el concepto viene evolucionando con el paso de los años; (Satir, 1985) parte de la observación de los modelos de comunicación; otros autores como (Walsh, 1982) determinan la funcionalidad familiar a partir de la forma en que la familia resuelve sus problemas, McMaster define un modelo sistémico de funcionamiento familiar con fines terapéuticos a partir de la solución de problemas, comunicación, roles, involucramiento afectivo y emocional y control de la conducta que influye la flexibilidad (Ruiz, 1994).

Entonces la dinámica familiar es la presencia de determinadas pautas de interrelación entre los miembros de la familia, en donde está implicadas la expresión de afecto, de sentimientos y de emociones de los miembros entre sí y a nivel grupal familiar. Entre los indicadores fundamentales para valorar una dinámica y funcionamiento familiar saludable se pueden mencionar los siguientes: Adaptabilidad o flexibilidad, Cohesión, clima emocional y comunicación (Zaldivar, 2007).

3.5.1. Funcionalidad en la Dinámica Familiar

La dinámica familiar se puede orientar a una definición referente a un clima familiar generado entre los integrantes del grupo al grado de cohesión en donde dependiendo como se asuman los roles, la autoridad, el afecto, la comunicación y se cumplan las reglas y las normas, el calor afectivo será armonioso (familia funcional) o de lo contrario la hostilidad aparecerá generando niveles de estrés e inconformidad en los miembros del grupo, lo que generará altos grados de distanciamiento y apatía en la familia (familia disfuncional) (Gallego, 2012).

Se considera una familia funcional cuando se tiene la capacidad de asumir cambios según la etapa que les toca vivir, cuando no hay rigidez de sus reglas y cuando se reajusta al ciclo que va viviendo y desarrollándose cada uno de sus miembros, así mismo sus tareas o roles asignados a cada miembro están claros y son aceptados por estos (Ochoa, 2012).

La salud de la unidad familiar es un predictor de salud mental y, por extensión de la salubridad de un sistema social ya que lleva implícita la inclusión, funcionamiento adecuado y capacidad de adaptación del individuo dentro de un contexto familiar y por ende, del resto de la sociedad. Una de las funciones primordiales de la familia es el apoyo psicosocial a sus miembros, fomentando el desarrollo de las habilidades interpersonales de cada uno de los individuos que la constituyen. Esta función protectora de la familia como grupo social es de máxima importancia puesto que, ante dificultades de contacto de uno de sus miembros con el mundo extra-familiar puede efectuar modificaciones, mantener aquellos cambios necesarios que posibiliten mecanismos de adaptación y de ese modo, evitar la alienación de sus elementos (Eguiluz, 2003).

En cambio cuando se habla de una familia disfuncional hacemos referencia aquel grupo social en donde no se respeta la distancia generacional, se invierte la jerarquía y se confunde con autoritarismo volviéndose demasiada rígida y usan reglas del pasado aunque cambie el contexto así mismo no hay una comunicación clara y se muestra difusa hasta el punto que no permite compartir los problemas (Ochoa, 2012).

En el campo de la salud mental, la conceptualización de la familia como productora de psicopatología ha obligado a revisar el concepto idealista de familia normal es decir, aquellas familias idealizadas en las que se presuponía la no existencia de tensiones intrafamiliar.

Así que la familia disfuncional no puede distinguirse de la familia funcional por la presencia de problemas sino por la utilización de patrones de interacción recurrentes que dificultan el desarrollo psicosocial de sus miembros, su adaptación y la resolución de conflictos. La familia patológica en este sentido, sería aquella que ante situaciones que generan estrés responde aumentando la rigidez de sus pautas transaccionales y de sus límites, carece de motivación y ofrece resistencia o elude toda posibilidad de cambio (Pérez, 2005).

Desde un punto de vista familiar, la salud mental sería aquella condición en la que los diferentes elementos que componen la organización o estructura de la familia interactúan de modo adecuado (entre sí y con el entorno social) para llevar a cabo correctamente sus funciones; de este modo, todas aquellas circunstancias que ejercen tensiones sobre alguno de estos factores pueden provocar alteraciones y, si los correspondientes mecanismos de autorregulación no son capaces de restaurar la homeostasis familiar, pueden dar lugar a la aparición de psicopatología (Rodríguez y otros, 2009).

Como puede observarse no existe un criterio uniforme para el estudio de la dinámica familiar y su funcionamiento, para su definición y medición existen múltiples test, todo lo cual dificulta el establecimiento de un criterio homogéneo de diagnóstico de una funcionalidad o disfuncionalidad familiar.

Finalmente desde el marco de referencia teórico, la familia emerge como unidad social primaria universal. Su importancia estratégica reside en su composición, organización, interacción y en las funciones que desarrolla en cuanto a su entidad biopsicosocial por lo tanto para entender su funcionamiento o dinámica es importante destacar la perspectiva teórica que sustenta esta investigación.

3.6 Enfoque Sistémico

En la actualidad la práctica rebasa las perspectivas tradicionales del enfoque clínico y da cabida a buscar acercarse a conocer cómo funciona la dinámica familiar en cada contexto, sin embargo para comprender desde una perspectiva teórica la investigación planteada haremos una breve definición del enfoque sistémico sustentado en la teoría general de sistemas que lo tomamos como marco referencial.

El modelo sistémico nos permite observar cómo cada grupo familiar (microsistemas) se inserta dentro de una red social más amplia (macrosistemas) y desde ésta despliega su energía para alcanzar su propia autonomía como un todo, pero a la vez permite analizar cómo cada microsistema permite integrar la energía de los demás miembros del sistema.

Este modelo ha permitido definir un nuevo paradigma en la ciencia principalmente en los estudios de familia visto como un sistema que tiene identidad propia y diferenciada del entorno con su propia dinámica interna que autorregula su continuo proceso de cambio y que se basa no tanto en los rasgos de personalidad de sus miembros como características estables temporal y situacionalmente sino más bien en el conocimiento de la familia como un grupo con una identidad propia y como escenario en el que tienen lugar un amplio entramado de relaciones (Espinal, Gimeno, & Gonzáles, 2013).

3.6.1. Conceptos: Microsistemas, Mesosistema y Macrosistema familiar del Enfoque Sistémico

Microsistema: la familia es el microsistema más importante porque configura la vida de una persona durante muchos años. Las relaciones que se dan en el interior del microsistema son una parte fundamental en el desarrollo evolutivo y el proceso de adaptación de una persona ya que son influenciadas del exterior, aunque no se participe de manera directa y activamente en ellas; no obstante, delimitan lo que tiene lugar en el ambiente más próximo, esto es el exosistema (Espinal, Gimeno, & Gonzáles, 2013).

Mesosistema: es un conjunto de sistemas con los que la familia guarda relación y con los que mantiene intercambios directos, es una dimensión importante en los informes de valoración familiar. En cada etapa de ciclo familiar, suele haber unos sistemas de interacción más frecuentes, que todo informe de valoración debe considerar: la escuela,

la pandilla, el club deportivo, el partido político o la asociación de vecinos (Espinal, Gimeno, & Gonzáles, 2013).

Macrosistema: entendido como el conjunto de valores culturales, ideologías, creencias y políticas, da forma a la organización de las instituciones sociales. En nuestro caso, la cultura predominante en el entorno familiar es también una dimensión a comparar con la cultura de origen de cada familia (Espinal, Gimeno, & Gonzáles, 2013).

En consecuencia el microsistema de referencia es la familia; la pareja y la constelación fraterna son los dos subsistemas de obligada referencia. Partiendo de estos principios podemos decir que dentro de los sistemas, los subsistemas funcionan con sus características propias formando una verdadera unidad con la totalidad. Entonces se observa como la familia al ser un microsistema que se ve influenciado por el mesosistema puede reflejar tensiones familiares que se vean reflejados en el comportamiento de sus miembros y así en sus etapas de ciclo vital o desarrollo evolutivo provoque conductas que lleven al buen o mal funcionamiento familiar y que este puede tener relación ante la presencia de un posible trastorno mental.

3.6.2 Teoría General de Sistemas

En un sentido más amplio la funcionalidad familiar tiene sus bases teóricas en el enfoque sistémico propuesta a través de la Teoría General de los Sistemas de Ludwig Von Bertalanffy donde trata de comprender el funcionamiento desde una perspectiva holística e integradora como una forma científica de aproximación y representación de la realidad. Una de las características de esta teoría es el desarrollo de la familia concebido como un sistema en donde señala que se compone por el aspecto estructural, límites, comunicación e información como elementos primordiales de su dinámica y dentro del cual tiene la capacidad de importar y exportar energías o sustancias que le permite generar un equilibrio dentro del sistema haciéndola funcional (Fuentes & Merino, 2003).

Los tipos de sistemas definidos son (Fuentes & Merino, 2003):

- **Sistemas abiertos:** mantienen unas fronteras abiertas con el mundo (el resto de sistemas) con los que comparten intercambios de energía e información.

- Sistemas cerrados: hay muy poco intercambio de energía e información con el medio más amplio en que viven.

La teoría general de sistemas distingue varios niveles de complejidad:

- Sistema: totalidad coherente (familia)
- Suprasistema: medio que rodea al sistema (amigos, familia extensa, etc.)
- Subsistemas: son los componentes del sistema (individuos)

Así mismo esta teoría plantea los siguientes principios:

- Totalidad: el sistema trasciende las características individuales de sus miembros
- Entropía: los sistemas tienden a conservar su identidad.
- Sinergia: todo cambio en alguna de las partes afecta a todas las demás y en ocasiones al sistema.
- Finalidad: los sistemas comparten metas comunes.
- Equifinalidad: las modificaciones del sistema son independientes de las condiciones iniciales.
- Equipotencialidad: permite a las partes restantes asumir las funciones de las partes extinguidas.
- Retroalimentación: los sistemas mantienen un constante intercambio de información.
- Homeostasis: todo sistema viviente se puede definir por su tendencia a mantenerse estable.
- Morfogénesis: todo sistema también se define por su tendencia al cambio.

A partir de este enfoque la familia y su dinámica no solo se basan en rasgos de personalidad de sus miembros sino más bien en el conocimiento de la familia como un grupo con identidad propia.

Por lo tanto conceptualiza al sistema funcional como aquel sistema en donde entre sus miembros hay buena comunicación que ayuda a la resolución de problemas y lograr los objetivos familiares y sus funciones se cumplen plenamente, en cambio cuando se habla de un sistema disfuncional se presenta una inadecuada comunicación llegando a que las

funciones de cada miembro no se cumplan generando conflictos familiares, confusión de roles, entre otros (Fuentes & Merino, 2003).

La evaluación del funcionamiento familiar según la dinámica de las relaciones internas de la familia en esta investigación se midió a través del Test de Percepción de Funcionamiento Familiar FF-SIL (Pérez, De la Cuesta, Louro & Bayarre, 1997) en donde da alguna pauta para centrar la problemática dentro del enfoque sistémico donde definen que el funcionamiento familiar es considerado como la dinámica relacional interactiva y sistémica que se da entre los miembros de una familia y es evaluado a través de las siguientes dimensiones:

- **Cohesión:** Unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones y en la toma de decisiones de las tareas cotidianas.
- **Armonía:** Correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia en un equilibrio emocional positivo.
- **Comunicación:** Los miembros de la familia son capaces de transmitir sus experiencias de forma clara y directa.
- **Permeabilidad:** Capacidad de la familia de brindar y recibir experiencias de otras familias e instituciones.
- **Afectividad:** Capacidad de los miembros de la familia de vivenciar y demostrar sentimientos y emociones positivas unos a los otros.
- **Roles:** Cada miembro de la familia cumple las responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar.
- **Adaptabilidad:** Habilidad de la familia para cambiar de estructura de poder, relación de roles y reglas ante una situación que lo requiera.

Este instrumento evalúa el funcionamiento familiar a partir de la percepción de uno de los miembros, y en base a las categorías se define así una familia funcional o moderadamente funcional que se caracteriza por ser cohesionada con una unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones y en la toma de decisiones de las tareas cotidianas, armónica con correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia en un equilibrio emocional positivo (Pérez, De la Cuesta, Louro & Bayarre, 1997).

En cambio una familia disfuncional es un espacio donde no se valora al otro, no se cumplen con los roles correspondientes en cada miembro de la familia, no se delegan responsabilidades, lo cual afecta directamente a los integrantes del grupo familiar, ya que pueden generar rasgos de personalidad desequilibrados que les afectarán en todos los ámbitos de la vida (Pérez, De la Cuesta, Louro & Bayarre, 1997).

Finalmente esta investigación pretende analizar la prevalencia de los trastornos mentales y su relación con la dinámica familiar partiendo que el nivel de funcionamiento de la misma se evalúa a través de como interactúan dentro de la familia los roles establecidos, la adaptabilidad y permeabilidad que se pueda generar entre sus miembros y la armonía, afectividad, cohesión y el tipo de comunicación que esté presente.

Capítulo IV

Metodología

Metodología

Se realizó un estudio de prevalencia, con un enfoque correlacional cuantitativo, de corte transversal y un estudio de campo a partir de una muestra representativa de la población general, con base al análisis estadístico ya que se busca especificar características de la población que se analiza. Los resultados de la parte descriptiva de los datos de prevalencia de los trastornos mentales identifica de los factores asociados que exacerbaban y amortiguan la salud mental conociendo principalmente la relación con la dinámica familiar, se describe además el nivel de funcionamiento familiar de la población de departamento de Santa Bárbara.

Este estudio identifica la presencia de probables trastornos mentales en la muestra poblacional en un punto determinado del tiempo, lo que es equivalente a obtener una "fotografía" del problema. Conociendo todos los casos de personas con esta condición en un momento dado sin importar por cuánto tiempo mantendrán esta característica ni tampoco cuando la adquirieron.

4.1 Población objeto de estudio

Santa Bárbara está dividido en 28 municipios, 370 aldeas y más de 1000 caseríos. El total de la población para el 2013 es de 421,337 habitantes, distribuidos en 138,074 hab en el área urbana y 283,263 hab en el área rural; el total de viviendas es de 120,038; total de viviendas particulares 119,728; Ocupadas 96,8989, desocupadas 22,830 y colectivas 310 según INE, XVII censo de población y VI vivienda 2013.

4.2 Muestra

El tamaño de la muestra es de 300 personas distribuidas de la siguiente forma:

Poblaciones Infinitas $\geq 100,000$	
Varianza (p)	75
Varianza (q)	25
Error muestral (E)	5.00
Nivel de Confianza (Z)	2
Tamaño de la Muestra (n)	300

De las 300 personas a estudiar, 150 fueron distribuidos en el área urbana y 150 en el área rural de la siguiente forma: en el área urbana se tomó el municipio de Santa Bárbara por

ser la cabecera departamental en donde se tomaron 4 barrios con mayor número de viviendas según INE, 2013 como muestra representativa (Galeras, Llano del Conejo, Gualjoco y el Chaparral) y 150 viviendas del área rural tomadas del municipio de Gualala.

Tabla 3: Muestreo de Viviendas del departamento de Santa Bárbara

Barrios más Poblados	Viviendas Totales (INE, 2013)	Viviendas a muestrear	% Del Total
Bo. Las galeras	855	38	4.4
Bo. Llano del Conejo	746	38	5.0
Bo. Gualjoco	576	37	6.4
Bo. El Chaparral	393	37	9.4
Comunidad Rural	290	150	68.4
Total		300	

El tipo de estudio es seleccionado para llevar un muestreo polietápico, es decir la escogencia de las unidades de análisis se realizó tres etapas consecutivas.

Etap 1: Se seleccionó los municipios haciendo uso del muestreo no probabilístico en base a 3 criterios:

- Densidad poblacional (mayor número de viviendas)
- Accesibilidad
- Representación geográfica.

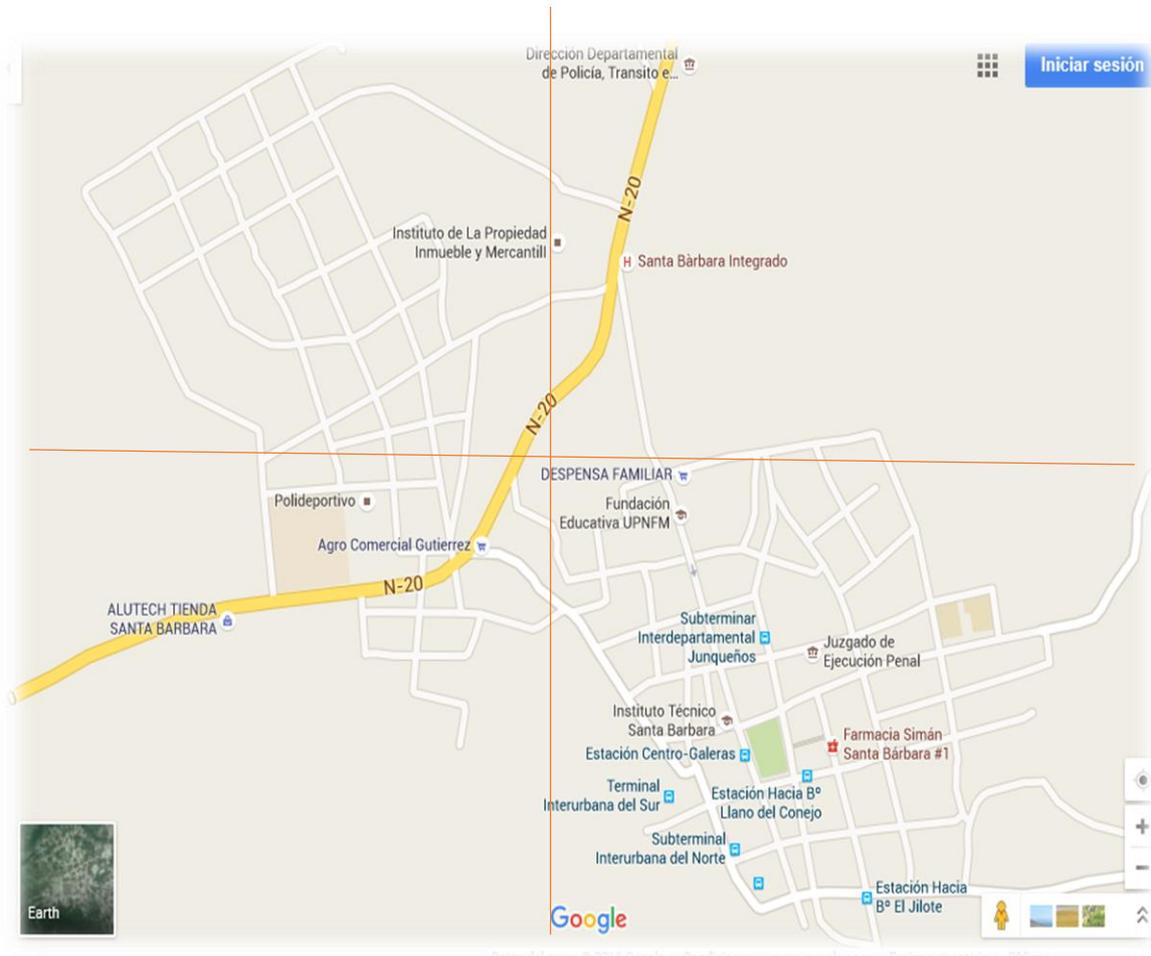
Se seleccionó el municipio de Santa Bárbara por ser la cabecera departamental y de mayor representación geográfica, seguida del municipio de Gualala por la accesibilidad.

Etap 2: Consistió en la selección de barrios, aldeas o caseríos dentro del municipio se llevara a cabo mediante un muestreo no probabilísticos, en base a los criterios:

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

En esta segunda etapa en base a los criterios en el municipio de Santa Bárbara se escogió; barrios Las Galeras, Llano del Conejo, Gualjoco y El Chaparral.

A continuación se muestra el mapa de los cuadrantes sobre los barrios a encuestar en el departamento de Santa Bárbara.



Fuente: Adaptado de google maps.

Etapa 3: Para el área rural consistió en la selección de casas a ser consultadas, se hizo uso de un muestreo probabilístico sistemático a través del factor k (número de viviendas entre el número de casos hacer consultados).

Para el área urbana se hizo uso de una selección aleatoria, de cada barrio se extrajo una muestra de viviendas elegidas sistemáticamente mediante el factor k.

4.3 Hipótesis

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

H₁: La población del departamento de Santa Bárbara experimenta una prevalencia de entre 25 y 35% de trastornos mentales.

H₂: La prevalencia de los trastornos depresivos y de ansiedad alcanza un porcentaje alto en la población del departamento de Santa Bárbara.

H₃. A mayor nivel de funcionalidad familiar menor prevalencia de trastornos mentales.

H₄. La prevalencia de los trastornos mentales es mayor en las mujeres en comparación a los hombres.

H₅: La población urbana del departamento de Santa Bárbara presenta mayor prevalencia de trastornos mentales que la población del área rural.

4.4 Matriz de Operacionalización de variables

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional
Trastorno Mental.	Según el DSM-5 (2013), 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 realizó la medición a través de la Escala SRQ que mide probables trastornos mentales, a través de 34 ítems de sintomatología que esté presente o ausente en los últimos 30 días.

Dinámica familiar	Dinámica Familiar es el conjunto de interacciones y relacionamiento que se produce entre los miembros de una familia, debe estar sujeta a normas de conducta con el fin de regular la convivencia y permitir el funcionamiento integral de la familia (Hinestroza, 2011).	Se midió a través del Test de Percepción de Funcionamiento Familiar, el cual consta de 14 ítems en donde identifica el tipo de funcionamiento de la Dinámica Familiar.
Sociodemográficas	Conjunto de datos de naturaleza social que describen las características de una población a partir de cuyo análisis pueden hacerse interpretaciones de su comportamiento en el campo de donde somos tomadas (Tejeda, 2012).	Se midió a través de un cuestionario de caracterización de la población, en donde se encuentran las variables sociodemográficas a investigar.

Objetivo general: Analizar la prevalencia de los trastornos mentales en relación con la dinámica familiar en la población adulta del departamento de Santa Bárbara, en el año 2016.

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS	UNIDAD DE ANÁLISIS	INSTRUMENTO A UTILIZAR
Trastornos Mentales	a. Ansiedad b. Depresión c. Epilepsia	a. Ataques de pánico, sudoración, temblores b. Estado de ánimo depresivo,	a. 1 al 7 y 19 b. 2,3,8,9, 10,11,12 13,14,15	Población adulta del depto. de Santa Bárbara	Escala SRQ

	d. Dependencia del alcohol y drogas e. Estrés postraumático	pensamientos recurrente de muerte c. Convulsiones y dolor de cabeza d. Frecuencia al beber y al consumo de drogas e. Traumas sufridos	16,17,18 y 20 c. 25 d. 26,27,28 29,30,31 e. 32,33,34		
Dinámica Familiar	-Familia Funcional -Familia moderadamente funcional -Familia Disfuncional -Familia severamente disfuncional	a. Cohesión b. Armonía c. Comunicación d. Adaptabilidad e. Afectividad f. Roles g. Permeabilidad	a. 1 y 8 b. 2 y 13 c. 5 y 11 d. 6 y 10 e. 4 y 14 f. 3 y 9 g. 7 y 12	Población adulta del depto. de Santa Bárbara	Test de Percepción del Funcionamiento Familiar
Socio-demográficas	a. Sexo b. Edad c. Procedencia geográfica d. Religión e. Estado civil f. Nivel Educativo	a. Hombre y Mujer b. De 18 años en adelante. c. Rural y Urbana d. Católico, Evangélico, Ninguna, otra. e. Soltero, Casado, unión libre, divorciado, viudo f. Analfabeto, Primaria, Media, Superior.		Población adulta del depto de Santa Bárbara	Encuesta de caracterización poblacional

4.5 Instrumentos

Los instrumentos utilizados para la recolección de información en este estudio son de tamizaje en salud mental, de funcionamiento familiar y de caracterización poblacional.

1. Cuestionario de auto-reporte o Self Reporting Questionnaire (SRQ):

Es una escala auto-aplicada que permite identificar sintomatología actual o que se ha presentado durante los últimos 30 días. El SRQ ha sido diseñado por la Organización Mundial de la Salud con la finalidad de ampliar la detección y atención de los problemas de salud mental en los servicios de atención primaria. Comprende contenido de varios instrumentos, es de fácil aplicación y consta de 31 preguntas dicotómicas (“sí” como síntoma presente o “no” como ausente). Las primeras 20 se refieren a síntomas depresivos o ansiosos; las preguntas 21 a 24 indican un trastorno psicótico; la 25 indica trastorno convulsivo y las preguntas 26 a 31 problemas con el consumo de alcohol. En el presente estudio se agregaron 3 preguntas de la 32 a 34 relacionados con sintomatología de estrés postraumático.

Validación de Instrumento

El instrumento SRQ fue validado en dos momentos que se detallan a continuación:

✓ Se procedió a la validación interjueces con 60 expertos (Psicólogos, Psiquiatras y Médicos) que realizaron una validación cualitativa, de contenido y de constructo del instrumento esto para adaptar los ítems al contexto nacional antes de ir al trabajo de campo.

De acuerdo a la matriz de criterios de evaluación del instrumento SRQ y según los expertos en base a los datos obtenidos todos los ítems se encontraron aceptables tanto en la relevancia para la actitud del instrumento, lenguaje adecuado con nivel al informante y no hacer unos de universalidades, ni dobles negaciones y con lo que respecta al establecimiento del número máximo de palabras (más de 20 palabras) por ítems, se encuentra las preguntas 25 y 26 que no cumplen este criterio al tener más de 20 palabras, sin embargo no se considera significativo ya que el ítems lleva vocales y consonantes. En la redacción se dio las observaciones en las preguntas 14 y 23 que amerito un ajuste 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?

✓ Seguidamente se procedió a un estudio piloto para validar la adaptación de los ítems a los instrumentos. Para el instrumento SRQ se propuso un trabajo de campo que implicó desarrollar un proceso de validación de sensibilidad y especificidad basado en puntos de corte de la curva de ROC. La muestra está compuesta por un total de 352 personas; dividida en dos grupos, el primero compuesto por casos diagnosticados clínicamente con trastornos mentales, siendo necesario 120 sujetos con patología. El segundo grupo estuvo compuesto por 232 sujetos clínicamente sanos definido como grupo control normativo. Una vez realizada la prueba piloto se siguió una serie de procedimientos en la aplicación.

Validez de Contenido

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

Validez de Constructo

Según los indicadores en base a los ítems seleccionados por los expertos encontramos que las sintomatologías de cada dimensión se manifiestan de la siguiente forma ansiedad se ve reflejada en los ítems 1,3,4,5,6,7,19; Depresión sus síntomas se presentan en los ítems 2,3,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18,20; Psicosis se muestra en los ítems 21,22,23,24; Epilepsia únicamente en el ítem 25; dependencia al alcohol 26,27,28,29,30,31; y Estrés post-traumático en los ítems 32,33,34.

2. **Test de Percepción del Funcionamiento Familiar** (Pérez & otros, 1997): es un instrumento tipo Likert que consta de 14 preguntas con diferentes valores de puntuación confeccionado para el diagnóstico de funcionamiento familiar (dinámica relacional sistémica que se da entre los miembros de una familia) a través de la percepción de uno de los miembros:

Valores de Escala	
Casi siempre	5
Muchas veces	4
A veces	3
Pocas veces	2
Casi nunca	1

El diagnóstico del funcionamiento familiar según puntuación total de la prueba FF-SIL se engloba en las siguientes categorías:

Nivel de Funcionamiento	Puntuación
Funcional	De 70 a 57 puntos
Moderadamente Funcional	De 56 a 43 puntos
Disfuncional	De 42 a 28 puntos
Severamente disfuncional	De 27 a 14 puntos

Es un instrumento sencillo, de fácil comprensión para cualquier nivel de escolaridad y puede ser aplicado a cualquier tipo de persona. Muestra las siguientes categorías:

Dimensiones	Preguntas
Cohesión	1 y 8
Armonía	2 y 13
Comunicación	5 y 11
Adaptabilidad	6 y 10
Afectividad	4 y 14
Roles	3 y 9
Permeabilidad	7 y 12

La confiabilidad del test es igual a 0.94, por su estabilidad y consistencia interna con α de Cronbach ($\alpha=0,779$); la validez se realizó con prueba de mitades de Spearman Brown ($r=.825$) presentando alta validez de contenido, de criterio y de construcción. Esta prueba fue sometida en 1994 y en el año 2000 a varios procesos de validación en la Habana, Cuba (Pérez & otros, 1997).

Validación de Instrumento

El instrumento de funcionamiento familiar fue validado en dos momentos que se detallan a continuación:

- ✓ Se procedió en primera instancia a la validación interjueces con 15 expertos (Psicólogos) que realizaron una validación cualitativa, de contenido y de constructo del instrumento esto para adaptar los ítems al contexto nacional antes de ir al trabajo de campo. De acuerdo a la matriz de criterios de evaluación del instrumento, en conjunto ha demostrado tener claridad en su redacción, relevancia para la actitud del instrumento, lenguaje adecuado con nivel al informante y no hacer unos de universalidades, ni dobles negaciones y cumple el criterio del establecimiento del número máximo de palabras (más de 20 palabras) por ítems.

- ✓ Seguidamente se procedió a un estudio piloto con 90 personas procedentes de colonias del casco urbano de Tegucigalpa para validar la adaptación de los ítems al instrumento.

Validez de Contenido

El instrumento posee validez de contenido en los ítems 1,2,3,6,8,9,12,13 ya que su indicador de CVR fue igual o mayor a 0.80 en promedio es decir que los jueces lo consideran valido en un 80 por ciento. A sí mismo en los ítems 4,7,11,14; al no presentar un nivel de validez superior a 0.80 se encuentran dentro del rango considerado valido entre el 60 y el 79 por ciento. Y en relación a los ítems 5 y 10 según la opinión de los expertos los consideran útiles pero no esenciales en el instrumento al ser aplicados, sin necesidad de ser modificados.

Validez de Constructo

Según los indicadores en base a los ítems seleccionados por los expertos encontramos que cada dimensión se manifiestan de la siguiente forma Cohesión manifestada en los ítems 1,6,8; Armonía en 2,13; Comunicación 5,11; Permeabilidad 7,12; Afectividad 4,14; Roles 3,9 y Adaptabilidad en 6,10.

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

Adicionalmente se brindó un consentimiento informado a la población para garantizar la confidencialidad de los participantes. Se estimó el tiempo de llenado del conjunto de instrumentos entre 17 – 25 minutos, considerando que todos son auto-administrables, no obstante se contó con la asistencia de 6 Psicólogos y 1 encuestar a quienes se les preparó para dicha actividad.

4.6 Plan de Análisis

Primera etapa: Tamizaje

-Recolectar información y datos estadísticos: revisión de literatura pertinente al tema de investigación

-Profundización de la investigación: analizar la información más relevante al tema de la investigación

- Selección de instrumentos para el análisis cuantitativo: Se escogió el instrumento (Escala SRQ) para la detección de posibles trastornos mentales y el Test de Funcionamiento Familiar para detección de la Dinámica Familiar.

-Validación interjueces de los instrumentos se realizó la validación por 15 expertos para el test de funcionamiento familiar y 60 expertos para el SRQ esto incluyó tres aspectos: validez de contenido, de criterio y de constructo, así mismo se estableció puntos de corte para la puntuación del SRQ.

-Validación de instrumentos para el análisis cuantitativo y cualitativo como estudio piloto: Se aplicó el instrumento a una pequeña muestra de la población como estudio piloto, 90 personas de colonias de Tegucigalpa para el test de funcionamiento familiar y 352 personas para el SRQ.

-Capacitación de equipo para recolección de datos: Se brindó una capacitación al equipo técnico que apoyo en el levantamiento de datos para el departamento asignado.

-Trabajo de campo: se realizó el viaje al departamento de Santa Bárbara en el área urbana y rural para la aplicación de los instrumentos de la investigación en las fechas 10, 11 y 12 de Junio 2016.

-Procesamiento de datos: Se hizo uso del programa SPSS para digitar datos tabulados y posteriormente sirvió de salidas de estadísticas que permitan alcanzar los objetivos.

Segunda etapa: Informe y divulgación de resultados

-Elaboración artículo general de la investigación publicable

-Elaboración de informe de tesis

-Taller de sociabilización de resultado

Capítulo V

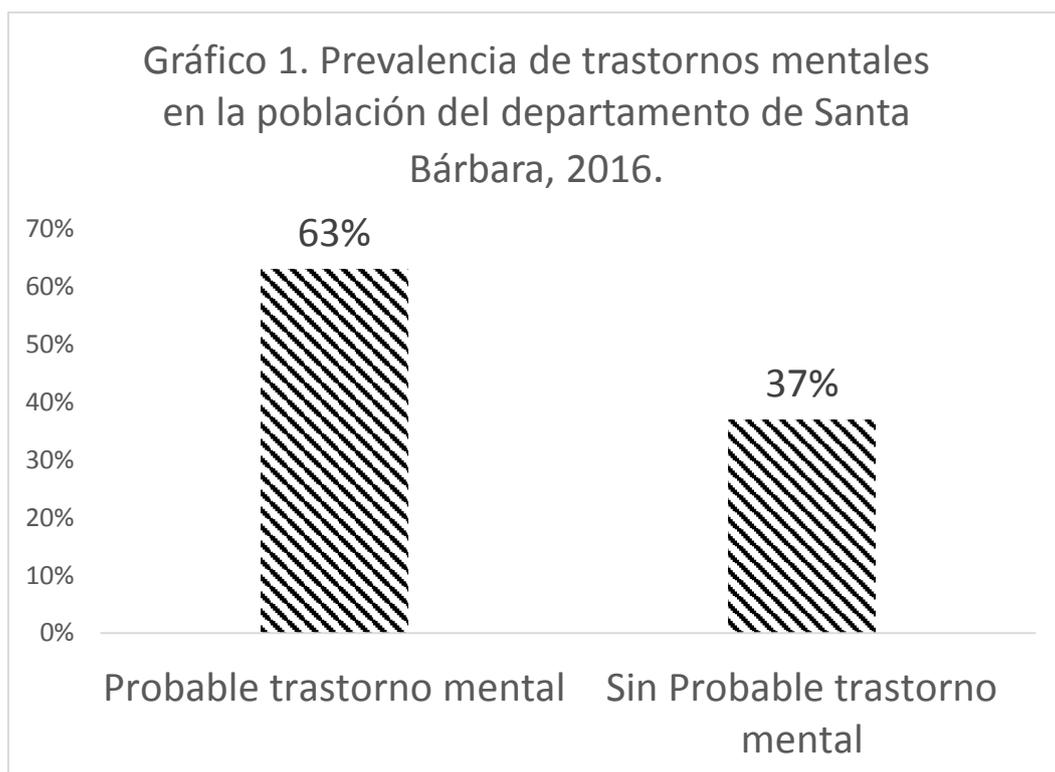
Análisis de Resultados

Análisis de Resultados

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

5.1 Prevalencia de probables trastornos mentales en la población del departamento de Santa Bárbara

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

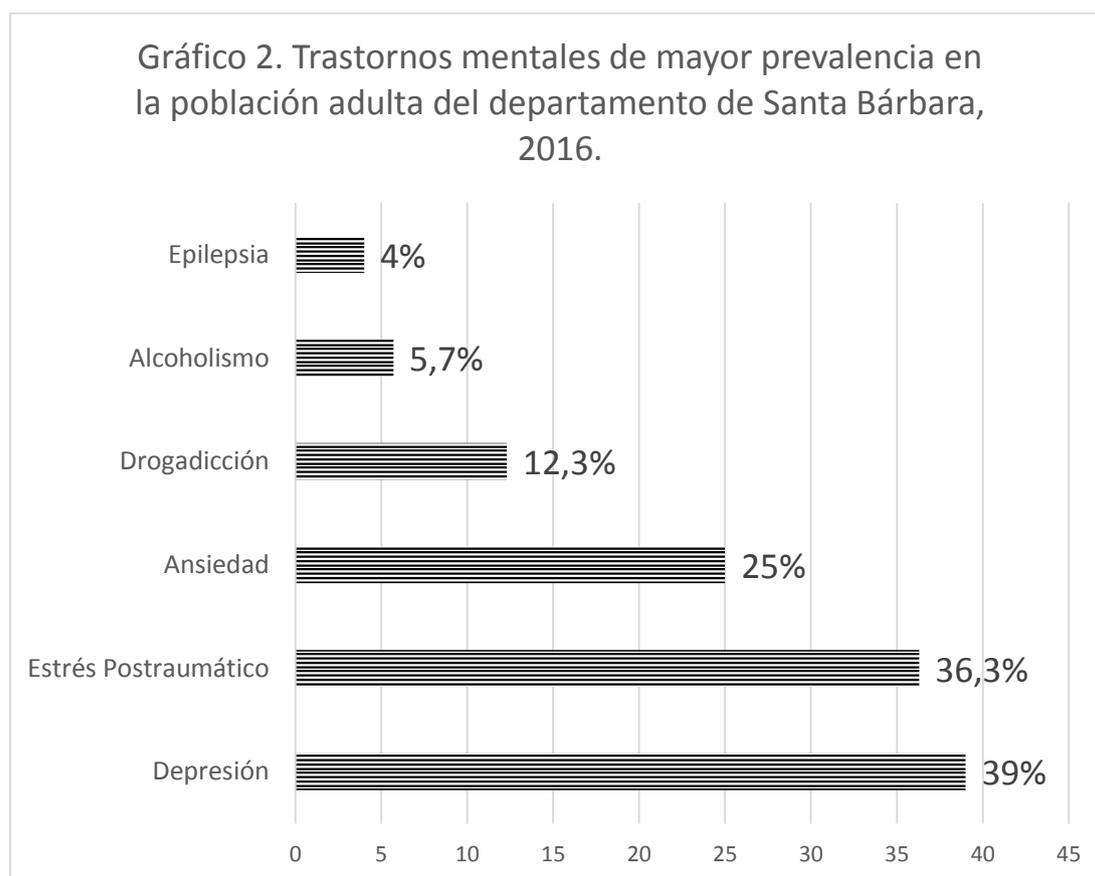


Fuente: Elaboración propia en base a encuestas de una muestra aleatoria de la población adulta del departamento de Santa Bárbara, 2016.

En lo que respecta al análisis de probables trastornos mentales en el gráfico 1 se estima que 6 de cada 10 personas de la población adulta del departamento de Santa Bárbara presentan sintomatología que apunta a la probable existencia de un trastorno mental.

5.2 Prevalencia de los principales trastornos mentales en el departamento de Santa Bárbara.

En este apartado se hace el análisis que tiene como objetivo hacer un acercamiento a los tipos de trastornos mentales que son más frecuentes, para ello se utilizan las siguientes categorías diagnósticas basada en la sintomatología encontrada: ansiedad, depresión, alcoholismo, drogadicción, estrés postraumático y epilepsia.



Fuente: Elaboración propia en base a encuestas de una muestra aleatoria de la población adulta del departamento de Santa Bárbara, 2016.

En el gráfico 2 se puede apreciar los porcentajes de los probables trastornos mentales de mayor prevalencia, encontrando datos que proporcionan resultados relevantes siendo la depresión el trastorno mental de mayor prevalencia con un 39%, seguido del estrés postraumático 36,3%, ansiedad con un 25% y en menor prevalencia se observa la dependencia a las drogas con un 12,3%, alcoholismo con 5,7%, y finalmente la epilepsia con 4%.

Tabla 4. Análisis de Comorbilidad de los trastornos mentales de la población del departamento de Santa Bárbara.

Cantidad de Trastornos Mentales	Frecuencia	Porcentaje
0	108	36%
1	88	29,30%
2	55	18,30%
3	33	11%
4	11	3,70%
5	4	1,30%
6	1	0,30%
Total	300	100%

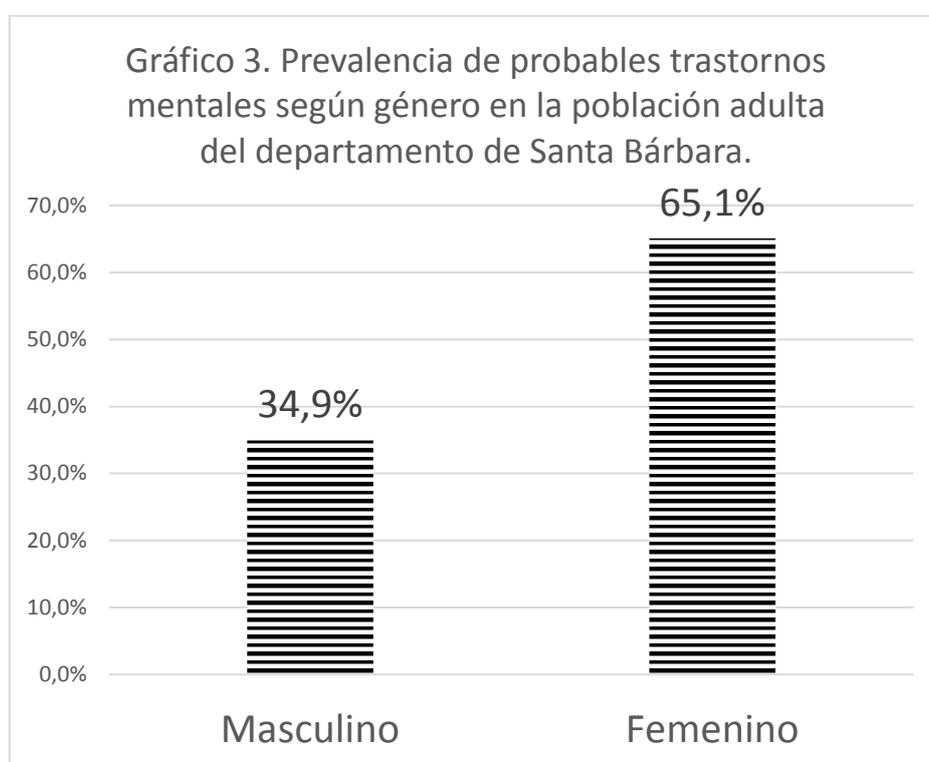
Tabla 4, se muestra la comorbilidad de los trastornos mentales estudiados, el 36% de la población no presenta sintomatología de probables trastornos mentales, mientras que el 29,3% que representa 88 personas de las 300 estudiadas únicamente manifiestan tener un probable trastorno mental, seguidamente el 18,30% presentan sintomatología de 2 probables trastornos mentales, el 11% alrededor de 3 trastornos, y en menor porcentaje se encuentran las personas con 4 trastornos (3,7%), 5 trastornos manifiestos en 4 personas con un 1,3% y únicamente una persona reporto tener sintomatología de los 6 trastornos estudiados.

5.3 Prevalencia de probables trastornos mentales según características sociodemográficas.

En los siguientes resultados se realiza el análisis de las características sociodemográficas estudiadas como ser género, rango de edad, estado civil, religión y procedencia geográfica y escolaridad.

5.3.1 Prevalencia de probables trastornos mentales según género en la población de departamento de Santa Bárbara.

Un estudio realizado por la American Psychological Association establece que las mujeres son más propensas a padecer trastornos como la depresión o la ansiedad, más relacionados con la interiorización de emociones, mientras que los hombres tienden más a sufrir trastornos antisociales y a abusar de sustancias. El análisis que se presenta a continuación tiene como propósito dar a conocer si existe presencia de sintomatología mental la cual da indicios de probables trastornos mentales comparados según género (García, 2011).

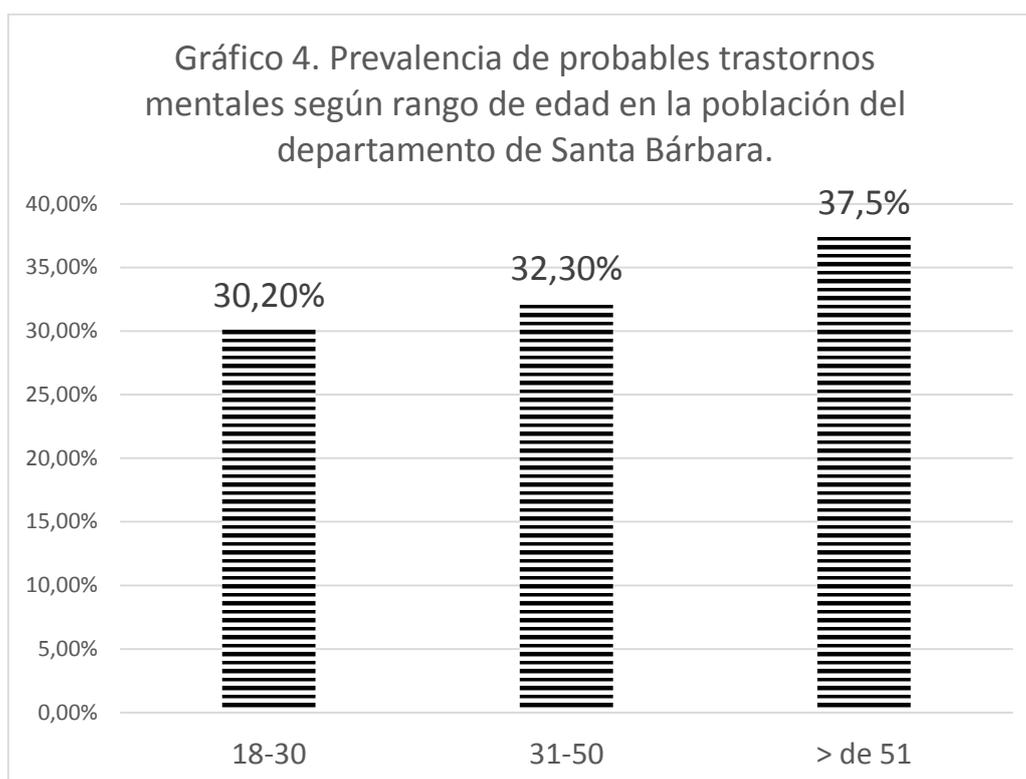


Fuente: Elaboración propia en base a encuestas de una muestra aleatoria de la población adulta del departamento de Santa Bárbara, 2016.

En los resultados obtenidos del gráfico 3 se observa que la prevalencia con probables trastornos mentales es mayor en la población femenina 65,1% en relación al género masculino con un 34,9%.

5.3.2 Prevalencia de probables trastornos mentales según rango de edad en el departamento de Santa Bárbara.

En este apartado se realiza el análisis de la prevalencia para conocer si existe presencia de sintomatología mental la cual da indicios de posible padecimiento de trastorno mental en base a los rangos de edad estudiados.

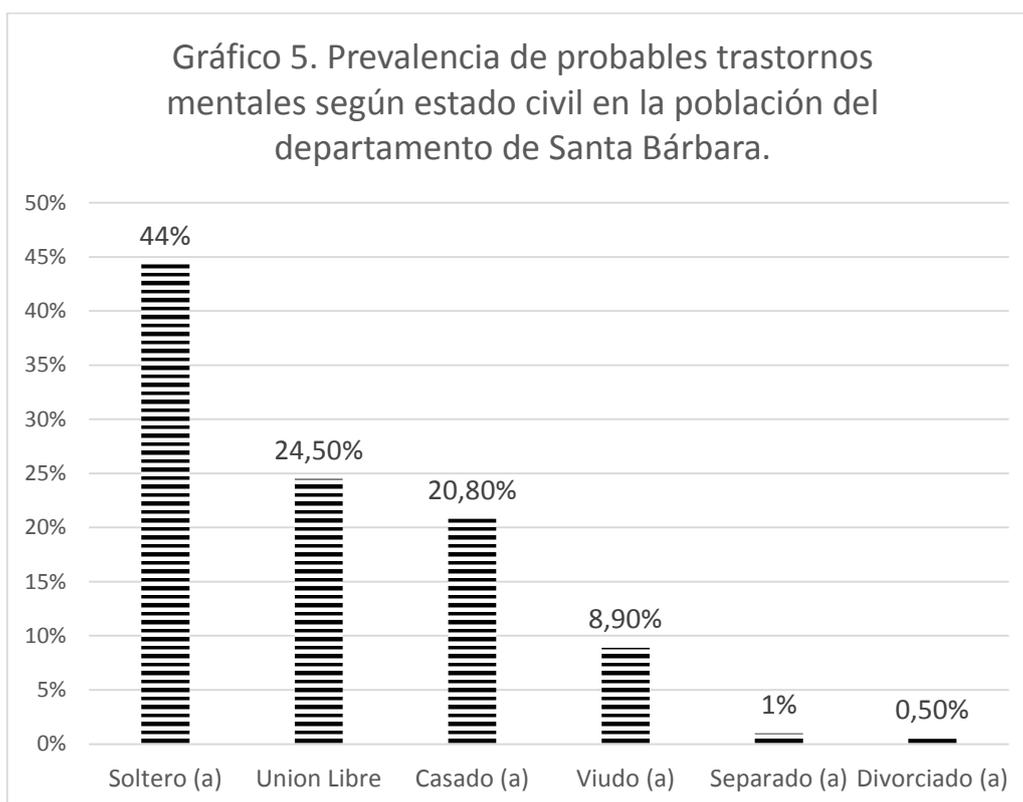


Fuente: Elaboración propia en base a encuestas de una muestra aleatoria de la población adulta del departamento de Santa Bárbara, 2016.

El gráfico 4 muestra que el porcentaje de mayor prevalencia de sintomatología de posible trastorno mental se encuentra en las personas mayores de 51 años con un 37,5%, seguido de la población adulta media (31 a 50) con un 32,3% y en menor porcentaje las personas adultas jóvenes (18 a 30) con un 30,2%.

5.3.3 Prevalencia de probables trastornos mentales según estado civil en el departamento de Santa Bárbara.

Se presenta el análisis de la prevalencia para conocer si existe presencia de sintomatología mental la cual da indicios de posible padecimiento de trastorno mental comparado según estado civil.

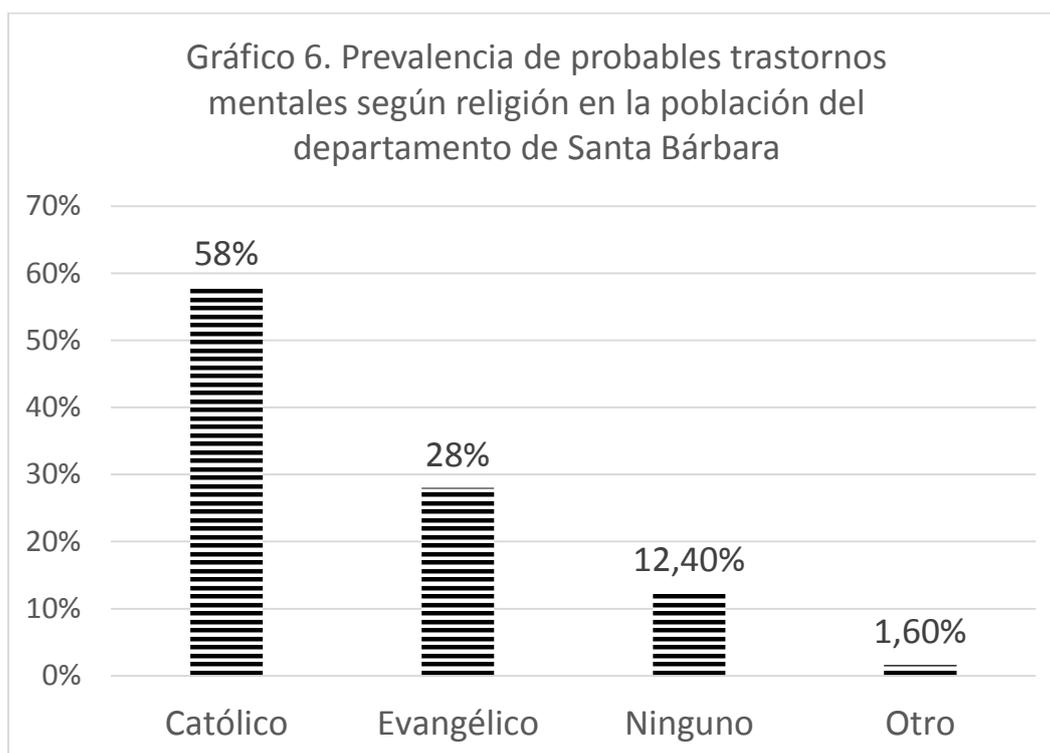


Fuente: Elaboración propia en base a encuestas de una muestra aleatoria de la población adulta del departamento de Santa Bárbara, 2016.

En relación al estado civil en el presente gráfico se observa que los solteros presentan una mayor probabilidad de padecer probables trastornos mentales con un 44%, seguidos por las personas con unión libre 24,5% como también las personas casadas con 20,8%; mientras que los viudos (8.9%), las personas que se encuentran separadas (1%) y divorciados (0,5%) representan un menor porcentaje.

5.3.4 Prevalencia de probables trastornos mentales según religión en el departamento de Santa Bárbara.

Se presenta el análisis de la prevalencia para conocer si existe presencia de sintomatología mental la cual da indicios de posible padecimiento de trastorno mental comparado según religión.

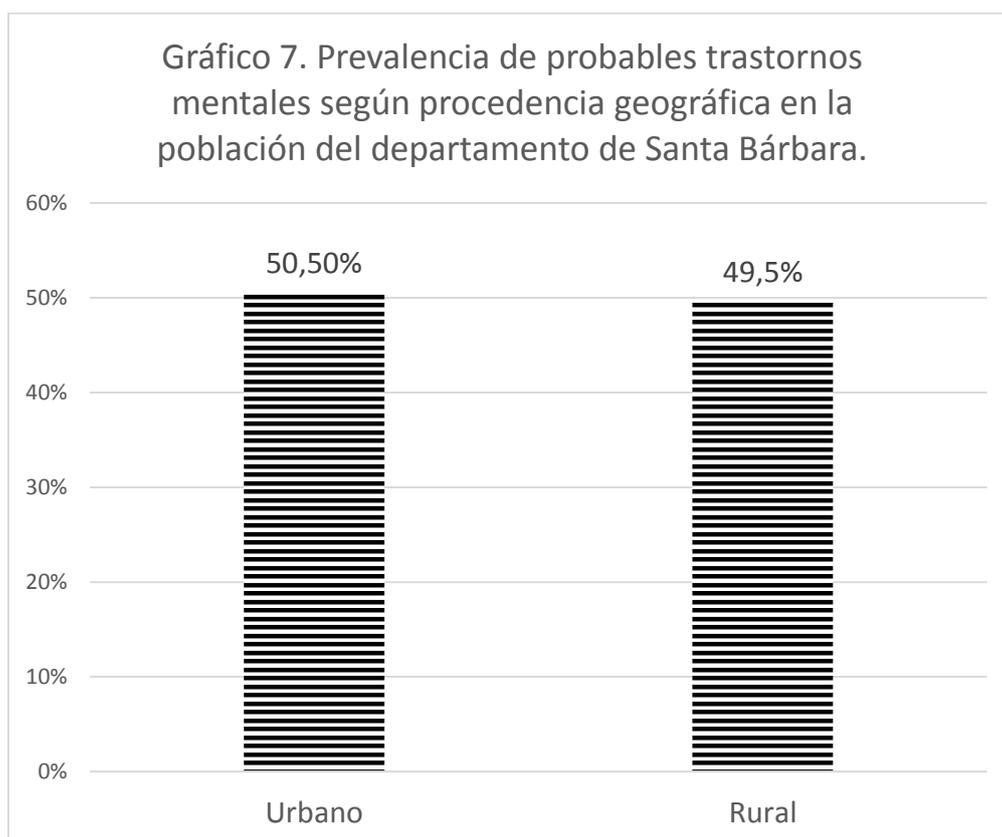


Fuente: Elaboración propia en base a encuestas de una muestra aleatoria de la población adulta del departamento de Santa Bárbara, 2016.

Con respecto al gráfico 6 se observa que en su mayoría las personas profesan una religión, los resultados nos indican que la población que pertenece a la religión católica manifiesta un 58% de sintomatología de presentar probables trastornos mentales; asimismo las personas perteneciente a la religión evangélica se reportan en un 28% y finalmente los que no pertenecen a ninguna religión se observa con posible trastorno mental con 12,4% así como en su minoría los que refieren otra religión en 1,6%.

5.3.5 Prevalencia de probables trastornos mentales según procedencia geográfica del departamento de Santa Bárbara.

Se presenta el análisis de la prevalencia para conocer si existe presencia de sintomatología mental la cual da indicios de posible padecimiento de trastorno mental comparado según procedencia geográfica.

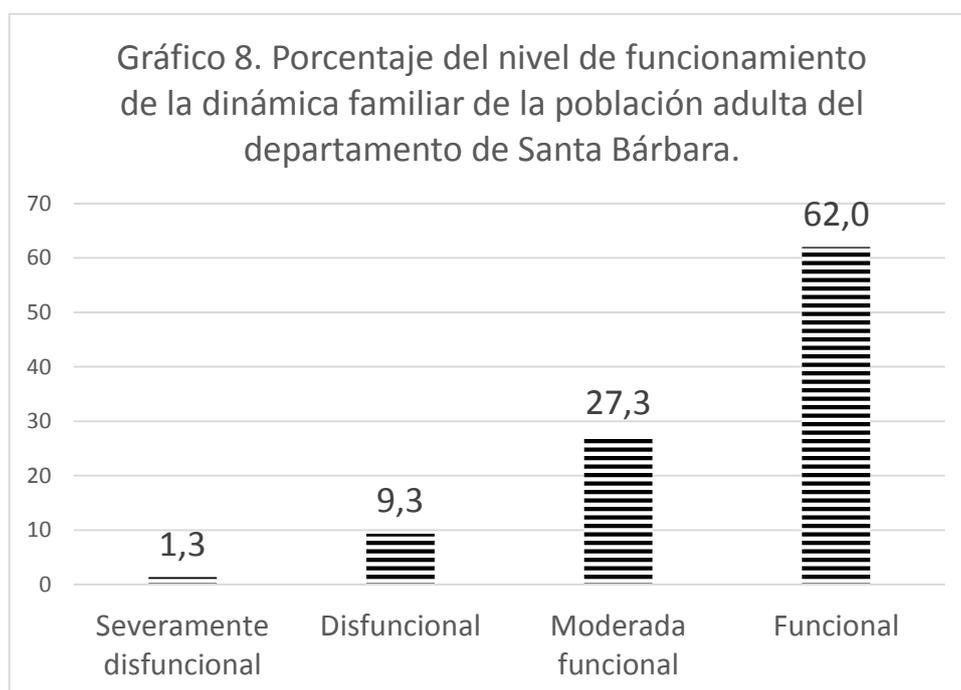


Fuente: Elaboración propia en base a encuestas de una muestra aleatoria de la población adulta del departamento de Santa Bárbara, 2016.

En relación a la procedencia geográfica, la prevalencia de presentar posibles trastornos mentales se reflejan más en el área urbana con un 50,5% sin embargo el nivel de porcentaje no varía en el área rural manifestado en un 49,5% de personas que presentan un posible trastorno mental.

5.4 Nivel de funcionamiento de la dinámica familiar de la población del departamento de Santa Bárbara.

El análisis de la dinámica familiar se realiza clasificando la población investigada en función de la tipología familiar como ser familia funcional, familia moderadamente funcional, familia disfuncional y familia severamente disfuncional, categorías obtenidas según el análisis de la escala de funcionamiento familiar medido a través de las dimensiones tales como armonía, comunicación, roles, afectividad, permeabilidad, adaptabilidad y cohesión.

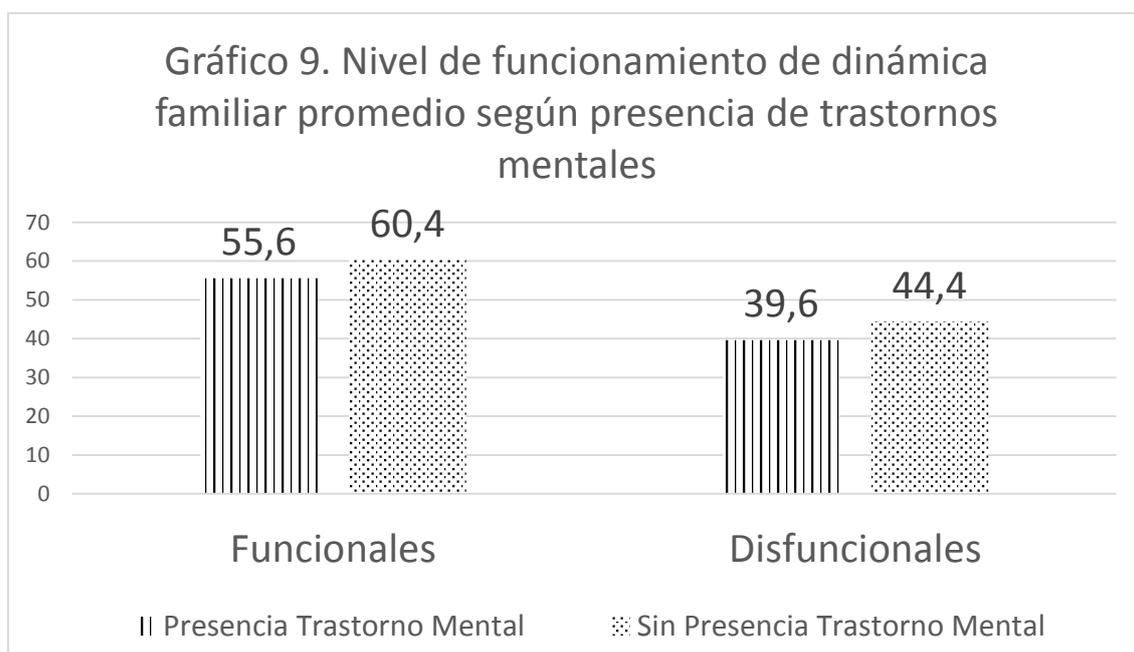


Fuente: Elaboración propia en base a encuestas de una muestra aleatoria de la población adulta del departamento de Santa Bárbara, 2016.

En el gráfico 8 se describe la funcionalidad de las familias del departamento de Santa Bárbara en donde se encuentra que el 62% manifiesta estar en una familia funcional, seguidamente el 27,3% es moderadamente funcional es decir que cuando hay cohesión y una buena comunicación entre los miembros de una familia pueden hacer frente ante situaciones adversas; y en menor porcentaje se encuentra las familias disfuncionales (9,3%) y severamente disfuncionales (1,3%) que reflejan que en su espacio familiar no se valora al otro, ni se cumplen con los roles establecidos lo cual afecta a cada uno de sus miembros lo que puede generar rasgos de personalidad desequilibrados.

5.5 Nivel de funcionamiento de la dinámica familiar y su relación en la presencia de probables trastorno mentales.

Para conocer si hay una relación directa entre la variable dinámica familiar y la prevalencia de probables trastornos mentales se procedió a la realización del análisis a través de la correlación (+ ó -) utilizando la r de Pearson y se utilizó la t de student para observar si hay diferencias estadísticamente significativas ($\text{sig.} \leq 0.05$) entre ambas variables tomando como dato importante la media de la población.



Fuente: Elaboración propia en base a encuestas de una muestra aleatoria de la población adulta del departamento de Santa Bárbara, 2016.

En este gráfico se presenta el análisis del promedio obtenido del nivel de funcionamiento de la dinámica familiar encontrando diferencia estadísticamente significativa (0,000) observándose que en el grupo de personas en familias funcionales el promedio de 60,4 no presenta probables trastornos mentales y el 55,6 manifiesta probables trastornos mentales (55,6). Seguidamente en las familias disfuncionales el promedio de la población 44,4 no presenta probables trastornos mentales y el 39,6 hay presencia de probables trastornos mentales. Es decir que el nivel de funcionamiento de las familias no se define por la prevalencia de trastornos mentales sino por la utilización de patrones de interacción entre sus miembros.

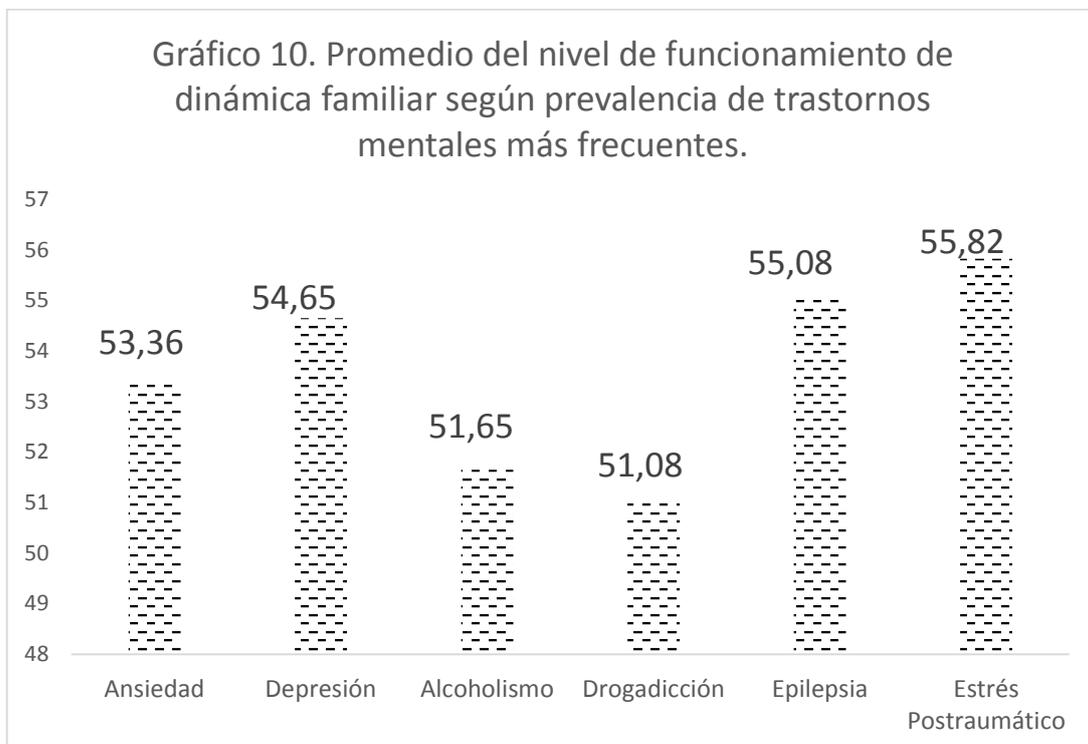
Tabla 5. Análisis estadístico significativo entre el nivel de funcionamiento de la dinámica familiar y su relación con los probables trastornos mentales

	Dinámica Familiar	
Probables Trastornos Mentales	Correlación de Pearson	-0,344
	Sig. (bilateral)	0,000
	N Total	300

El presente cuadro muestra que en base a los resultados hay diferencia estadísticamente significativa de 0,000 y una correlación negativa ($r = -0,344$), es decir no hay una relación directa entre la dinámica familiar y la prevalencia de trastornos mentales.

5.6 Dinámica familiar según relación con los posibles trastornos mentales de mayor prevalencia.

En este apartado se realiza el análisis en base al promedio obtenido según el análisis de resultados estadísticos descriptivos de la t de student, estableciendo si existe diferencias estadísticamente significativas entre la sintomatología de los trastornos mentales estudiados y el nivel de funcionamiento de la dinámica familiar.



Fuente: Elaboración propia en base a encuestas de una muestra aleatoria de la población adulta del Departamento de Santa Bárbara 2016.

El gráfico 10 muestra los resultados de la media obtenida en la población referente al nivel de funcionamiento de la dinámica familiar, las personas con sintomatología de estrés postraumático manifiestan mayor funcionalidad familiar (55,82), seguidamente de epilepsia con una media en el funcionamiento familiar de 55,08 y la depresión con un funcionamiento familiar de 54,65; encontrando a la sintomatología de alcoholismo, drogadicción y ansiedad con menor funcionalidad familiar.

5.7 Dimensiones del nivel de funcionamiento de la dinámica familiar según trastornos mentales de mayor prevalencia

A continuación se presentan las dimensiones medidas a través de la escala de funcionamiento familiar que son estadísticamente significativas considerando el 95% de confianza y una significancia bilateral (≤ 0.05) relacionados con los posibles trastornos mentales de mayor prevalencia y a su vez realizando el análisis de correlación de Pearson (valor - ó +).

Tabla 6. Dimensiones del funcionamiento familiar según ansiedad

Dimensiones	Correlación de Pearson	Sig. (bilateral)
Roles	-0,206	0,000
Afectividad	-0,220	0,000
Comunicación	-0,232	0,000
Cohesión	-0,216	0,000
Armonía	-0,189	0,001

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral). N=300.

El grado de correlación negativa de cinco dimensiones del nivel de funcionamiento de la dinámica familiar con la variable ansiedad, para obtener así la respectiva significancia estadística, es decir que cuando están presentes las dimensiones roles, afectividad, comunicación, cohesión y armonía menor será el nivel de ansiedad.

Tabla 7. Dimensiones de funcionamiento familiar según depresión

Dimensiones	Correlación de Pearson	Sig. (bilateral)
Roles	-0,228	0,000
Cohesión	-0,237	0,000
Armonía	-0,176	0,002
Afectividad	-0,173	0,003
Comunicación	-0,136	0,019

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral). N=300.

El grado de correlación negativa de cinco dimensiones del nivel de funcionamiento de la dinámica familiar con la variable depresión para obtener así la respectiva significancia estadística es decir, que cuando hay presencia de los roles bien definidos, cohesión, armonía, afectividad familiar y una buena comunicación menor será el nivel de depresión.

Tabla 8. Dimensiones de funcionamiento familiar según dependencia Alcohol

Dimensiones	Correlación de Pearson	Sig. (bilateral)
Roles	-0,154	0,008
Comunicación	-0,111	0,055
Armonía	-0,123	0,034
Cohesión	-0,155	0,007

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral). N=300.

El grado de correlación negativa de cinco dimensiones del nivel de funcionamiento de la dinámica familiar con la variable alcoholismo para obtener así la respectiva significancia estadística es decir, que cuando más alto sea los roles, comunicación, armonía, afectividad y cohesión menor será el nivel de dependencia al alcohol.

Tabla 9. Dimensiones de funcionamiento familiar según dependencia a drogas

Dimensiones	Correlación de Pearson	Sig. (bilateral)
Roles	-0,169	0,003
Comunicación	-0,191	0,001
Armonía	-0,187	0,001
Adaptabilidad	-0,168	0,004
Afectividad	-0,184	0,001
Permeabilidad	-0,174	0,002
Cohesión	-0,136	0,018

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral). N=300.

El grado de correlación negativa de todas las dimensiones del nivel de funcionamiento de la dinámica familiar con la variable de dependencia a las drogas para obtener así la respectiva significancia estadística es decir, que cuando más alto o presente estén en una familia los roles, comunicación, armonía, afectividad, adaptabilidad, permeabilidad y cohesión menor será el nivel de dependencia a las drogas.

Tabla 10. Dimensiones de funcionamiento familiar según estrés postraumático

Dimensiones	Correlación de Pearson	Sig. (bilateral)
Adaptabilidad	-0,173	0,038
Permeabilidad	-0,140	0,015

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral). N=300.

El grado de correlación negativa de dos dimensiones del nivel de funcionamiento de la dinámica familiar con la variable estrés postraumático para obtener así la respectiva significancia estadística es decir, que cuando más alto sea la adaptabilidad y permeabilidad menor será el nivel de estrés postraumático.

Capítulo VI

Discusión

Discusión

El presente apartado tiene el propósito de discutir los hallazgos de la investigación, para ello se retoman los principales resultados en función de los objetivos planteados y se contrasta con la teoría que ha sido expuesta en el marco teórico que se realizó.

Se determinó que un 63% de la población del departamento de Santa Bárbara presenta un probable trastorno mental, es decir 6 de cada 10 personas. Este resultado es más del doble de lo reportado por la OMS (2001a) que establece que un 25% de la población mundial presenta un trastorno mental a lo largo de la vida que puede llegar a incapacitarlo, un estudio de salud mental realizado en Colombia reporta que el 40,1% de la población ha tenido alguna vez en su vida uno o más de los 23 trastornos basados en el DSM-IV (Posada-Villa, Aguilar-Gaxiola, Magaña, & Gomez, 2004) y en Veracruz, México se estima que alrededor del 26% de la población ha tenido algún trastorno psiquiátrico lo que representa que de cada 4 familias 1 de ellas tendrá un familiar con algún trastorno mental (Rivera, 2016). La prevalencia de trastornos mentales de estas investigaciones nos indica que en el departamento estudiado hay 39 puntos porcentuales por encima de lo que reporta la población a nivel mundial según la OMS, sin embargo contrastan con los estudios realizados en Colombia y México que presentan porcentajes altos en la presencia de trastornos mentales.

No obstante hay indicios que la prevalencia de los trastornos mentales está aumentando en todo el mundo, se estima que entre 1990 y 2013 el número de personas con depresión o ansiedad ha aumentado cerca de un 50%, pasando de 416 a 615 millones de afectados, casi un 10% de la población mundial, algunas de las causas del aumento porcentual se debe a situaciones de desempleo, violencia y delincuencia presente en la última década en algunos países. (Rivera, 2016).

En el caso de Honduras el estudio realizado por (Chirinos et al, 2002) con una muestra representativa y a nivel nacional determinó que la prevalencia de trastornos mentales era de un 35% en la población hondureña este aumento lo atribuyen a las condiciones socioeconómicas, inseguridad ciudadana y desastres naturales. La prevalencia reportada en el 2002 da pauta del porque este aumento en la presencia de sintomatología de probables trastornos mentales en el departamento de Santa Bárbara en relación a lo establecido por la literatura mundial.

El incremento considerable en la prevalencia de trastornos mentales sea probablemente a los cambios que se han presentado en la última década relacionados con el desempleo, destrucción del medio ambiente, alta tasa de violencia e inseguridad (Bendoya, Perea, & Ormeño, 2006). En virtud que la OMS menciona que la salud mental se debe de entender integralmente desde el punto de vista bio-psico-social, en este sentido la inestabilidad emocional en las personas pueden estar siendo exacerbados por factores de tipo social, en el caso de la población de Santa Bárbara según el Observatorio de la Violencia de la UNAH ha habido un alza en la tasa de homicidios en ese departamento manifestando que es primera vez que aparece este departamento en el informe con aumento de 149 homicidios de enero a junio del presente año (Denaire, 2016).

Es decir son muchas las causas que están afectando la salud de la gente y entre las principales destacan el estrés de la situación económica, la delincuencia, desempleo, la pobreza y la violencia que se está viendo en todos los niveles, en la clase alta y baja, tanto en el campo como en la ciudad y estos factores van en ascenso porque no hay medidas de prevención que ayuden a disminuir esta brecha que está afectando la salud mental de la población (Martínez, 2014).

Un segundo hallazgo de este estudio reporta que el trastorno mental de mayor prevalencia en la población de Santa Bárbara es la depresión con un 39%; hay reportes que en el primer semestre del 2014 los suicidios presentan un aumento alarmante en Honduras al grado que estudios forenses registran hasta 30 ó 40 casos mensuales a nivel nacional (Martínez, 2014). Expertos a nivel mundial consideran la depresión con la enfermedad del siglo XXI ya que sus síntomas van en ascenso y como lo menciona la OMS (2001a) que se encuentra en los trastornos afectivos de mayor prevalencia considerando que dentro de unos 20 años esta enfermedad será una de las más recurrentes en la población pasando por encima incluso de algunas causas de enfermedad que hoy son tan importantes como los problemas cardiovasculares o incluso el cáncer.

La presencia de sintomatología de estrés postraumático representa un 36,3% convirtiéndose en el segundo trastorno mental de mayor prevalencia. En Honduras se reporta que 7 de cada 10 hondureños sufren estrés postraumático atribuido al ambiente violento que se presenta en el país, en la actualidad se están presentando muchos casos de personas víctimas de un asalto o extorsión (Martínez, 2014).

Seguidamente se manifiesta la ansiedad con un 25%, la dependencia a las drogas con 12,3% y la dependencia al consumo de alcohol 5,7% y en un menor porcentaje se encuentra la epilepsia (4%); resultados que coinciden con una serie de estudios de prevalencia de trastornos mentales que establecen que estos son los principales trastornos mentales de mayor prevalencia (Zimmerman, McDermet, & Mattia, 2000). Asimismo en Colombia los trastornos más frecuentemente reportados fueron los de ansiedad (19,3%), seguido por los trastornos del estado de ánimo (15,0%) y los trastornos por uso de sustancias (10,6%) y el 4,9% de la población estudiada ha intentado suicidarse alguna vez en la vida y el 1,3% lo ha intentado en los últimos treinta días (Posada-Villa, Aguilar-Gaxiola, Magaña, & Gomez, 2004).

En relación a la presencia de probables trastornos mentales según género se refleja más en la población femenina con un 65,1%; como indican numerosos estudios el género femenino tiene mayor riesgo de sufrir una enfermedad mental que los hombres sobre todo porque la incidencia de la depresión y los trastornos de ansiedad es son mayor en ellas. Otros factores relacionados que predisponen al desarrollo de una patología se presentan en el papel que juegan las hormonas en la mujer más en la edad reproductiva, factores sociales como el hecho de sobrecarga laboral y tareas domésticas así como o vivir una situación de violencia intrafamiliar, es decir que las mujeres presentan un mayor número de acontecimientos estresantes (Rodríguez, 2013).

Según el rango de edad hay mayor presencia de sintomatología de probables trastornos mentales en las personas mayores a los 51 años con un 37,5%. Según estima la OMS (2013) la población mundial está envejeciendo rápidamente, entre 2015 y 2050 la proporción de la población mundial mayor de 60 años se multiplicará casi por dos, pasando del 12% al 22% y aproximadamente un 15% de los adultos de 60 años o mayores sufren algún trastorno mental. Y según el estado civil el mayor porcentaje de probable trastorno mental se manifiesta en los solteros con un 44,3%.

Por otro lado algunos autores plantean que la dinámica familiar es un factor determinante en la conservación de la salud mental o en la aparición de la enfermedad entre sus miembros (Louro, 2005).

En esta investigación se encontró que la mayoría de las familias en el departamento de Santa Bárbara son funcionales en un 62% es decir se encuentran en un núcleo familiar donde predomina la cohesión, comunicación y permeabilidad entre sus miembros; pero alrededor del 9.3% indican pertenecer a familias disfuncionales en donde si prevalece la rigidez entre sus normas y no se cumplen los roles correspondiente puede generar rasgos de personalidad desequilibrados en alguno de sus miembros (Pérez, De la Cuesta, Louro & Bayarre, 1997).

En el análisis de resultados con la prueba t, considerando como dato importante la media de la población se observa que hay diferencias estadísticamente significativas entre la variable de la dinámica familiar y los probables trastornos mentales ya que no se encontró una relación directa; encontrando que en el grupo de personas que se encuentran en familias funcionales el promedio de la población (60,4) no presentan un probable trastorno mental y el 55,6 si presenta un probable trastorno mental. Y en relación a las personas que se encuentran en familias disfuncionales el 44,4 no presenta sintomatología de trastornos mentales y el 39,4 presenta un probable trastorno mental. Por lo tanto el funcionamiento familiar saludable implica que se cumplan plenamente las necesidades básicas que generen nuevos individuos en la sociedad basándose en el respeto de las relaciones intrafamiliares, sin embargo la disfuncionalidad familiar se da cuando existe perturbación severa en la comunicación (Àvalos, 2013).

La dinámica familiar de la población adulta del departamento de Santa Bárbara está basada en las dimensiones medidas por la escala FF-SIL en las cuales la cohesión, afectividad, comunicación y adaptabilidad son estadísticamente significativas, sin embargo no son factores causales de la presencia de sintomatología de probables trastornos mentales sino que actúan como un factor de protección que ayuda a mantener un buen nivel de funcionamiento de las personas en las familias y en la sociedad.

En conclusión los hallazgos de este estudio demuestran que 6 de cada 10 personas en el departamento de Santa Bárbara presenta un probable trastorno mental, es preocupante que la prevalencia de estos trastornos sea tan elevada y al mismo tiempo tan invisible ya que en nuestro país no se cuenta con una red de atención en salud mental por el escaso presupuesto que hay para este, y por lo que concierne la ausencia de accesibilidad a estos servicios en los municipios de Santa Bárbara sumado a esto que el programa de salud

mental desaparece en el nuevo modelo de servicio en salud, es decir que no existe un sistema de prevención y promoción en salud mental a nivel primario aun cuando la salud en Honduras forma parte del Plan de Nación de País 2021 donde uno de sus objetivos es reducir las inequidades y mejorar la calidad de vida de la población (Secretaría de Salud, 2005).

Finalmente otra de las dificultades en la que se ven los que probablemente presenten un trastorno mental es el estigma y discriminación que tienden a sufrir por parte de sus familiares y sociedad en sí, esto por el insuficiente conocimiento y falta de conciencia sobre el tema en salud mental ya que para ellos es normal amarrarlos y ocultarlos por lo tanto en la medida que se logre identificar de manera temprana los factores de riesgo de presentar trastornos mentales permitirá evitar situaciones de crisis y, esto ayudara a mejorar y hacer efectivo el derecho a una calidad de una vida digna.

Conclusiones y Recomendaciones

Conclusiones

- Mediante el instrumento SRQ, se determinó que la prevalencia de probables trastornos mentales en la población adulta del departamento de Santa Bárbara es de un 63%, en relación a los trastornos mentales estudiados se manifiesta en un 39% la depresión, seguido del estrés postraumático (36,3%), ansiedad (25%), dependencia a las drogas (12,3%), y al consumo de alcohol (5,7%) y finalmente la epilepsia (4%).
- La caracterización de las personas con probables trastornos mentales de Santa Bárbara corresponde en su mayoría a las mujeres y a la población en un rango de edad mayor a los 51 años, asimismo la presencia de sintomatología de trastornos mentales se enfatiza más en el casco urbano sin embargo se refleja un 0.5% de diferencia con el área rural.
- No se encontró una asociación directa en la presencia de los probables trastornos mentales y la dinámica familiar, sin embargo se obtuvo una correlación negativa (- 0,033) y una diferencia estadísticamente significativa (sig. 0,000) entre las familias más funcionales y disfuncionales que denotan que la funcionalidad familiar no se mide por la presencia de trastornos mentales sino por los patrones de interacción que hay entre los miembros de una familia.
- La funcionalidad en relación a la dinámica familiar de la población de Santa Bárbara, manifiestan estar en un 62% en familias funcionales es decir que hay cohesión y buena comunicación entre sus miembros por lo que pueden hacer frente ante situaciones adversas, seguidamente de un 27.3% en un nivel de moderadamente funcional y con un menor porcentaje se encuentra el 9% en familias disfuncionales y 1.3% severamente disfuncionales que manifiestan que en su espacio familiar no se valora al otro, ni se cumplen con los roles correspondientes lo cual afecta a cada uno de sus miembros lo que puede generar rasgos de personalidad desequilibrados.

- Entre las dimensiones de la dinámica familiar medidas a través de la escala de funcionamiento familiar FF-SIL, que muestran una correlación negativa y considerando el 95% de confianza, en la presencia de trastornos mentales fueron cohesión, comunicación, afectividad, adaptabilidad, roles y armonía en la presencia de ansiedad, depresión, dependencia al alcohol y drogas y estrés postraumático.

Recomendaciones

1. En base a los resultados obtenidos en el presente estudio donde la prevalencia de probables trastornos mentales en la población adulta del departamento de Santa Bárbara es alta debe de ser intervenido el sistema de salud especialmente la atención primaria, implementando programas psicosociales para la detección, atención e intervención oportuna de los casos presentados así como se debería contar en los centros de salud con personal capacitado en atención a la salud mental, este personal deberá estar preparado para detectar y tratar este tipo de problemas y poder así mismo hacer la referencia apropiada a los servicios de atención especializados en la capital del país para la atención oportuna y su respectivo tratamiento.
2. Asegurar la apertura de espacios en los centros de salud, cesares y cesamos para que se cuente con la asistencia de un psicólogo como también en los centros educativos, como parte de una prevención y promoción primaria que contribuya al fomento de los hábitos protectores y a la reducción de los comportamientos de riesgo mejorando así la calidad de vida de la población en general (Alarcón, 2007).
3. Establecer una alianza con la Universidad Cristiana de Santa Bárbara UCEM para realizar junto con los estudiantes de la carrera de Psicología brigadas de intervención en los municipios para que la población pueda tener acceso a la atención psicológica y ser remitida a las instituciones correspondientes.
4. Se debe de dar un seguimiento al estudio, a través de la implementación de programas que ayuden a mejorar la salud mental de la población de Santa Bárbara ya que la necesidad se ve reflejada en los resultados obtenidos y es justo y necesario accionar ante esta problemática.
5. Investigar sobre cuáles son los factores que están incidiendo en la alta prevalencia de sintomatología de trastornos mentales y a su vez los factores asociados a la prevalencia de familias funcionales de la población del departamento de Santa Bárbara.

6. Finalmente es indispensable la elaboración de nuevas propuestas en salud mental y programas de intervención psico-social que puedan adoptar políticas eficaces para la toma de decisiones que garanticen una atención en salud que sea integral, descentralizada, participativa y preventiva a favor de las comunidades especialmente a las más vulnerables por el sistema.

Bibliografía

- Accortt, E., Freeman, M., & Allen, J. (2008). Women and major depressive disorder: clinical perspectives on causal pathways. *Journal of Womens Health, 17*(10), 1583-1590. doi:10.1089/jwh.2007.0592.
- Aguilar, M., Lopez, D., Landa, H., Espinoza, E., Sierra, M., Sosa, C., Padgett, D., Gonzáles, M., Alger, J. (2010). Prevalencia de Depresión en Mujeres Mayores de 18 años en dos Comunidades Rurales de la Región Central de Honduras. *Revista Médica de Postgrados de la UNAH, 78*(4); 169-224.
- Alarcón, F. (2007). Psicología social de la salud: Promoción y prevención. *Revista Latinoamericana de Psicología, 40*(1), 174-175.
- American Psychiatric Association. (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV)*. Barcelona: Masson.
- Ares, P. (2000). Propuesta de un diseño teórico-metodológico para la intervención familiar en salud comunitaria. *Interamerican Journal Of Psychology, 34*(2), 57-69.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, quinta edición*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Ávalos, M. (2013). Síndrome de Burnout, funcionalidad familiar y factores relacionados en personal médico y de enfermería de un hospital de Villahermosa, Tabasco, México. *Revista Científica de América Latina y el Caribe, 12*(2), 48-49.
- Balmaceda, L. (2013). La propuesta teórica de Pichón Riviére [Mensaje en un blog] recuperado de <http://procesogrupal.overblog.com/la-propuesta-teórica-de-pichon-riviere>
- Bendoya, S., Perea, M., & Ormeño, R. (2006). Evaluación de niveles, situaciones generadoras y manifestaciones de estrés académico de tercer y cuarto año de la Facultad de Estomatología. *Revista Estomatológica Herediana, 16*(1), 15-20.
- Brombeger, J. (2004). A Psychosocial understanding of depression in women; for the primary care physician. *Journal of the American Medical Women's Association, 59*(3), 198-206.

- Carbonell, J., Carbonel, M., & Gonzales, N. (2012). *Las Familias en el siglo XXI: Una mirada desde el derecho*. Recuperado de https://books.google.hn/books?hl=es&lr=&id=8k2ef8FjNXAC&oi=fnd&pg=PA1&dq=Las+Familias+en+el+siglo+XXI:+Una+mirada+desde+el+derecho.+&ots=vgERb5tz8n&sig=aYr0GaUKDa3aPtQ3WzINWdLxrAU&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false.
- Chirinos, A., Munguia, A., Lagos, A., Salgado, J., Reyes, A., Padgett, D., & Donaire, L. (2002). Prevalencia de Trastornos Mentales en la población mayor de 18 años en 29 comunidades urbanas de Honduras, 2001 Tegucigalpa, Honduras. *Revista Médica Postgrado UNAH*, 7(1), 42-48.
- Denaire, L. (04 de Octubre de 2016). Córtes y Francisco Morazán los departamentos más violentos. *Diario la Prensa*. Recuperado de <http://www.laprensa.hn/honduras/1005594-410/cortés-registra-la-tasa-de-homicidios-más-alta-según-observatorio-de-la>
- Dimas, J. (22 de Agosto de 2016). Ataque de ira "contagian" a los hondureños. *Diario la Tribuna*. Recuperado de <http://www.latribuna.hn/2016/08/22/ataques-ira-contagian-los-hondurenos/>
- Eguiluz, L. (2003). *Dinámica de la Familia: Un enfoque psicológico sistémico*. México.: Editorial Pax.
- Espinal, I., Gimeno, A., & Gonzáles, F. (2013). *El enfoque sistémico en los estudios sobre la familia*. Recuperado de <http://www.uv.es/jugar2/Enfoque%20Sistémico.pdf>.
- Fernández, M. (2007). *Psicopatología del Comportamiento Delictivo. Conceptos básicos de Psicopatología*. Madrid, España: Sagastume .
- Flores, M. (2003). *Hogares y Familias en Honduras*. (Tesis del Instituto de Investigaciones Económicas y Sociales UNAH, Tegucigalpa, Honduras) Recuperada de <https://poblacionydesarrolloenhonduras.files.wordpress.com/2011/03/hogares-y-familias-1988-2001.pdf>
- Fuentes, A., & Merino, J. (2003). *Validación de un instrumento de funcionalidad familiar* (Tesis para obtener el grado de Magister en Investigación Social y Desarrollo en

la Universidad de Concepción-Chile) Recuperada de <http://www.ucb.edu.bo/publicaciones/ajayu/v14n2/v14n2a3.pdf>

Gallego, A. (2012). Recuperación crítica de los conceptos de familia, dinámica familiar y sus características. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, 35(1), 326-345. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/1942/194224362017.pdf>

García, M. (7 de Septiembre de 2011). Hombres y Mujeres tienden a sufrir enfermedades mentales distintas (Mensaje en un blog) . Recuperado de http://www.tendencias21.net/Hombres-y-mujeres-tienden-a-sufrir-enfermedades-mentales-distintas_a7384.html

Gómez, F. (04 Julio de 2007). Enfermedades mentales o psicológicas (Mensaje en un blog) recuperado de http://www.profesorenlinea.cl/Ciencias/Enfermedades_sicologicas.htm

Gómez, O. (2013). *El Divorcio incausado en México*. Mexico: Moreno Editores Otero.

Haro, J., Palacin, C., Vilagut, G., Martínez, M., Bernal, M., Luque, I., Condony, M., Dolz, M., Alonso, J. (2002). Prevalencia de los Trastornos Mentales y Factores Asociados. *Barcelona, España. ESEMeD-España 126(12)*, 445-451. Recuperado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0025775306719698>.

Hinestroza, G. (2011). *Enfoque sistémico: Dinámica Familiar y su funcionamiento*. Barcelona, España.: Instituto de Investigación Médica.

Hosman, C., Jane-Llopis, E., & Saxena, S. (2005). *Prevención de Trastornos Mentales: intervenciones efectivas y opciones de política*. Recuperado de http://www.who.int/mental_health/evidence/Prevention_of_mental_disorders_spanish_version.pdf.

Hospital Doctor Mario Mendoza. (2014). *Departamento de Estadística*. Tegucigalpa, Honduras.

Hospital Nacional Psiquiátrico Santa Rosita (09 de Noviembre 2014). Historia, Hospital (Mensaje en un blog) REcuperado de <http://hospitalsantarosita.blogspot.com>.

Instituto Nacional de Estadísticas INE (2003). *Censo Nacional de Población y Vivienda, 2001-2003*. Recuperado de <http://www.ine.gob.hn/index.php/25-publicaciones-ine/81-censo-de-xvii-poblacion-y-vi-vivienda>.

- Instituto Nacional Estadístico INE (2012). *Encuesta Permanente de Hogares de Propósitos Múltiples, Mayo 2012*. Recuperado de <http://www.ine.gob.hn/index.php/25-publicaciones-ine/87-encuesta-permanente-de-hogares-de-propositos-multiples-ephpm>
- Instituto Nacional de Estadísticas INE (2013). *Encuesta Nacional de Demografía y Salud ENDESA 20011-2012*. Recuperado de http://www.observatoriodescentralizacion.org/download/información_general_/Honduras%20ENDESA%20DHS%202012%20%2006-19-2013.pdf.
- Ingram, R., & Prince, J. (2000). *Manual de la vulnerabilidad a la psicopatología: riesgo a lo largo de la vida*. New York: Guilford.
- Instituto Hondureño de Alcoholismo, Drogadicción y Farmacodependencia. (2004). *Consumo de Drogas y Salud Mental en Honduras*. Tegucigalpa, Honduras.
- Irias, R., Martínez, G., Amaya, G., Soto, R., & Reyes, A. (1999). Prevalencia de Trastornos Mentales en Personas privadas de libertad. *Revista Médica Post UNAH*, 4(2), 129-136.
- Kessel, R., & Uston, T. (2000). *The World Health Organization, World Mental Health Catchment Area Study*. New York: Free press.
- Kohn, R., Levav, I., Caldas de Almeida, J., Vicente, B., Andrade, L., & Caraveo, J. (2005). Los Trastornos Mentales en América Latina y el Caribe; asunto prioritario para la salud pública. *Revista Panama Salud Pública*, 18(4-5): 229-40.
- 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.
- Louro, I. (2005). Modelo de Salud del Grupo Familiar. *Revista Cubana Pública*, 31(4), 129.
- Marín, C. L. (2010). Prevalencia de Trastornos mentales y estresores Psicosociales en usuarios de consulta Externa en Psicología de la Universidad de San Buenaventura, Medellín- Colombia. *Revista de Ciencias Sociales*, 10(1), 225-146.

- Martínez, J. (13 de Julio de 2014). Deprimidos hondureños por falta de "pisto". *Diario La Tribuna*. Recuperado de <http://www.latribuna.hn/2014/07/13/deprimidos-hondurenos-por-falta-de-pisto/>
- Mechon, J. U. (2000). *Trastornos Afectivos*. Madrid, España: Grupo Aula Médica .
- Millán, R. (14 de Abril de 2012). *El tratamiento de los Trastornos Mentales a través de la historia*. Obtenido de.: <http://www.activament.org/es/2012/04/12/el-tractament-dels-trastorns-mentals-a-traves-de-la-historia/#sthash.3dmZZuLK.dpbs>.
- Minuchin, S., & Fishman, E. (1984). *Familias y terapia familiar*. Barcelona: Gedisa.
- Molina, C., Lázaro, I., & Medina, M. (2003). Prevalencia e incidencia de las epilepsias en Honduras. *Revista de los postgrados de Medicina de la UNAH*, 8(2), 40-52.
- Murray, C. (2001). *Proyecto 2000 de la carga global de la enfermedad: objetivos, métodos y fuentes de datos*. Ginebra, España.: Editores Médicos, S.A, EDIMSA..
- Ochoa, E. (15 de Mayo de 2012). *La Importancia del Entorno Familiar - Enfoque Sistemico*. Recuperado de <http://iefam.com/index.php/articulos1/category-list/75-la-importancia-del-entorno-familiar-enfoque-sistemico>
- Organización Mundial de la Salud OMS. (2001a). *Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Ginebra, España.: Editores Medicos, S.A. EDIMSA.
- Organización Mundial de la Salud OMS (2001b). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud* (Decima ed.) Recuperado de <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/6282/Volume1.pdf?sequence=1>
- Organización Mundial de la Salud OMS (2003). *Legislación sobre salud mental y derechos humanos*. Asturias-España.: Editores Médicos, S.A. EDIMSA.
- Organización Mundial de la Salud OMS (2013a). *Salud Mental: un estado de bienestar*. Recuperado de http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/

- Organización Mundial de la Salud OMS (2013b). *Plan de acción sobre salud mental 2013-2020*. . Ginebra: Editores Médicos, S.A. EDIMSA
- Palacios, J., & Rodrigo, M. (2001). *Familia y Desarrollo Humano*. Madrid, España: Alianza editorial, S.A.
- Paz, A., Moneada, R., Sosa, C., Romero, M., Murcia, H., & Reyes, A. (1999). Prevalencia de Trastornos Mentales en la Comunidad de Villa Nueva, Región Metropolitana. *Revista Médica de Postgrados de la UNAH*, 4(1): 74-85.
- Pérez Alarcón, J. (2005). *Familia y Adolescencia: Indicadores de Salud. Manual de Aplicación de Instrumentos*. Washington, D.C. EUA: W. K. Kellogg Foundation.
- Pérez, A., & Reinoza, M. (2011). El Educador y la Familia disfuncional. *Revista Educere: Artículos Arbitrados* 52(2), 629-634. Recuperado de <http://www.saber.ula.ve/handle/123456789/35319>
- Pérez, E., De la Cuesta, D., Louro, I., & Bayarre, H. (2011). Funcionamiento Familiar. Construcción y validación de un instrumento. *Revista Ciencias de la Salud Humana*, 4(1): 63-66.
- Posada-Villa, J., Aguilar-Gaxiola, S., Magaña, C., & Gomez, L. (2004). Prevalencia de Trastornos Mentales y Uso de servicios. Resultados preliminares del Estado Nacional de Salud Mental. Colombia, 2003. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 33(3): 241-262.
- Rivera, A. (10 de Octubre de 2016). Especialistas estiman aumento de trastornos mentales en la población. *El Universal*. Recuperado de <http://www.eluniversal.com.mx/articulo/nacion/sociedad/2016/10/10/especialistas-estiman-un-aumento-de-trastornos-mentales-en-la>
- Rodríguez, H., Francke, M., Rios, J., Sanchez, A., Heftye, M., & Ribeiro, M. (2009). *Dinámica Familiar, Resultados del Estudio de la Dinámica Familiar en San Pedro Garza Garcia, N.L.* México: Instituto Municipal de la Familia de San Pedro Garza Garcia, N.L.
- Rodríguez, J. Kohn, R. & Aguilar, S (2009). *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe*. Recuperado de <https://books.google.hn/books?hl=es&lr=&id=VpX64YMGAKoC&oi=fnd&pg=>

PR7&dq=Epidemiología+de+los+trastornos+mentales+en+América+Latina+y+el+Caribe&ots=9IW1sv6X5P&sig=S34p9UcMat9Hxmn-xygGu-U_LF4&redir_esc=y#v=onepage&q=Epidemiolog%C3%ADa%20de%20los%20trastornos%20mentales%20en%20Am%C3%A9rica%20Latina%20y%20el%20Caribe&f=false

Rodriguez, J. (2011). Los Servicios de Salud Mental en América Latina y el Caribe: La evolución hacia un modelo comunitario. *Revista Psiquiátrica Uruguaya*; 75(2): 85-96.

Rodríguez, J. (23 de Mayo de 2013). *Eroski Consumer*. Obtenido de La salud mental de la mujer: <http://www.consumer.es/web/es/salud/prevencion/2013/05/26/216742.php>

Ruiz, G. (1994). *La Familia: como estudiarla con eficacia*. La Habana: Editorial Pueblo y Educación.

Rutter, M. (2002). Fortaleza contra la adversidad. *Revista Británica de Psiquiátria*, 147:598-561.

Sandler, I., Ayers, T., & Dawson, S. (2005). *Enfrentando la desintegración familiar; divorcio y duelo*. Oxford.: Oxford University Press.

Satir, V. (1985). *Psicoterapia Familiar Conjunta*. México: Prensa Médica.

Secretaría de Salud. (2005). *Plan nacional de salud 2021*. Recuperado de http://www.bvs.hn/Honduras/pdf/Politicass_Nacionales_Salud-Honduras_Plan_Nacional_2021.pdf

Secretaria de Salud. (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*. Recuperado de <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2008/WHO-AIMS-HONDURAS-espanol.pdf>.

Sierra, M. (13 de Julio de 2016). Familia y Sociedad en Honduras. *Diario La Tribuna*. Recuperado de <http://www.latribuna.hn/2016/07/13/familia-sociedad-honduras/>

Tobon, M., López, G., & Ramírez, F. (2013). Características del estado de Salud Mental en Jóvenes en condiciones vulnerables. *Revista Cubana de Salud Pública*; 39(3): 462-473.

- Torres, L., Ortega, P., Garrido, A., & Reyes, A. (2008). Dinámica Familiar en familias con hijos e hijas. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación México*, 10(2), 31-56.
- Walsh, F. (1982). *Conceptualization and normal family functioning*. New York: Normal family process, The Guildford Press.
- Wittchen, H., Muller, N., Pfister, H., Winter, S., & Schmidt-kunz, B. (1999). *Affective somatoform and anxiety disorders in Germany; initial results of an additional federal survey of psychiatric disorders*. Recuperado de <http://europepmc.org/abstract/med/10726424>
- Zaldivar, D. (2007). *Funcionamiento familiar saludable*. Recuperado de http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-temprana/funcionamiento_familiar.pdf
- Zimmerman, M., McDermut, W., & Mattia, J. (2000). Frequency of anxiety disorders in psychiatric outpatients with major depressive disorder. *American Journal Of Psychiatry*, 157(8), 1377-1340.

ANEXOS



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS

ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA



PRESENTACIÓN

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

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

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

Firma del participante: _____

Fecha: _____

Huella _____

DATOS GENERALES

Edad		Género 1. Masculino 2. Femenino 3. Otro						
Número de Teléfono:								
Estado Civil	Soltero (a)	Casado (a)	3. Unión libre	4. Viudo	5. Separado	6. Divorciado		
Religión	Católico	Evangélico	3. Ninguna	4. Otro				
Área	Urbano			Rural				
Nivel económico	Listado de bienes y/o servicios que puede tener en su hogar:							
	<p style="text-align: center;">Bienes o Servicios Marque con "X" si lo tiene</p> Electricidad Agua potable Equipo de sonido Radio Televisión Refrigerador Servicio sanitario Letrina Libros Cable				<p style="text-align: center;">Bienes o Servicios Marque con "X" si lo tiene</p> Estufa eléctrica Estufa de gas Fogón de leña Lavadora de ropa Carro Computadora Internet Teléfono Teléfono celular			
Dirección exacta								
Ocupación	Funcionarios, directores y jefes Profesionistas y técnicos Trabajadores auxiliares en actividades administrativas Comerciantes, empleados en ventas y agentes de ventas Trabajadores en servicios personales y vigilancia Trabajadores en actividades agrícolas, ganaderas, forestales, caza y pesca Trabajadores artesanales Operadores de maquinaria industrial, ensambladores, choferes y conductores de transporte Trabajadores en actividades elementales y de apoyo							
Con quien vive	Madre	Padre	Hijos	Hermanos	Abuelos	Pareja	Amigos	Otro
Escolaridad	1.Sin educación formal 2.Educación básica incompleta 3.Educación básica completa 4.Educación media incompleta 5.Educación media completa				6.Estudios técnicos 7.Estudios universitarios incompletos 8.Estudios universitarios completos 9.Otros			

INSTRUCCIONES

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

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

- | SI | NO | |
|-------|-------|--|
| _____ | _____ | 1. ¿Tiene frecuentes dolores de cabeza? |
| _____ | _____ | 2. ¿Tiene mal apetito? |
| _____ | _____ | 3. ¿Duerme mal? |
| _____ | _____ | 4. ¿Se asusta con facilidad? |
| _____ | _____ | 5. ¿Sufre de temblor de manos? |
| _____ | _____ | 6. ¿Se siente nervioso o tenso? |
| _____ | _____ | 7. ¿Sufre de mala digestión? |
| _____ | _____ | 8. ¿Le cuesta pensar con claridad? |
| _____ | _____ | 9. ¿Se siente triste? |
| _____ | _____ | 10. ¿Llora usted con mucha frecuencia? |
| _____ | _____ | 11. ¿Tiene dificultad en disfrutar sus actividades diarias? |
| _____ | _____ | 12. ¿Tiene dificultad para tomar decisiones? |
| _____ | _____ | 13. ¿Tiene dificultad en hacer su trabajo? |
| _____ | _____ | 14. ¿Se siente incapaz de desempeñar un papel útil en su vida? |
| _____ | _____ | 15. ¿Ha perdido interés en las cosas? |
| _____ | _____ | 16. ¿Siente que usted es una persona inútil? |
| _____ | _____ | 17. ¿Ha tenido la idea de acabar con su vida? |
| _____ | _____ | 18. ¿Se siente cansado todo el tiempo? |
| _____ | _____ | 19. ¿Tiene sensaciones desagradables en su estómago? |
| _____ | _____ | 20. ¿Se cansa con facilidad? |

SI NO

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

INSTRUCCIONES

A continuación le presentamos una serie de situaciones que pueden ocurrir o no en su familia. Necesitamos que usted clasifique y puntúe la respuesta según la frecuencia en que ocurre la situación, de acuerdo a la siguiente clasificación:

Casi Nunca (1)

Pocas veces (2)

A veces (3)

Muchas veces (4)

Casi siempre (5)

No.	Ítems	Ptj
1	Se toman decisiones entre todos para cosas importantes en la familia	
2	En mi casa predomina la armonía	
3	En mi familia cada uno cumple sus responsabilidades	
4	Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana	
5	Nos expresamos sin insinuaciones, en forma clara y directa	
6	Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos	
7	Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones diferentes	
8	Cuando alguien de la familia tiene un problema, los demás ayudan	
9	Se distribuyen las tareas de forma que nadie este sobrecargado	
10	Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones	
11	Podemos conversar diversos temas sin temor	
12	Ante una situación familiar difícil, somos capaces de buscar ayuda en otras personas	
13	Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar	
14	Nos demostramos el cariño que nos tenemos	