

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 EL
CONSUMO DE DROGAS EN POBLACIÓN ADULTA DEL DEPARTAMENTO DE
LEMPIRA, HONDURAS 2016.**

PREVIO A OPTAR AL GRADO DE MASTER EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

SUSTENTADA POR:

MARIO ADALY FLORES MALDONADO

ASESORA TÉCNICA: DRA. GUADALUPE ROMERO

ASESORA METODOLÓGICA: DRA. IVETTE RIVERA

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

Junio 2018

AUTORIDADES UNIVERSITARIAS

DOCTOR. FRANCISCO JOSÉ HERRERA ALVARADO
RECTOR INTERINO

MASTER BELINDA FLORES
VICE-RECTORA ACADÉMICA

ABOGADA EMMA VIRGINIA RIVERA MEJÍA
SECRETARIA GENERAL

DOCTOR ARMANDO EUCEDA
DIRECCION DE POSGRADO

DOCTORA MARTHA LORENA SUAZO
DECANA DE LA FACULTAD DE
CIENCIAS SOCIALES

DOCTORA MIRNA FLORES
COORDINADORA GENERAL DE POSTGRADO
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

DOCTORA VILMA AMPARO ESCOTO TORRES
COORDINADORA DE LA MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

DEDICATORIA

Dedico los resultados de mi esfuerzo realizado para la elaboración de mi tesis, a mi madre, padre, prometida y hermanas.

Así mismo, a mi asesora de tesis y a todos mis docentes, compañeros y coordinadora de la primera promoción de la maestría en Psicología Clínica.

AGRADECIMIENTOS

Al Creador del Universo: Gracias por darme la vida, la salud, la felicidad y por haberme brindado la oportunidad de tener a mi lado a muchos seres humanos tan especiales y maravillosos que le dan sentido a mi vida.

A mis seres más queridos: Mi madre, padre, prometida, hermanas, quienes son mi fuente de inspiración y motivación para las diversas actividades realizadas, sus palabras y acciones son un motivo de felicidad y satisfacción. Agradezco todo el apoyo necesario a lo largo de mi vida, con quienes he compartido momentos muy felices y algunos muy difíciles, encontrando siempre palabras de aliento y consejos como muestra de aprecio.

A la coordinadora de la maestría en Psicología clínica, **Dra. Vilma Escoto:** gracias por incentivar me en todo momento en el proceso de la maestría y alentarme en los momentos más difíciles e incentivar me a seguir adelante en este proyecto de tesis, gracias por formarme tanto en lo académico como en mi vida profesional.

Coordinador del área de investigación de la maestría en Psicología clínica, **Dr. German Moncada:** gracias por todo el tiempo que me ha dedicado en este proceso constructivo para la elaboración de la presente tesis, en el cual me motivó en varias ocasiones para que continuaré adelante hasta la culminación de dicho proceso.

A mi asesora de tesis, **Dra. Guadalupe Romero:** Infinitas gracias por ser mi guía en este proceso de construcción de tesis, mostrándome no solo los aspectos técnicos de su elaboración sino los valores y la rectitud que confiere un trabajo de esta magnitud, muchísimas gracias por darme esas palabras de aliento y motivación para seguir adelante con este proceso.

Jefa de la escuela de ciencias Psicológicas, **Dra. Argentina Contreras:** gracias por creer en todo momento en mi persona tanto a nivel personal como profesional, gracias por sus consejos y por alentarme en todo este proceso del posgrado para que terminara este proyecto de tesis.

TABLA DE CONTENIDOS

DEDICATORIA	i
AGRADECIMIENTOS	ii
TABLA DE CONTENIDOS	iii
ÍNDICE DE FIGURAS	vii
ÍNDICE DE TABLAS	viii
RESUMEN	1
ABSTRACT	2
INTRODUCCIÓN	3
CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	5
1.1. Situación Problemática	6
1.2. Pregunta Problema	8
1.3. Preguntas de investigación	8
1.4. Objetivos de investigación	8
1.4.1. Objetivo General.	8
1.4.2. Objetivo Específicos	8
1.5. Justificación	9
1.6. Hipótesis de investigación	11
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	12
2. FUNDAMENTO TEÓRICO DE LA INVESTIGACIÓN	13
2.1. Fundamentación conceptual de la salud mental	13
2.2. Factores y consideraciones sobre la salud mental	15
2.3. Determinantes sociodemográficos	15
2.3.1. Determinantes sociales	15
2.3.2. Determinantes por género	16
2.3.3. Determinantes por edad	17
2.4. Determinantes socioeconómicos	17
2.5. Acontecimientos vitales	18
2.6. Trastornos mentales	19
2.6.1. Concepto de trastorno mental	19

2.6.2. Diagnóstico de trastorno mental	20
2.6.3. Criterios de trastornos mentales	22
2.7. Trastorno por estrés postraumático	28
2.8. Repercusión de los trastornos mentales	33
2.9. Consumo de drogas	34
2.9.1. Problemas por el consumo de drogas	34
2.9.2 Factores de riesgo relacionados con el consumo de drogas	34
2.9.3. Factores de riesgo individuales con relación al consumo de drogas	35
2.9.4. Factores de tipo biológico	35
2.9.5. Actitudes favorables hacia el consumo de drogas	35
2.9.6. Factores de riesgo familiares con relación al consumo de drogas	36
2.9.7. Las prácticas pobres e inconsistentes de manejo familiar es otro factor de riesgo. 37	
2.9.8. Factores sociales relacionados al consumo de drogas	39
2.10. Impacto social y económico del consumo de drogas	40
2.10.1. Impacto social	40
2.10.2. Impacto económico	41
2.10.3. Los sistemas de justicia penal ante los problemas por drogas	41
2.10.4. Costo de las políticas en materia de drogas	41
2.10.5. Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos	42
2.10.6. Trastornos por consumo de sustancias	42
2.10.7. Trastornos mentales inducidos por sustancias	44
2.11. Comorbilidad entre la dependencia de drogas y los trastornos mentales	45
2.12. Sustento teórico del test de evaluación para el consumo de drogas (DAST)	48
2.13. Teoría del Cuestionario de auto-reporte de Síntomas (SRQ)	52
CAPÍTULO III MARCO CONTEXTUAL	57
3.1. Problemática de la salud mental en el mundo	58
3.2. Estudios de prevalencia de trastornos mentales	59
3.3. Diagnóstico de salud mental en los hospitales psiquiátricos de Honduras	60
3.4. Respuesta del estado a la problemática de la salud mental	61
3.4.1. Política y marco legislativo	62
3.4.2. La política de salud mental de Honduras	62

3.4.3. La Secretaria de Estado en el Despacho de Salud.....	63
3.5. Impacto del consumo de drogas en el sector salud.	64
3.6. Marco legal de Honduras sobre el consumo de drogas lícitas e ilícitas.	65
3.6.1. Ley de la penalización de la embriaguez habitual.....	65
3.6.2. Ley contra el delito de lavado de activos.....	65
3.6.3. Código de la niñez y adolescencia	65
3.6.4. Ley de tránsito.....	66
3.6.5. Ley del IHADFA	66
3.6.6. Reglamento sobre publicidad de bebidas alcohólicas, tabaco y otras drogas.....	67
3.6.7. Ley especial para el control del tabaco.....	67
3.7. Departamento de Lempira	69
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA	71
4. Método	72
4.1. Enfoque	72
4.2. Alcance.....	72
4.3. Diseño de la investigación.....	72
4.4. Profundidad del estudio.....	72
4.5. Descripción de la población objeto de estudio y el procedimiento de muestreo. ..	73
4.6. Tamaño y distribución de la muestra	73
4.7. Muestreo	75
4.8. Matriz de operacionalización de variables.....	76
4.9. Descripción de instrumentos y procedimientos de recolección de información	78
4.10. Procedimiento y análisis de información recolectada	83
CAPÍTULO V: RESULTADOS	87
5. ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	88
5.1. Prevalencia de las dimensiones estudiadas en cuanto a trastornos mentales.....	88
5.2. Prevalencia de trastorno mental según características sociodemográficas.....	89
5.2.1. Prevalencia de posible trastorno mental según género.....	89
5.2.2. Prevalencia de posibles trastorno mental según rango de edad.....	90
5.2.3. Prevalencia de trastorno mental según procedencia geográfica.....	92
5.2.4. Prevalencia de trastorno mental según estado civil.....	93
5.2.5. Prevalencia de trastorno mental según escolaridad.....	94

5.2.6. Prevalencia de posible trastorno mental según religión.....	95
5.2.7. Prevalencia de posible trastorno mental ocupación.....	95
5.3. Análisis de resultados de las dimensiones por el consumo de drogas.	96
5.3.1. Prevalencia general de las dimensiones ocasionados por el consumo de drogas....	96
5.3.2. prevalencia de las dimensiones del consumo de drogas.....	97
5.4 Prevalencia de dimensiones por drogas según características sociodemográficas	98
5.4.1. Prevalencia de las dimensiones del consumo de edrogas según genero.....	98
5.4.2. Prevalencia de las dimensiones del consumo de edrogas según rangos de edad. ...	99
5.4.3. Prevalencia de dimensiones de edrogas según procedencia geográficas	101
5.4.4. Prevalencia de las dimensiones de las edrogas según estado civil	102
5.4.5. Prevalencia de las dimensiones de las drogas según escolaridad.....	103
5.4.6. Prevalencia de las dimensiones de las drogas según religión.....	104
5.4.7. Prevalencia de las dimensiones de las drogas según ocupación.....	104
5.5 Dimensiones por drogas en relación con los posibles trastornos mentales....	105
5.5.1. Dimensiones de consumo de drogas en relación con el trastorno de depresión....	106
5.5.2. Dimensiones por drogas en relación con el trastorno de estrés postraumático....	107
5.5.3. Problemas de consumo de drogas en relación con el alcoholismo.	108
5.6. Jerarquia de dimensiones de las drogas según trastorno mental	109
5.7. Caracterización de dimensiones por drogas según dimensiones investigadas ..	112
5.7.1. Dependencia de drogas.	112
5.7.2. Ayuda previa.....	112
5.7.3. Poliuso de drogas.....	113
5.7.4. Problemas sociales.....	113
DISCUSION	116
CONCLUSIONES	126
RECOMENDACIONES	130
FUENTES BIBLIOGRAFICAS	133
ANEXOS.....	140

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Trastornos mentales según su prevalencia en el departamento de Lempira, 2016.....	88
Figura 2. Prevalencia de posibles trastornos mentales según género.....	89
Figura 3. Prevalencia de posibles trastornos mentales según rangos de edad.	90
Figura 4. Prevalencia de posibles trastornos mentales según rangos de edad.....	90
Figura 5. Prevalencia de posibles trastornos mentales según la procedencia geográfica....	92
Figura 6. Prevalencia de posibles trastornos mentales según estado civil.....	93
Figura 7. Prevalencia de posibles trastornos mentales según escolaridad.	94
Figura 8. Prevalencia general de las dimensiones del consumo de drogas.....	96
Figura 9. Prevalencia de las dimensiones del consumo de drogas	97
Figura 10. Prevalencia de las dimensiones del consumo de drogas según género	98
Figura 11. Prevalencia de las dimensiones del consumo de drogas según rango de edad...	99
Figura 12. Prevalencia de las dimensiones del consumo de drogas según rango de edad...	99
Figura 13. Prevalencia de la dimensiones de las drogas según procedencia geografica ...	101
Figura 14. Prevalencia de la dimensiones de las drogas según estado civil	102
Figura 15. Prevalencia de la dimensiones del consumo de drogas según escolaridad	103
Figura 16. Correlación consumo de drogas y posibles trastornos mentales.	105
Figura 17. Correlación trastorno por depresión y problemas con drogas.....	106
Figura 18. Correlación trastorno por estrés postraumático y problemas con drogas.....	107
Figura 19. Correlación trastorno por alcoholismo y problemas con drogas.....	108

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Fórmula para obtención de la muestra.....	74
Tabla 2. Descripción de la muestra.....	74
Tabla 3. Análisis significativo entre dimensiones de las drogas y trastornos mentales. ...	105
Tabla 4. Análisis significativo entre dimensiones por drogas y trastorno por depresión. .	106
Tabla 5. Análisis significativo entre dimensiones por drogas y el estrés postraumático...	107
Tabla 6. Análisis significativo entre dimensiones por drogas y el alcoholismo.....	108
Tabla 7. Jerarquía de las dimensiones de los problemas por drogas según ansiedad.	109
Tabla 8. Jerarquía de las dimensiones de los problemas por drogas según depresión.	109
Tabla 9. Jerarquía de las dimensiones de los problemas por drogas según alcoholismo. .	110
Tabla 10. Jerarquía de dimensiones por drogas según estrés postraumático	111
Tabla 11. Jerarquía de las dimensiones por drogas según epilepsia.....	111

RESUMEN

El propósito de este estudio es establecer la prevalencia de los trastornos mentales y su relación con los problemas por el consumo de drogas en la población adulta del municipio de Gracias y el municipio de las Flores del departamento de Lempira. Para ello se hizo uso de un instrumento desarrollado por la OMS, denominado SRQ, el cual sirve para hacer un tamizaje de posibles trastornos mentales, asimismo, se contó con un segundo instrumento de tamizaje denominado DAST, que sirve para explorar la existencia de problemas por el abuso de drogas y finalmente se elaboró una encuesta de caracterización poblacional que sirvió para la recopilación de información de los atributos sociodemográficos. Estos instrumentos de tamizaje se aplicaron a una muestra representativa de 300 viviendas, distribuidas de la siguiente manera: 150 viviendas del área urbana y 150 viviendas del área rural. El tipo de muestreo que se empleó en esta investigación es probabilístico sistemático, seleccionado para llevar un estudio polietápico. Asimismo, el método de esta investigación es cuantitativo de alcance descriptivo, de corte transversal. Por su naturaleza es un estudio de prevalencia, y de campo a partir de la muestra representativa de la población general.

Los resultados principales indican que la sintomatología por estrés postraumático tiene una mayor prevalencia en el departamento de Lempira con el 31%, las personas del género masculino presentan una prevalencia del 51.2%, también predomina una mayor prevalencia entre las edades de 31 años a 50 años con un 35.2%, asimismo, la prevalencia de síntomas de trastornos mentales en la zona rural es del 52.5%, por otro lado la prevalencia de los problemas por el consumo de drogas en el departamento de Lempira es del 14.3%, siendo el mayor problema la dependencia a las drogas con una prevalencia del 55.7%. en base a los resultados de esta investigación se concluye una tendencia positiva entre los trastornos mentales y los problemas ocasionados por el consumo de drogas, por lo cual se puede decir que entre más problemas tenga la persona por el consumo de drogas mayor será la posibilidad de padecer trastornos mentales.

Palabras Claves: Trastornos mentales, prevalencia, problemas causado por el consumo de drogas, departamento de Lempira.

ABSTRACT

The purpose of this research is to establish the prevalence of mental disorder and their relation with the problems caused by drug consumption on adults in the municipality of Gracias and the municipality of Flores located in Lempira department. We used the instrument developed by the OMS, named SRQ, which is used for making a screening for possible mental disorders, another screening tool named DAST was used, for exploring the problems caused by drug abuse and finally we made a survey that was used for gathering information about social-demographic attributes. These screening tools were applied on a sample of 300 households, 150 households on the urban area, and 150 households on the rural area. The sampling used on this research was the systematic sampling, chosen for a polyvalent research. Nonetheless, the method of investigation is quantitative the descriptive scope from cross cut. By its nature is a prevalence research, and of field from the representative sample of the population generates.

The results indicate the symptomatology caused by post-traumatic stress has a higher prevalence on the department of Lempira with 31%. Males show a prevalence of 51.2%, also the people in between 31-50 years show a prevalence with 35.2%. However, the prevalence of symptoms of mental disorders in the rural area are from 52.5%, on the other side the prevalence of drug consumption in Lempira are from 14.3%, being the drug addiction the biggest problems with a prevalence of 55.7%. On the basis of the results of this research we can conclude a positive trend between mental disorders and problems caused by drug consumption. So we can say if the person has a lot of problems on his life caused by drug addiction the chances of suffering from any mental disorder will be higher.

Key words: Mental disorders, prevalence, problems caused by drug consumption, Lempira department.

INTRODUCCIÓN

Hoy día se sabe que las determinantes de los trastornos mentales no solo obedece a características biológicas e individuales, sino también a factores sociales y culturales, en este sentido algunas poblaciones corren un riesgo significativamente mayor de sufrir problemas de salud mental. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013), sugiere que los trastornos mentales van de la mano de las carencias socioeconómicas. Esto se relaciona con la investigación de Chirinos-Flores et al. (2002), quienes determinaron que un 35% de hondureños está afectado por trastornos mentales, estos autores también atribuyen estos padecimientos mentales a las condiciones socioeconómicas, la inseguridad ciudadana y desastres naturales.

Por tal sentido, resultó conveniente la realización de esta investigación en uno de los departamentos del país con menores índices de desarrollo humano como es el departamento de Lempira, en específico en el municipio de Gracias y el municipio de las Flores. Según el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (2009), mediante su informe sobre desarrollo humano Honduras revela que el departamento de Lempira es y ha sido uno de los departamento con menores niveles de desarrollo humano, lo cual lo sitúa entre los departamentos más pobres de Honduras, esto podría explicar el incremento de trastornos mentales en este departamento, por lo cual esta investigación estableció las prevalencias de los posibles trastornos mentales en esta zona del país utilizando las categorías diagnósticas del instrumento de tamizaje (RSQ) propuesto por la Organización Mundial de la Salud. Las categorías diagnosticas son las siguientes: Ansiedad, depresión, epilepsia, dependencia de alcohol y Abuso de drogas psicotrópicas.

La presente investigación genera datos significativos sobre la situación del municipio de Gracias y el municipio de las Flores del departamento de Lempira, datos que servirá para la reorganización y elaboración de nuevas propuestas en salud mental, con la intención de mejorar las condiciones de salud y desarrollo psicológico de estos municipios de Lempira. Según Pereira (2008), la salud mental está determinada por el bienestar emocional, influido por la cultura, los valores, costumbres, las condiciones socioeconómicas de la sociedad donde se originan.

Por otro lado, entendiendo que la salud mental es tan importante como la salud física y que sus causas son multifactoriales se toma en consideración en esta investigación el consumo de drogas como uno de los mayores causantes de los trastornos mentales en el departamento de Lempira, en los principales hospitales psiquiátricos del país reportaron que el consumo de alcohol y drogas es el principal problema generador de los padecimientos mentales, prevalencia que va en aumento cada año (Secretaria de Salud, 2011; Hospital Psiquiátrico Santa Rosita, 2014; Hospital Psiquiátrico Mario Mendoza, 2014).

Asimismo, las atenciones realizadas en el hospital psiquiátrico Santa Rosita, donde se pudo constatar que nueve de los departamentos del país son los de mayor demanda en atenciones por el consumo de alcohol y drogas. Entre los departamentos de mayor demanda esta Francisco Morazán, Comayagua, Cortés, el Paraíso, Lempira, la Paz y Olancho y en menor demanda Santa Bárbara y Choluteca (Hospital Psiquiátrico Santa Rosita, 2014). Por lo cual esta investigación estableció las prevalencias de los problemas por el consumo de drogas en el departamento de Lempira utilizando las siguientes categorías del instrumento de tamizaje (DAST) propuesto por Skinner. Las categorías son las siguientes: Problemas sociales, problemas médicos, dependencia a las drogas, poliuso de drogas y ayuda previa.

Hasta el momento las acciones realizadas por diferentes instituciones públicas o privadas comprometidas o responsables de la prevención primaria en salud mental y de la reducción del consumo de drogas han sido de manera fragmentada, estos esfuerzos aislados no han permitido implementar una prevención adecuada por lo cual la importancia de esta investigación es contribuir a determinar la prevalencia de trastornos mentales, y los problemas por el consumo de drogas esto para tener una fotografía del problema, como un mapeo para que futuras instituciones públicas y no públicas puedan ayudar a estas poblaciones de manera sistemática, coordinada sabiendo en que sectores se presentan prevalencia de trastornos mentales y de problemas por el consumo de drogas.

CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Situación Problemática

La situación de la salud mental en Centroamérica obedece a la presencia de factores complejos, según la Organización Panamericana de la Salud (2006), en su Informe sobre los Sistemas de Salud Mental en Nicaragua, El Salvador y Guatemala refiere que los problemas a la salud mental de los pobladores de Centroamérica obedece a los desastres naturales, los sangrientos conflictos armados y la pobreza. La mayoría de los países de Centroamérica tienen importantes limitaciones en sus sistemas nacionales de salud mental. EL presupuesto dedicado a la salud mental en los países Centroamericanos apenas representa 1% del presupuesto general de salud.

La salud mental del pueblo hondureño está seriamente afectada, así lo determinó la investigación de Chirinos-Flores et al. (2002), quienes reportaron que el 35% de la población hondureña presenta posibles trastornos mentales, asimismo las consultas de los hospitales públicos se han visto rebasadas en su capacidad de atender la problemática de salud mental que cada día se ha vuelto más frecuente. Lamentablemente estos datos están desactualizados y 14 años después en el país se desconoce esta información. Este estudio presenta nuevos datos significativos de esta problemática a través del cuestionario de auto reporte (SRQ), propuesto por la Organización Mundial de la Salud (1994), que sirve para la detección de alteraciones a la salud mental

Hasta el momento se han realizado algunos estudios sobre prevalencia de trastornos mentales, sin contar con datos específicos de esta zona del país, según el PNUD (2009), revela que el departamento de Lempira es y ha sido uno de los departamento con menores niveles de desarrollo humano, lo cual lo sitúa entre los departamentos más pobres de Honduras, esto podría justificar las prevalecías de trastornos mentales encontradas en este departamento, ya que según el plan de acción sobre salud mental propuesto por la OMS (2013), sugieren que los trastornos mentales van de la mano de las carencias socioeconómicas.

Entendiendo que la salud mental obedece a causas multifactoriales se toma en consideración en esta investigación el consumo de drogas como uno de los mayores causantes de los trastornos mentales en el departamento de Lempira, en 4 años de atenciones en el Hospital Psiquiátrico Santa Rosita (2014), se han reportado que el 90% de personas con trastornos mentales son producto del consumo de alcohol y drogas, también las atenciones reflejan el incremento de un 20% por año de los trastornos mentales enfatizado en el consumo de alcohol y drogas como uno de los principales causales de los mismos. Por otro lado Gómez (2010), refiere que el 36.5% de los trastornos por uso de alcohol o drogas presentan un trastorno mental asociado, siendo los más frecuentes la depresión, trastorno de ansiedad generalizada y el trastorno por estrés postraumático.

Lo antes expuesto nos da luces del impacto del consumo de drogas en la salud mental de la población hondureña y en específico del departamento de Lempira, por lo que esta investigación presenta nuevos datos de la situación actual del departamento de Lempira con respecto a las prevalencias de los problemas por el consumo de drogas a través del cuestionario de tamizaje (DAST) que sirve para explorar la existencia de problemas por el abuso de drogas propuesto por (Skinner, 1982-1994). Adicionalmente este estudio a través de los instrumentos de tamizaje antes mencionados responde a la interrogante que pone su mirada en ¿Cuál es la prevalencia de los trastornos mentales y su relación con los problemas por el consumo de drogas en la población adulta del municipio de Gracias y el municipio de las Flores del departamento de Lempira?

Hasta el momento las acciones realizadas por diferentes instituciones comprometidas o responsables de la prevención primaria referente a la salud mental y de la reducción del consumo de drogas han sido de manera fragmentada, estos esfuerzos aislados no han permitido implementar una prevención plena, por ende la importancia de esta investigación es contribuir a determinar las prevalencias de los trastornos mentales y su relación con los problemas por el consumo de drogas en el departamento de Lempira, esto para tener una fotografía del problema, como un mapeo para que futuras instituciones públicas y no públicas puedan ayudar a estas poblaciones de manera sistemática, coordinada sabiendo en que sectores se presentan prevalencias de trastornos mentales y problemas por el consumo

de drogas, asimismo, para que puedan destinar recursos y programas preventivos y de atención a pacientes de manera directa y focalizada.

1.2. Pregunta Problema

¿Cuál es la prevalencia de los trastornos mentales en relación con las dimensiones del consumo de drogas en la población adulta del municipio de Gracias y el municipio de las Flores del departamento de Lempira, Honduras 2016?

1.3. Preguntas de investigación

- a) ¿Cuál es la prevalencia de los posibles trastornos mentales en el municipio de Gracias y el municipio de las Flores del departamento de Lempira?
- b) ¿Cuáles son las principales características sociodemográficas en las personas con posibles trastornos mentales?
- c) ¿Cuál es la prevalencia de las dimensiones del consumo de drogas en el municipio de Gracias y en el municipio de las Flores del departamento de Lempira?
- d) ¿Cuáles son las principales características sociodemográficas de las personas que consumen drogas?
- e) ¿Cuáles son los trastornos mentales que tienen relación con las dimensiones del consumo de drogas en el municipio de Gracias y en el municipio de las Flores del departamento de Lempira?

1.4. Objetivos de investigación

1.4.1. Objetivo General.

Analizar la prevalencia de trastornos mentales en relación con las dimensiones del consumo de drogas en la población adulta del municipio de Gracias y el municipio de las Flores del departamento de Lempira, Honduras 2016.

1.4.2. Objetivo Específicos

- a) Identificar los posibles trastornos mentales que prevalecen en el municipio de Gracias y el municipio de las Flores del departamento de Lempira.

- b) Describir las principales características sociodemográficas de las personas con posibles trastornos mentales.
- c) Identificar la prevalencia de las dimensiones del consumo de drogas en el municipio de Gracias y el municipio de las Flores del departamento de Lempira.
- d) Describir las principales características sociodemográficas de las personas que consumen drogas.
- e) Identificar los posibles trastornos mentales que tienen relación con las dimensiones del consumo de drogas en el municipio de Gracias y el municipio de las Flores del departamento de Lempira.

1.5. Justificación.

En este apartado es importante conocer la conveniencia, relevancia social, implicaciones prácticas y valor teórico de esta investigación, misma que da respuestas a la problemática de los trastornos mentales y a los problemas por el consumo de drogas en el municipio de Gracias y el municipio de las Flores del departamento de Lempira.

La presente investigación es de notable conveniencia ya que genera datos significativos sobre la situación del municipio de Gracias y el municipio de las Flores del departamento de Lempira, datos que servirá para la reorganización y elaboración de nuevas propuestas en salud mental, con la intención de mejorar las condiciones de salud y desarrollo psicológico de estos municipios. Igualmente, la divulgación de los resultados que se han obtenido en esta investigación será una contribución para la formación del personal encargado de las intervenciones preventivas y para la solución de los posibles problemas de salud mental encontrados en estos municipios.

En cuanto a la relevancia social de esta investigación radica en el desarrollo de nuevas estrategias de intervención psicosocial que garanticen una atención accesible, descentralizada, participativa, continuada, y preventiva a favor de estas comunidades, especialmente para las personas más vulneradas por el sistema, según el PNUD (2009), revela que el departamento de Lempira es uno de los departamento con los menores niveles

de desarrollo en el país, situándolo entre los departamentos más pobres de Honduras, dicha información permitirá adjudicar recursos en conformidad con las necesidades detectadas y abogar por los derechos de este departamento del país.

Por otro lado, la implicación práctica de este estudio es la contribución a la mejora de la atención primaria en salud mental, la importancia de la obtención de estos datos sobre la prevalencia de los trastornos mentales y de los problemas por el consumo de drogas en la actualidad es indispensable sobre todo para establecer prioridades en la misma, así como para evaluar el impacto de las acciones desarrolladas y el establecimiento de programas y proyectos en salud mental.

De igual manera, la descripción y el desarrollo de este conocimiento sobre el comportamiento de la prevalencia, permitirá que estos resultados de las características sociodemográficas y de la comorbilidad de los trastornos mentales en relación con el consumo de drogas en el departamento de Lempira, favorecerá al personal multidisciplinario responsable de las intervenciones preventivas viéndose reflejada en el cambio metodológico del abordaje de los usuarios de dichos programas de atención.

El valor teórico de este estudio es tener presente que la salud mental es un fenómeno multifactorial y que las teorías fundamentales de los mismos han sido elaboradas en los países desarrollados, pero en el contexto latinoamericano y en específico en el contexto hondureño requiere una conceptualización y teorización que se ajuste a nuestra realidad. En nuestro contexto el consumo de drogas es uno de los factores que pone en riesgo la salud mental del pueblo hondureño.

Según los principales hospitales psiquiátricos del país reportaron que el consumo de alcohol y drogas es el principal causante de los trastornos mentales, prevalencia que va en aumento cada año (Secretaría de Salud, 2011; Hospital Psiquiátrico Santa Rosita, 2014; Hospital Psiquiátrico Mario Mendoza, 2014). Por lo antes expuesto se hizo pertinente en este estudio relacionar los trastornos mentales con los problemas por el consumo de drogas,

los resultados y conocimientos de esta investigación servirá para su prevención como una manera de promoción y mantenimiento de la salud mental.

1.6. Hipótesis de investigación

H1: A mayor consumo de drogas mayor trastorno por estrés postraumático.

H2: A mayor consumo de drogas mayor trastorno por depresión.

H3: A mayor consumo de drogas mayor trastorno por ansiedad.

H4: A mayor consumo de drogas mayor trastorno por epilepsia.

H5: A mayor consumo de drogas mayor consumo de alcohol.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2. FUNDAMENTO TEÓRICO DE LA INVESTIGACIÓN

A continuación se exponen los aspectos relativos al trabajo en salud mental, con una serie de argumentos referentes a los trastornos mentales y al consumo de drogas.

2.1. Fundamentación conceptual de la salud mental

Conceptualizar la dimensión de salud mental presenta diversas dificultades, ya que, al tener un carácter polisémico, se deben considerar en su definición componentes tales como lo ideológico, clínico, epistemológico, teórico, y social para lograr el cometido de dimensionar una categoría conceptual que integre sus manifestaciones básicas. Otra premisa fundamental, para establecer el concepto de salud mental es presentar de forma sintética una definición holística e integradora del hombre y de su salud (Ubilla, 2009).

En el presente apartado se busca recolectar y someter a un breve análisis varios conceptos de salud mental ya utilizados por organizaciones internacionales o teóricos de diferentes disciplinas para concluir en un concepto propio que servirá como hilo conductor o argamasa a las partes subsecuentes.

Según la OMS (2013), la salud mental es parte integral de la salud y el bienestar, en su definición de salud expresa que es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Por lo tanto la salud mental, como otros aspectos de la salud, puede verse afectada por una serie de factores socioeconómicos que tienen que abordarse mediante estrategias integrales de promoción, prevención, tratamiento y recuperación que impliquen a los sistemas de salud.

Según Ubilla (2009), la salud mental es producto de su situación específicamente humana con la cual el hombre llega al mundo. Esta determina en cierta necesidad que son inevitables, pues deben ser satisfechas. De qué manera estas necesidades son cubiertas es algo que dependerá sobre todo del contexto histórico-social y natural. La forma en que estas necesidades sean adecuadamente satisfechas o no, determinarán finalmente el grado de salud mental que el hombre pueda desarrollar. Según este punto de vista la salud mental

no se limita, al indicador de la funcionalidad social, ya que una persona que cuente con un desempeño social aceptable, pero con hábitos que no le permitan desarrollar su vida de forma creativa y espontánea, se puede diagnosticar como un individuo que no goza de una vida mental saludable.

Según Pereira (2008), el concepto de salud mental es aún más determinado por cada individuo en particular que experimenta o no, su bienestar emocional, influido por la cultura, la sociedad en que se desarrolla, los valores vigentes, los usos y costumbres prevalecientes e inclusive las condiciones socioeconómicas de la sociedad donde se originan.

Según la Organización Mundial de la Salud (2001), en las distintas culturas los estudiosos han definido de formas diversas la salud mental, concepto que abarca, entre otros aspectos, el bienestar subjetivo, la percepción de la propia eficacia, la autonomía, la competencia, la dependencia intergeneracional y la autorrealización de las capacidades intelectuales y emocionales. Desde una perspectiva transcultural es casi imposible llegar a una definición exhaustiva de la salud mental. Se admite, no obstante, que el concepto de salud mental es más amplio que la ausencia de trastornos mentales.

Por otro lado, Rossi (2005), separa la salud mental en tres dominios: en el primer dominio relaciona la salud mental con la autorrealización que permita al individuo explotar su potencial, en el segundo dominio el individuo tiene influencia sobre su ambiente y con respecto a su autonomía, y en el tercer dominio el individuo tiene la capacidad de identificar, confrontar y resolver problemas.

Esta propuesta enfatiza que la salud mental, está determinada en los tipos de personalidad, la dimensión afectiva, enfocada en una sensación subjetiva de bienestar, la capacidad de responder con flexibilidad a factores estresantes a través de la esperanza de que todo va a estar bien; así como la calidad de vida percibida desde cada sujeto que se define como una percepción individual de la persona sobre su posición en la vida, en el contexto de la

cultura y los sistemas de valores en los cuales ella vive y en relación con sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones.

2.2. Factores y consideraciones sobre la salud mental

La salud mental abarca una amplia gama de actividades directas o indirectamente relacionadas con el componente de bienestar mental incluido en la definición de salud que da la OMS (2001), que refiere que la salud mental no es sólo la ausencia de trastornos mentales. Se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. Está relacionada con la promoción del bienestar, la prevención de trastornos mentales y el tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas por dichos trastornos.

2.3. Determinantes sociodemográficos

2.3.1. Determinantes sociales

Se reconoce que los factores sociales son decisivos, tanto en su relación causal así como a la promoción de la salud mental.

En las naciones occidentales se consideran determinantes de los problemas de salud mental a los acontecimientos sociales que se relacionan con la discriminación, el empobrecimiento, los problemas médicos crónicos, la violencia, las sustancias psicotrópicas, 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 que causan un detrimento notable para el individuo que las padece, las familias del mismo y para la sociedad (OMS, 2001).

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

los derechos reproductivos y al derecho a gozar del grado más alto posible de salud (OMS, 2013).

Según las atenciones realizadas en el Hospital Psiquiátrico Santa Rosita, los principales departamentos del país con mayor prevalencia de atenciones por trastornos mentales, son el departamento de Francisco Morazán, en segundo lugar, Comayagua, Cortés, en similar porcentaje están los departamentos del Paraíso, Lempira, la Paz y Olancho y en menor porcentaje Santa Bárbara y Choluteca (Hospital Psiquiátrico Santa Rosita, 2014).

A pesar del énfasis del estudio, en lo social, sería imposible desconocer la importancia de los factores sociodemográficos en cuanto a la edad y género

La edad y el género se pueden considerar como variables demográficas importantes en el desarrollo de los problemas de salud mental. Como ejemplos se pueden recordar, la depresión clínica, que muchos estudios en forma consistente han encontrado más alta y con mayor severidad para el sexo femenino y para grupos de mayor edad; la dependencia a las drogas, por el contrario, más frecuente en población joven y en el sexo masculino (OMS, 2001).

2.3.2. Determinantes por género

Según las atenciones realizadas en el hospital nacional psiquiátrico Santa Rosita, se reporta un incremento por año de las atenciones por primera vez, haciendo una comparación entre género, nos revela que las atenciones por primera vez de personas que asisten por problemas de salud mental, el género masculino presenta una prevalencia del 97% por otro lado las atenciones por primera vez del género femenino son de un 3% (Hospital Psiquiátrico Santa Rosita, 2014).

Por otro lado, en el Hospital Psiquiátrico Mario Mendoza, los resultados dan a conocer que las atenciones por primera vez en cuanto a trastornos mentales han aumentado por año, en cuanto al género femenino ha alcanzado un mayor porcentaje de atenciones por trastornos mentales con un 61%, por otro lado, las atenciones por trastornos mentales del género masculino alcanzaron un porcentaje de 39% (Hospital Psiquiátrico Mario Mendoza, 2014).

También las atenciones en el hospital psiquiátrico Mario Mendoza demostró un claro aumento de las atenciones subsiguientes, haciendo una comparación entre géneros de pacientes atendidos por trastornos mentales, muestra que el género masculino reporta el mayor número de atenciones subsiguientes reportando 74% atenciones por trastornos mentales, por otro lado el género femenino alcanza 26% de atenciones por trastornos mentales, por lo que hay mayor número de atención para el género masculino en cuanto a padecer de trastornos mentales (Hospital Psiquiátrico Mario Mendoza, 2014).

Según los datos obtenidos en las atenciones llevadas a cabo en los dos principales hospitales psiquiátricos del país, muestra un aumento significativo por año de las atenciones por trastornos mentales.

Para reforzar los determinantes de la salud mental antes expuestos, se presentan a continuación los determinantes de los trastornos mentales tales como la edad, y nivel socioeconómico.

2.3.3. Determinantes por edad

La edad es un determinante para el surgimiento y exacerbación de los problemas de salud mental, mismos que tienden a incrementarse con la edad, Según los datos obtenidos, en las atenciones realizadas en 4 años en el hospitales psiquiátricos Santa Rosita se puede observar que la frecuencia de atenciones por padecimientos mentales tiene mayor prevalencia en personas de mayor edad. De acuerdo a las atenciones subsiguientes en el hospital santa rosita revela que personas entre las edades de 15 a 19 años constituyen un 2% atenciones, por otro lado las personas en rangos de edad de 20 a 24 años representan el 6% atenciones, también se revela que las personas entre los años de 25 a 39 años representan el 39% atenciones subsiguientes y en mayor medida están las personas entre los rangos de edad de 40 a 59 años con un 53% atenciones subsiguientes (Hospital Psiquiátrico Santa Rosita, 2014).

2.4. Determinantes socioeconómicos

También los factores socioeconómicos se consideran como determinaste de los padecimientos de la salud mental, estos se ven manifestados 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, 2001).

2.5. Acontecimientos vitales

Sin lugar a dudas un determinante generador de los problemas de salud mental son los acontecimientos vitales ya sean circunstanciales o por los hitos sociales que se atraviesan a lo largo de la vida, mismos acontecimientos generan desorganización mental y emocional, algunos individuos pueden desarrollar trastornos mentales y del comportamiento, como ansiedad y depresión, esto sugiere que puede ser consecuencia de la incapacidad para afrontar adaptativamente un acontecimiento vital estresante.

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

Lo antes expuesto en este apartado nos indica que hay diversos determinantes que afecta la salud mental de los individuos, determinantes que se manifiestan en varios contextos tales como sociodemográficas, socioeconómicas, acontecimientos vitales que influyen en el desarrollo de los problemas de la salud mental y en consecuencia podrían ser generadores etiológicos y evolutivos de los trastornos mentales y del comportamiento.

A continuación se describen algunas características de los trastornos para tener una mayor claridad de los mismos.

2.6. Trastornos mentales

En este apartado comenzaremos conceptualizando que son los trastornos mentales y se hará una breve descripción de la evolución que ha tenido este término a lo largo de la historia, su etiología y se explicará cada una de las categorías diagnósticas de trastornos mentales que se pretende investigar, ya 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.

2.6.1. Concepto de trastorno mental

Según la OMS (2001), el término trastorno mental se utiliza no solamente para referirse a una serie de trastornos mentales sino también para problemas conductuales que se encuentran descritos en el DSM-5, dentro de los cuales se incluyen los trastornos que en el último tiempo han elevado la morbilidad como ser la depresión, los trastornos por abuso de sustancias, las ahora llamadas discapacidades intelectuales, la demencia, ansiedad, esquizofrenia, el trastorno afectivo bipolar, trastornos conductuales American Psychiatric Association (2013).

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 (Gomez, 2007).

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 haciendo hincapié en los casos donde la etiología biológica no está clara, como sucede en la mayoría de los trastornos mentales (OMS, 2001).

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 al 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 del este y son reflejados en una disfunción de los procesos biológicos y psicológicos que prevalecen en su función mental (APA, 2013).

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, 2001).

Por lo cual 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, 2001).

2.6.2. Diagnóstico de trastorno mental

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

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.

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

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 son válidos permitiendo al profesional de la salud obtener información confiable.

La clasificación oficial de los trastornos mentales empezó a utilizarse en Estados Unidos en 1840, con la adopción de un esquema de clasificación de un solo elemento. La idiocia (locura) era el único término empleado para categorizar la enfermedad mental en el censo de 1840. En el censo de 1880, sin embargo, en años posteriores se confeccionó una lista de clasificación en categorías incrementando la atención y la comprensión de los trastornos mentales.

En la actualidad 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).

2.6.3. Criterios de trastornos mentales

A continuación se presenta las categorías diagnósticas estudiadas en base a los criterios del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5.

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

Según la APA (2013) presenta los siguientes criterios del trastorno de ansiedad por separación.

La ansiedad por separación se caracteriza por miedo o ansiedad excesiva e inapropiada para el nivel de desarrollo del individuo concerniente a su separación de aquellas personas por las que siente apego, puesta de manifiesto por al menos tres de las siguientes circunstancias:

1. Malestar excesivo y recurrente cuando se prevé o se vive una separación del hogar o de las figuras de mayor apego.
2. Preocupación excesiva y persistente por la posible pérdida de las figuras de mayor apego o de que puedan sufrir un posible daño, como una enfermedad, daño, calamidades o muerte.
3. Preocupación excesiva y persistente por la posibilidad de que un acontecimiento adverso (p. ej., perderse, ser raptado, tener un accidente, enfermar) cause la separación de una figura de gran apego.
4. Resistencia o rechazo persistente a salir, lejos de casa, a la escuela, al trabajo o a otro lugar por miedo a la separación.
5. Miedo excesivo y persistente o resistencia a estar solo o sin las figuras de mayor apego en casa o en otros lugares.

6. Resistencia o rechazo persistente a dormir fuera de casa o a dormir sin estar cerca de una figura de gran apego.
7. Pesadillas repetidas sobre el tema de la separación.
8. Quejas repetidas de síntomas físicos (p. ej., dolor de cabeza, dolor de estómago, náuseas, vómitos) cuando se produce o se prevé la separación de las figuras de mayor apego.

La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, académico, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental,

Según la APA (2013) los siguientes criterios son de la fobia específica. Las fobias específicas se caracteriza por el miedo o ansiedad intensa por un objeto o situación específica (p. ej., volar, alturas, animales, administración de una inyección, ver sangre). El objeto o la situación fóbica casi siempre provocan miedo o ansiedad inmediata. El objeto o la situación fóbica se evita o resiste activamente con miedo o ansiedad intensa. El miedo o la ansiedad es desproporcionado al peligro real que plantea el objeto o situación específica y al contexto sociocultural. El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, y dura típicamente seis o más meses. El miedo, la ansiedad o la evitación causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Según la APA (2013) presenta los siguientes criterios del trastorno de ansiedad social (fobia social) el miedo o ansiedad intensa en una o más situaciones sociales en las que el individuo está expuesto al posible examen por parte de otras personas. Algunos ejemplos son las interacciones sociales (mantener una conversación, reunirse con personas extrañas), ser observado (comiendo o bebiendo) y actuar delante de otras personas (dar una charla). El individuo tiene miedo de actuar de cierta manera o de mostrar síntomas de ansiedad que se valoren negativamente (es decir, que lo humillen o avergüencen; que se traduzca en rechazo o que ofenda a otras personas).

Las situaciones sociales casi siempre provocan miedo o ansiedad. Las situaciones sociales se evitan o resisten con miedo o ansiedad intensa. El miedo o la ansiedad son desproporcionados a la amenaza real planteada por la situación social y al contexto sociocultural. El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, y dura típicamente seis o más meses. El miedo, la ansiedad o la evitación causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Según la APA (2013) presenta los siguientes criterios del trastorno de pánico.

Un ataque de pánico es la aparición súbita de miedo intenso o de malestar intenso que alcanza su máxima expresión en minutos y durante este tiempo se producen cuatro (o más) de los síntomas siguientes:

1. Palpitaciones, golpeteo del corazón o aceleración de la frecuencia cardiaca.
2. Sudoración.
3. Temblor o sacudidas.
4. Sensación de dificultad para respirar o de asfixia.
5. Sensación de ahogo.
6. Dolor o molestias en el tórax.
7. Náuseas o malestar abdominal.
8. Sensación de mareo, inestabilidad, aturdimiento o desmayo.
9. Escalofríos o sensación de calor.
10. Parestesias (sensación de entumecimiento o de hormigueo).
11. Desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (separarse de uno mismo).
12. Miedo a perder el control o de “volverse loco.”
13. Miedo a morir.

Al menos a uno de los ataques le ha seguido un mes (o más) de uno o los dos hechos siguientes:

1. Inquietud o preocupación continua acerca de otros ataques de pánico o de sus consecuencias.
2. Un cambio significativo de mala adaptación en el comportamiento relacionado con los ataques.

Según la APA (2013) presenta los siguientes criterios del trastorno de ansiedad generalizada. Se caracteriza por ansiedad y preocupación excesiva (anticipación aprensiva), que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades (como en la actividad laboral o escolar). Al individuo le es difícil controlar la preocupación. La ansiedad y la preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (y al menos algunos síntomas han estado presentes durante más días de los que han estado ausentes durante los últimos seis meses):

1. Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta.
2. Fácilmente fatigado.
3. Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco.
4. Irritabilidad.
5. Tensión muscular.
6. Problemas de sueño (dificultad para dormirse o para continuar durmiendo, o sueño inquieto e insatisfactorio).

La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

-Depresión: es el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo. El rasgo común es la presencia de un ánimo triste, vacío o irritable, acompañados de cambios somáticos y cognitivos que afectan significativamente a la capacidad funcional del individuo DSM-5 (APA, 2013). A continuación se presentan los trastornos depresivos mas característicos:

Según la APA (2013) presenta los siguientes criterios del trastorno de desregulación destructiva del estado de ánimo. El acceso de cólera grave y recurrente que se manifiestan verbalmente y/o con el comportamiento cuya intensidad o duración son desproporcionadas a la situación o provocación. Los accesos de cólera no concuerdan con el grado de desarrollo. Los accesos de cólera se producen, en término medio, tres o más veces por semana. El estado de ánimo entre los accesos de cólera es persistentemente irritable o

irascible la mayor parte del día, casi todos los días, y es observable por parte de otras personas (padres, maestros, compañeros).

Según la APA (2013) presenta los siguientes criterios del trastorno de depresión mayor. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas.
2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).
3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso o disminución o aumento del apetito casi todos los días.
4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días
6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada casi todos los días.
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).
9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Según la APA (2013) presenta los siguientes criterios del trastorno depresivo persistente (distimia). El estado de ánimo deprimido esta durante la mayor parte del día, presente más

días que los que está ausente, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas, durante un mínimo de dos años. Presencia, durante la depresión, de dos (o más) de los síntomas siguientes:

1. Poco apetito o sobrealimentación.
2. Insomnio o hipersomnía.
3. Poca energía o fatiga.
4. Baja autoestima.
5. Falta de concentración o dificultad para tomar decisiones.
6. Sentimientos de desesperanza.

-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-Cruz & Medina-Hernández, 2003).

-Dependencia de alcohol: se determina como toda forma de embriaguez que excede o sobrepasa los linderos de consumo social, la dependencia al alcohol puede resultar de una predisposición genética o un consumo abusivo que podría ocasionar una enfermedad mental. Esta enfermedad no solo afecta al adicto sino también la vida de todo aquel que se encuentra a su alrededor (OMS, 2001).

-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, 2001).

2.7. Trastorno por estrés postraumático.

A continuación se presenta las características del trastorno por estrés postraumático siguiendo los lineamientos del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5.

-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 (APA, 2013).

La exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza, en una de las formas siguientes:

1. Experiencia directa del suceso traumático.
2. Presencia directa del suceso ocurrido a otros.
3. Conocimiento de que el suceso traumático ha ocurrido a un familiar próximo o a un amigo íntimo. En los casos de amenaza o realidad de muerte de un familiar o amigo, el suceso ha de haber sido violento o accidental.
4. Exposición repetida o extrema a detalles repulsivos del suceso traumático

La presencia de uno (o más) de los síntomas de intrusión siguientes asociados al suceso traumático, que comienza después del suceso traumático:

1. Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso traumático.
2. Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño está relacionado con el suceso traumático.
3. Reacciones disociativas (p. ej., escenas retrospectivas) en las que el sujeto siente o actúa como si se repitiera el suceso traumático. (Estas reacciones se pueden

producir de forma continua, y la expresión más extrema es una pérdida completa de conciencia del entorno presente.)

4. Malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso traumático.
5. Reacciones fisiológicas intensas a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso traumático.

Evitación persistente de estímulos asociados al suceso traumático, que comienza tras el suceso traumático, como se pone de manifiesto por una o las dos características siguientes:

1. Evitación o esfuerzos para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso traumático.
2. Evitación o esfuerzos para evitar recordatorios externos (personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos, situaciones) que despiertan recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso traumático.

Alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo asociadas al suceso traumático, que comienzan o empeoran después del suceso traumático, como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:

1. Incapacidad de recordar un aspecto importante del suceso traumático (debido típicamente a amnesia disociativa y no a otros factores como una lesión cerebral, alcohol o drogas).
2. Creencias o expectativas negativas persistentes y exageradas sobre uno mismo, los demás o el mundo (p. ej., “Estoy mal,” “No puedo confiar en nadie,” “El mundo es muy peligroso,” “Tengo los nervios destrozados”).
3. Percepción distorsionada persistente de la causa o las consecuencias del suceso traumático que hace que el individuo se acuse a sí mismo o a los demás.
4. Estado emocional negativo persistente (p. ej., miedo, terror, enfado, culpa o vergüenza).

5. Disminución importante del interés o la participación en actividades significativas.
6. Sentimiento de desapego o extrañamiento de los demás.
7. Incapacidad persistente de experimentar emociones positivas (p. ej., felicidad, satisfacción o sentimientos amorosos).

Alteración importante de la alerta y reactividad asociada al suceso traumático, que comienza o empeora después del suceso traumático, como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:

1. Comportamiento irritable y arrebatos de furia (con poca o ninguna provocación) que se expresan típicamente como agresión verbal o física contra personas u objetos.
2. Comportamiento imprudente o autodestructivo.
3. Hipervigilancia.
4. Respuesta de sobresalto exagerada.
5. Problemas de concentración.
6. Alteración del sueño (p. ej., dificultad para conciliar o continuar el sueño, o sueño inquieto).

Con síntomas disociativos: Los síntomas cumplen los criterios para el trastorno de estrés postraumático y, además, en respuesta al factor de estrés, el individuo experimenta síntomas persistentes o recurrentes de una de las características siguientes:

1. Despersonalización: Experiencia persistente o recurrente de un sentimiento de desapego y como si uno mismo fuera un observador externo del propio proceso mental o corporal
2. Desrealización: Experiencia persistente o recurrente de irrealidad del entorno (p. ej., el mundo alrededor del individuo se experimenta como irreal, como en un sueño, distante o distorsionado).

Con expresión retardada: Si la totalidad de los criterios diagnósticos no se cumplen hasta al menos seis meses después del acontecimiento (aunque el inicio y la expresión de algunos síntomas puedan ser inmediatos). En niños menores de 6, exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza, en una (o más) de las formas siguientes:

1. Experiencia directa del suceso traumático.
2. Presencia directa del suceso ocurrido a otros, especialmente a los cuidadores primarios.
3. Conocimiento de que el suceso traumático ha ocurrido a uno de los padres o cuidadores.

Presencia de uno (o más) de los síntomas de intrusión siguientes asociados al suceso traumático, que comienzan después del suceso traumático:

1. Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso traumático.
2. Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño está relacionado con el suceso traumático.
3. Reacciones disociativas (p. ej., escenas retrospectivas) en las que el niño siente o actúa como si se repitiera el suceso traumático. (Estas reacciones se pueden producir de forma continua, y la expresión más extrema es una pérdida completa de conciencia del entorno presente.) La representación específica del trauma puede tener lugar en el juego.
4. Malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso traumático.
5. Reacciones fisiológicas importantes a los recordatorios del suceso traumático.

Ha de estar presentes uno (o más) de los síntomas siguientes, que representan evitación persistente de los estímulos asociados al suceso traumático o alteración cognitiva y del estado de ánimo asociada al suceso traumático, que comienza o empeora después del suceso:

Evitación persistente de los estímulos

1. Evitación o esfuerzos para evitar actividades, lugares o recordatorios físicos que despiertan el recuerdo del suceso(s) traumático(s).
2. Evitación o esfuerzos para evitar personas, conversaciones o situaciones interpersonales que despiertan el recuerdo del suceso(s) traumático(s).

Alteración cognitiva

3. Aumento importante de la frecuencia de estados emocionales negativos (p. ej., miedo, culpa, tristeza, vergüenza, confusión).
4. Disminución importante del interés o la participación en actividades significativas, que incluye disminución del juego.
5. Comportamiento socialmente retraído.
6. Reducción persistente de la expresión de emociones positivas.

Alteración importante de la alerta y reactividad asociada al suceso traumático, que comienza o empeora después del suceso traumático, como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:

1. Comportamiento irritable y arrebatos de furia (con poca o ninguna provocación) que se expresa típicamente como agresión verbal o física contra personas u objetos (incluidas pataletas extremas).
2. Hipervigilancia.
3. Respuesta de sobresalto exagerada.
4. Problemas con concentración.
5. Alteración del sueño (p. ej., dificultad para conciliar o continuar el sueño, o sueño inquieto).

La duración de la alteración es superior a un mes. La alteración causa malestar clínicamente significativo o problemas en la relación con los padres, hermanos, compañeros u otros cuidadores, o en el comportamiento en la escuela. La alteración no se puede atribuir a los

efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., medicamento o alcohol) u otra afección médica.

Con síntomas disociativos: Los síntomas cumplen los criterios para el trastorno de estrés postraumático y el individuo experimenta síntomas persistentes o recurrentes de uno de los cuadros siguientes:

1. Despersonalización: Experiencia persistente o recurrente de un sentimiento de desapego, y como si uno mismo fuera un observador externo del propio proceso mental o corporal (p. ej., como si se soñara; sentido de irrealidad de uno mismo o del propio cuerpo, o de que el tiempo pasa despacio).
2. Desrealización: Experiencia persistente o recurrente de irrealidad del entorno (p. ej., el mundo alrededor del individuo se experimenta como irreal, como en un sueño, distante o distorsionado).

2.8. Repercusión de los trastornos mentales

Los trastornos mentales y conductuales tienen un gran impacto sobre los individuos, las familias y las comunidades. Los individuos padecen síntomas angustiosos, y sufren también porque no pueden participar en las actividades laborales y de ocio, generalmente porque se les discrimina. Les preocupa no poder asumir sus responsabilidades respecto de la familia y los amigos, y temen ser una carga para los demás. Se estima que una de cada cuatro familias tiene al menos un miembro afectado por un trastorno mental o del comportamiento (OMS, 2001).

Los trastornos mentales no se concentran en ningún grupo en particular. Antes bien, son verdaderamente universales: afectan a personas de todas las regiones, todos los países y todas las sociedades. Están presentes en todas las etapas de la vida de hombres y mujeres, ya sean ricos o pobres, residentes en zonas urbanas o rurales. La idea de que los trastornos mentales son un problema de las regiones industrializadas y más ricas del mundo es completamente errónea. Es también incorrecta la creencia de que las comunidades rurales, relativamente al margen del ritmo acelerado de la vida moderna, no padecen trastornos mentales (OMS, 2001).

2.9. Consumo de drogas

En seguida se exponen los aspectos relativos a los problemas por el consumo de drogas, por ello se presentan a continuación una serie de argumentos con el objeto de exponer la problemática a abordar

2.9.1. Problemas por el consumo de drogas

Los problemas por el consumo de las drogas se pueden contextualizar en cinco áreas, primero se puede mencionar las consecuencias adversas en la red social y en las interacciones cotidianas, que incluyen: ámbito familiar, laboral, escolar, legal e interacción con amigos. En segundo las implicaciones médicas, en lo que respecta a las alteraciones físicas como consecuencia del uso de drogas. En tercero la dependencia a las drogas, caracterizada como el uso recurrentes de sustancias que conlleva los síndromes de tolerancia (requerir cada vez dosis mayores y más frecuentes de la sustancia para obtener el efecto deseado) y abstinencia (síntomas físicos que aparecen al dejar de consumir la sustancia). En cuarto el poliuso de drogas, representado cuando se consume más de una droga y por último la ayuda previa, visto como los intentos de solucionar el problema con las drogas, recurriendo a terceras personas (Skinner, 1982-1994).

2.9.2 Factores de riesgo relacionados con el consumo de drogas.

Factores de Riesgo: Los factores de riesgo son variables y pueden afectar negativamente el desarrollo individual y social de las personas, hacen referencia a la presencia de situaciones contextuales o personales que, al estar presentes, incrementan la probabilidad de desarrollar problemas conductuales.

Este término es empleado reconociendo que existe una multicausalidad para el consumo de drogas. En este estudio se considera un factor de riesgo a toda circunstancia o evento de naturaleza biológica, psicológica o social, cuya presencia o ausencia modifica la posibilidad que se presente un problema como lo es el consumo de drogas, la violencia, el involucramiento en una mara o pandilla y otros.

Debido a la múltiple causalidad, existen diversas situaciones, eventos y circunstancias en la vida de una persona, tanto en su esfera individual como en todo lo que le rodea, que pueden ser determinantes y/o condicionantes para que consuma o no, una droga (Climent,; Guerrero, 1990). Así tenemos:

- Factores de riesgo individuales
- Factores de riesgo familiares
- Factores de riesgo sociales

2.9.3. Factores de riesgo individuales con relación al consumo de drogas

Son muchos los factores de riesgo y protección individuales que se han propuesto. Los factores riesgo individual se agrupan en tres categorías, como son *la biológica, la conducta y la personalidad*. En la biológica se incluyen los factores de predisposición del individuo y los factores biológicos que están presentes; en la conducta, la conducta actual o pasada que ha realizado o fruto de la misma y, en los factores personalidad se pueden definir como las actitudes hacia el consumo.

2.9.4. Factores de tipo biológico

Hay dos factores biológicos claramente relacionados con el mayor o menor consumo de drogas, como son el género y la edad. Sistemáticamente se encuentra que hay una clara diferencia por género para el consumo de drogas. En este sentido, ser varón es un factor de riesgo para el consumo de drogas, especialmente las drogas ilegales, porque el consumo de las drogas legales es actualmente semejante en varones y mujeres, para el tabaco y el alcohol. Respecto a la edad, la probabilidad de consumo a los 6 años es baja, mientras que a los 18 es alta (Plan Nacional sobre Drogas, 2002).

2.9.5. Actitudes favorables hacia el consumo de drogas

Según el Plan Nacional sobre Drogas (2002), la actitud es un elemento previo a la intención conductual y a la conducta. De ahí que el que una persona tenga una actitud favorable hacia el consumo de drogas favorece que dicho consumo se produzca. También, por su relevancia actual, una actitud favorable lleva a una baja percepción del riesgo; una actitud

desfavorable a una alta percepción del riesgo. La información a ciertas edades deja de ser el elemento más importante para la formación de actitudes. Pasan a ser otros elementos los que se encargan de ello.

Es importante indicar una vez más que los factores de riesgo no funcionan separadamente unos de otros. Aún con actitudes favorables hacia las drogas, la prueba o no de la misma, o de darse la prueba la continuación en el consumo, va a depender del control familiar, actitudes de los padres sobre el consumo de drogas, conducta de consumo o no de drogas por parte de los padres, tanto de tipo legal, como ilegal y medicamentos, grupo de amigos, estabilidad emocional, y otros factores de la historia evolutiva de ese individuo. Como un ejemplo, hay una actitud más favorable por parte de los varones que las mujeres al consumo (Ortega y Mínguez, 1990), de ahí que la variable género modula este tipo de actitud en los varones y en el género femenino de modo distinto.

2.9.6. Factores de riesgo familiares con relación al consumo de drogas

Petterson (1992), clasifica cuatro factores de riesgo familiar, el primer factor lo considera el uso de alcohol y drogas por parte de los padres y actitudes positivas hacia el uso de drogas; segundo factor pobres e inconsistentes prácticas en el manejo familiar; tercer factor conflicto familiar; y por ultimo poco afecto a la familia.

En el uso de alcohol y drogas por parte de los padres y actitudes positivas hacia el uso de drogas, es bien conocida la relación entre el alcoholismo de los padres y el que sus hijos tengan problemas relacionados con el alcohol y las drogas. A su vez un consumo de alcohol o drogas por parte de los padres llevan a unas prácticas de crianza pobres y a veces desordenadas o poco consistentes. El conflicto familiar suele estar presente y ello también facilita un bajo apego a la familia. Tener hermanos con problemas de alcoholismo, especialmente si son mayores que él, también facilita el consumo de alcohol y otras drogas.

2.9.7. Las prácticas pobres e inconsistentes de manejo familiar es otro factor de riesgo.

Cuando en una familia no hay una clara implicación de la madre en el cuidado de los hijos y hay una inconsistente disciplina parental, ello facilita el consumo de drogas. También se ha encontrado que cuando las aspiraciones educativas son bajas es más probable que se impliquen en el uso de drogas. Los estudios han mostrado la relevancia del control por parte de la madre para que sus hijos tengan una conducta responsable. La madre es la que suele llevar el mayor peso en la educación de los hijos, a diferencia del padre.

Otro factor de riesgo es el conflicto familiar. Cuando hay una situación de conflicto familiar o hay una ruptura familiar, ello incrementa el riesgo tanto para conductas delictivas como para conductas de uso de drogas (Pettersen, 1992).

El cuarto factor de riesgo familiar que considera es el bajo apego o afecto a la familia. Cuando dentro de la familia las relaciones entre los padres y los hijos carecen de cercanía, la madre no se implica en actividades con ellos, ello se relaciona con la iniciación al uso de drogas. Por el contrario, cuando en una familia las relaciones familiares son positivas con implicación y apego, resulta un factor de protección para el consumo de drogas. Por ello, el apego a la familia se convierte en una variable de gran relevancia dado que la misma se relaciona con otros factores de tipo familiar. Un buen apego familiar puede contrarrestar otros factores de riesgo, especialmente si a través de la misma han internalizado ciertos valores y normas que llevan al rechazo de la sustancia (Pettersen, 1992).

Pollard (1997), han elaborado un cuestionario para evaluar los factores de riesgo y protección, para lo cual han planteado los que son más relevantes y que por ello deben ser evaluados. Los dividen en cuatro dominios: comunidad, escuela, familia e individuales iguales.

Para la comunidad los factores de riesgo considerados son: bajo apego en la crianza, desorganización comunitaria, transiciones, movilidad, leyes, normas favorables al uso de drogas, disponibilidad percibida de drogas y armas de fuego. En este dominio los factores

de protección son los refuerzos por su implicación en la comunidad y las oportunidades para la implicación en la comunidad. En el dominio escolar hay dos factores de riesgo y otros dos de protección. Los de riesgo son el bajo rendimiento académico y el bajo grado de compromiso con la escuela (Pollard, 1997).

Dentro del dominio familiar los factores de riesgo son la baja o pobre supervisión familiar, la escasa o baja disciplina familiar, el conflicto familiar, la historia familiar de conducta antisocial, las actitudes parentales favorables a la conducta antisocial y las actitudes parentales favorables al uso de drogas. Como factores de protección indican el apego a la familia, las oportunidades para la implicación familiar y los refuerzos por la implicación familiar. Finalmente, en el dominio individual y de los iguales, los factores de riesgo que consideran son la rebeldía, la temprana iniciación en la conducta antisocial, las actitudes favorables a la conducta antisocial, las actitudes favorables al uso de drogas, la conducta antisocial de los iguales, el uso de drogas por los iguales, el refuerzo por parte de los iguales de la conducta antisocial, la búsqueda de sensaciones y el rechazo de los iguales. Y, como factores de protección la religiosidad, la creencia en el orden moral, las habilidades sociales y el apego a los iguales (Pollard, 1997).

Más recientemente Muñoz - Rivas, José - Graña (2000), en un estudio exploratorio de los factores de riesgo y de protección psicosociales asociados al consumo de drogas en la población infanto-juvenil de la red de centros de protección de menores de la comunidad de Madrid España. Revisan extensamente los factores de riesgo y protección que agrupan en ambientales/contextuales, individuales (genéticos, biológico-evolutivos y psicológicos) y factores de socialización.

Dentro de los factores de socialización incluyen los factores familiares, los factores relacionados con la influencia del grupo de iguales y los factores escolares. Específicamente, para los factores familiares consideran cinco: la estructura y composición familiar, el estatus socioeconómico familiar, la disciplina familiar, las relaciones afectivas y de comunicación, y las actitudes y conductas familiares hacia el consumo de drogas.

En la estructura y composición familiar se ha estudiado el tamaño de la familia y el número de hermanos que tienen. La investigación muestra que la carencia de uno de los padres, en muchos casos debido al divorcio de ellos, solo influye en un mayor consumo de drogas cuando viven solo con su madre. En cambio, cuando junto a la madre está también otro adulto, la posibilidad de que los chicos fuesen consumidores disminuye. La mayor incidencia del consumo suele darse en los varones, en caso de que los padres se divorcien y si éste coincide con la etapa adolescente del chico. Curiosamente, el nuevo matrimonio de uno de los padres incrementa la probabilidad de consumo de sustancias por parte de las hijas, pero no de los hijos varones. Lo cierto es que la estabilidad familiar es un factor de protección para el consumo de drogas (Ruiz, Lozano & Polaino, 1994).

Respecto a la composición familiar, como tamaño de la familia, orden de nacimiento de los hijos y número de hermanos dentro de la familia, Muñoz - Rivas, José - Graña (2000), concluyen que el tener hermanos, especialmente hermanos mayores, tiene cierto efecto protector sobre el consumo de tabaco, alcohol y drogas ilegales. Aun así, parece que serían otras variables (ej., conflicto familiar, apego) más relevantes para explicar el consumo que el número de hermanos y el orden que se tiene dentro de ellos.

Muñoz - Rivas, José - Graña (2000), en las relaciones afectivas y de comunicación se han analizado aspectos como el afecto y vínculo afectivo paterno-filial, la comunicación familiar, la cohesión familiar y el conflicto familiar. Respecto al afecto y vínculo afectivo paterno-filial sabemos que es de una gran relevancia para la estabilidad de la persona. En el consumo de drogas es un elemento predictivo de gran relevancia. Cuando no hay una buena relación afectiva paterno-filial el consumo de drogas es mayor que cuando ésta es buena. La vinculación afectiva sería, por tanto, un factor de protección. Al mismo tiempo, cuando hay una buena vinculación afectiva hay adecuados estilos de crianza y se encuentra un buen grado de refuerzos y gratificaciones dentro de la familia.

2.9.8. Factores sociales relacionados al consumo de drogas

Sin lugar a dudas la percepción del riesgo sobre una sustancia es importante, dado que sobre aquellas en las que la gente tiene una mayor percepción del riesgo tienen un menor

consumo. Bachman, Johnston, O'Malley y Humphrey (1988), mostraron como el grado de riesgo percibido por los jóvenes sobre las distintas drogas influía en su consumo de las mismas; esto es, a mayor riesgo percibido sobre una droga menor consumo y a menor riesgo mayor consumo. Este ha sido uno de los hallazgos más relevantes de los últimos años que ha conducido a un cambio en los mensajes de los responsables de la administración de distintos países sobre la prevención del uso de drogas.

Un elemento negativo para formar una correcta percepción del riesgo en las drogas legales se produce por la publicidad de las mismas. La publicidad de las drogas legales va orientada claramente a que los consumidores incrementen el consumo de las mismas, esto es, del tabaco y del alcohol o, si no consumen, se hagan consumidores. Aunque las compañías niegan este hecho, la realidad muestra que las campañas van dirigidas a incrementar el mercado (Villalbí, 1998) y, que, si no fuese así, dejarían inmediatamente de hacer publicidad por los miles de millones que gastan anualmente las compañías en la publicidad del alcohol y del tabaco.

2.10. Impacto social y económico del consumo de drogas

2.10.1. Impacto social

La oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC, 2016), revela en su informe mundial sobre las drogas que el problema de las sustancias adictivas se manifiesta en diversas formas de violencia social. El consumo de drogas puede conducir a actos de violencia relacionados con los efectos psicoactivos de las drogas, así como a delitos que se cometen con el fin de obtener fondos para comprarlas.

Las ganancias que reporta el tráfico de drogas son uno de los principales alicientes para que algunos grupos armados no estatales, entre ellos organizaciones terroristas, se dediquen al tráfico de drogas o lo faciliten. En varios países, los recursos generados por mercados ilícitos como los de drogas han contribuido a complicar y extender los conflictos armados, y con frecuencia han aumentado su poder letal (UNODC, 2016).

Por otro lado las personas dependientes al consumo de drogas no solo experimentan los efectos aversivos para su salud mediante el consumo de las mismas, sino que también las distintas consecuencias de marginación y exclusión social a menudo afecta a las personas con trastornos por consumo de drogas, todo esto en detrimento de su recuperación e integración social (UNODC, 2016).

2.10.2. Impacto económico

La relación entre el desarrollo económico y las drogas es particularmente evidente. Hay nexos estrechos entre la pobreza y el consumo de drogas, aunque son complejos y hacen que una y otro se refuerce mutuamente. Ciertamente, las más afectadas por el problema del consumo de drogas son las personas pobres en relación con las sociedades en que viven, como se observa claramente en los países más ricos. En términos amplios, existe una estrecha relación entre las situaciones de desventaja social y económica y los trastornos relacionados con el consumo de drogas (UNODC, 2016).

2.10.3. Los sistemas de justicia penal ante los problemas por drogas

Los datos disponibles indican que más del 75% de las personas encarceladas por delitos relacionados con drogas han sido condenadas por tráfico y menos del 25% por posesión de drogas para consumo personal. Recurrir excesivamente a las penas de privación de libertad para castigar los delitos leves relacionados con drogas no sirve para reducir la reincidencia, y además sobrecarga los sistemas de justicia penal, lo que les impide ocuparse con eficacia de los delitos graves (UNODC, 2016).

2.10.4. Costo de las políticas en materia de drogas

Muchos de los costos directos e indirectos del problema de las drogas pueden cuantificarse en términos monetarios. Como porcentajes en los costos de intervenciones (por ejemplo, de prevención, tratamiento y represión) para reducir la demanda y la oferta de drogas.

Sin embargo, los estudios económicos de los costos ocasionados por las drogas suelen limitarse a los que se pueden cuantificar en términos monetarios. Los costos no tangibles,

como la pérdida de vidas y el deterioro de la calidad de vida, no se suelen cuantificar, y si se cuantifican se hace habitualmente empleando criterios de medición no monetarios, como los años de vida perdidos o los que se viven con una discapacidad (UNODC, 2016).

2.10.5. Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos.

Según APA (2013), los trastornos relacionados con sustancias engloban diez clases diferentes de drogas: el alcohol, la cafeína, el cannabis, los alucinógenos, los inhalantes, los opiáceos, los sedantes, los hipnóticos, los ansiolíticos y los estimulantes. Estas 10 clases no son completamente diferentes.

Los trastornos relacionados con sustancias se dividen en dos grupos: los trastornos por consumo de sustancias y los trastornos inducidos por sustancias.

2.10.6. Trastornos por consumo de sustancias

Según la APA (2013) la característica esencial del trastorno por el consumo de sustancias es la asociación de síntomas cognitivos, comportamentales y fisiológicos que indican que la persona continúa consumiendo la sustancia a pesar de los problemas significativos relacionados con dicha sustancia.

Globalmente, el diagnóstico de trastorno por consumo de sustancias se basa en un patrón patológico de comportamientos relacionados con el consumo de sustancias. En cuanto a la organización diagnóstica: los criterios de trastornos por consumo de sustancia se refieren al control deficitario, control social, al consumo de riesgo.

El control deficitario sobre el consumo de la sustancia compone el primer grupo de criterios:

(Criterio 1) la persona consume grandes cantidades de sustancias o lo hace durante un tiempo más prolongado del previsto.

(Criterio 2) la persona expresa deseos insistentes de dejar o de regular su consumo y relata múltiples esfuerzos fallidos por disminuir o abandonar éste.

(Criterio 3) la persona invierte gran parte de su tiempo intentando conseguir la sustancia, consumiéndola o recuperándose de sus efectos.

(Criterio 4) en los casos más graves es posible que las actividades diarias de las personas giren en torno a la sustancia. Existe un deseo intenso por consumo.

El deterioro social constituye el segundo grupo de criterios:

(Criterio 5) el consumo recurrente de sustancias puede conllevar el incumplimiento de los deberes fundamentales en los ámbitos académico, laboral o doméstico.

(Criterio 6) la persona podría seguir consumiendo a pesar de tener problemas recurrentes o persistentes en la esfera social o interpersonal causados o exacerbados por los efectos de consumo.

(Criterio 7) se reducen o se abandonan importantes actividades sociales, ocupacionales o recreativas debido al consumo de sustancias.

El tercer grupo de criterios refiere al consumo de riesgo de sustancias:

(Criterio 8) puede producirse un consumo recurrente de la sustancia incluso en aquellas situaciones en las que ésta provoca un riesgo físico.

(Criterio 9) la persona consume de forma continuada a pesar de saber que padece un problema físico o patológico recurrente o persistente que probablemente se puede originar o exacerbar por dicho consumo.

Los criterios farmacológicos conforman el último grupo:

(Criterio 10) la tolerancia se define como el aumento significativo de la dosis de una sustancia para conseguir los efectos deseados, o como una reducción notable del efecto cuando se consume la dosis habitual.

(Criterio 11) la abstinencia es un síndrome que ocurre cuando disminuye las concentraciones de la sustancia en la sangre o los tejidos en una persona que ha sido una gran consumidora de manera prolongada. Es probable que la persona consuma la sustancia para aliviar los síntomas que produce la abstinencia.

2.10.7. Trastornos mentales inducidos por sustancias

Según la APA (2013), los trastornos mentales inducidos por sustancias son síndromes potencialmente graves y frecuentemente temporales, aunque algunas veces son persistentes, que se desarrollan como consecuencias de los efectos del abuso de sustancias, de medicamentos o algunas toxinas. Se diferencian de los trastornos por consumo de sustancias en que un grupo de síntomas cognitivos, comportamentales y fisiológicos constituyen al consumo cotidiano a pesar de los problemas significativos relacionados con las sustancias.

Los trastornos mentales inducidos por sustancias/medicamentos aparecen en cualquiera de las 10 clases de sustancias que producen un trastorno de consumo de sustancias. Cada trastorno mental inducido (Trastornos depresivos) estos trastornos mentales inducidos por sustancias comparte ciertas características comunes que se describen a continuación:

- A. La alteración se presenta en síntomas clínicamente significativos asociados a un trastorno mental relevante.

- B. Existen pruebas a partir de la historia clínica, la exploración física o los resultados de laboratorio de estos dos aspectos:
 - 1. Los síntomas se han desarrollados durante o en el primer mes de la intoxicación o la abstinencia de las sustancias o la administración del medicamento, y
 - 2. La sustancia/medicamento indicado puede producir un trastorno mental.

- C. La alteración no se explica mejor por un trastorno mental independiente (un trastorno que no se sea inducido por sustancias o medicamentos).

- D.

- E. La evidencia de que existe un trastorno mental independiente puede conllevar lo siguiente:
 - 1. La alteración antecede al inicio de la intoxicación o abstinencia aguda o la exposición al medicamento, o

2. El trastorno mental completo persiste durante un tiempo considerable (p, ej., al menos un mes) tras el cese de la intoxicación o abstinencia agudas o de la administración de la medicación.

F. El trastorno no aparece exclusivamente durante el curso de un delirium.

G. La alteración produce malestar o deterioro clínicamente significativo en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

2.11. Comorbilidad entre la Dependencia de Drogas y los Trastornos Mentales.

En este sentido se entiende la comorbilidad (patología dual) como la coexistencia de la dependencia a sustancias psicotrópicas con otros trastornos mentales o del comportamiento. Durante la última década ha habido una conciencia cada vez mayor del alto grado de comorbilidad entre los trastornos mentales y la dependencia a las drogas. Por lo cual en este apartado se exponen datos que indican una alta patología dual entre trastornos mentales y la dependencia al consumo de drogas psicotrópicas.

Según el programa de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito (UNODC) (2016), revela que al menos 247 millones de personas consumieron drogas en el año 2015, de los cuales se presume que el 29 millones padecen trastornos mentales, pero solo 1 de cada 6 personas reciben tratamiento.

Según el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2006), en su informe anual de prevalencia de comorbilidad en la Unión Europea y Noruega se destacan una serie de estudios que concluyeron que el diagnóstico concurrente o patología dual más común entre los consumidores de drogas es el trastorno de la personalidad, que afecta a un porcentaje de población situado entre el 50 y el 90%, seguido de un trastorno afectivo (del 20 al 60%) y de trastornos psicóticos (20%). Entre el 10 y el 50% de los pacientes presentan más de un trastorno mental o comportamental concurrente.

El Informe nacional de España señala que el aumento observado en la comorbilidad podría deberse en parte al incremento de la dependencia de psicoestimulantes. Las estimaciones de la prevalencia global del Eje II son del 10 al 14,8% en los sujetos normales, del 45,2 al 80% en los pacientes psiquiátricos y del 34,8 al 73% en los adictos. Los trastornos de la personalidad son cuatro veces más prevalentes entre los pacientes psiquiátricos y los adictos que entre los individuos de la población general.

Por otro lado el estudio de área de captación epidemiológica basado en criterios DSM III, que utilizó una entrevista estructurada (Diagnostic Interview Schedule) sobre una población de 20.291 personas, considerando tanto sujetos en la comunidad como en instituciones de salud mental y prisiones.

En el estudio ECA se determinó que la prevalencia de los trastornos por consumo de sustancias, en el grupo que presentaba cualquier trastorno mental (22.5% de la muestra total) era de casi 29%, 2,7 veces mayor que la prevalencia observada en sujetos sin un trastorno mental.

De aquellos individuos que presentaban un trastorno por consumo de alcohol (13.5 % de la muestra total), casi un 37% presentó, al menos, un trastorno mental adicional, el doble de la prevalencia observada en los que no tenían trastornos por consumo de alcohol.

De las personas con cualquier trastorno por consumo de drogas (6.1% de la muestra), un 53.1% presentó otro trastorno mental, 4.5 veces lo observado en las que no presentaban trastornos por consumo de drogas.

La prevalencia de los trastornos del estado de ánimo fue de un 8,3% y la mayor comorbilidad apareció con el trastorno bipolar I. En esta población el riesgo de consumo de tóxicos fue 11 veces mayor, mientras que el de consumir alcohol fue cinco veces superior.

La esquizofrenia presentó una prevalencia del 1,5% con una comorbilidad con el consumo de alcohol de un 33,7%. En comparación con la población normal, el paciente con esquizofrenia presentó 6 veces más riesgo de consumir tóxicos y tres veces más de consumir alcohol.

La prevalencia en los trastornos de ansiedad fue de un 14,6%, siendo el riesgo de consumir drogas 3 veces superior al de la población normal. Los datos sobre presencia de trastornos psicopatológicos específicos a lo largo de la vida en pacientes que consumen drogas según el estudio ECA son los siguientes: trastorno antisocial de la personalidad 83,6%, bipolar tipo I 60,7%, esquizofrenia 47%, trastornos afectivos 32%, trastorno obsesivo-compulsivo 32,8 %, trastornos fóbicos 22,9%.

A continuación se presentan datos que indican un alta comorbilidad entre cualquier trastorno mental y la dependencia de drogas, estos datos indican que:

- a. Según los resultados de la Asociación Médica Americana, en el estudio de áreas de captación epidemiológica. Reporta que la comorbilidad de la depresión con el uso de sustancias es del 32%, con una proporción de probabilidad de 2.6. Es decir, los individuos con un trastorno afectivo tienen 2.6 más probabilidades de usar sustancias psicoactivas que la población general. Considerando separadamente los diversos trastornos afectivos, el trastorno bipolar tiene el valor de comorbilidad más elevado, y más del 60% de quienes sufren esta enfermedad usan sustancias psicoactivas, comparado a un 27% o más de quienes padecen depresión mayor unipolar.
- b. La Asociación Médica Americana revela que la prevalencia de alcoholismo durante la vida en individuos con algún trastorno mental es de 22.3%, en comparación a un 14% en la población general; la probabilidad de padecer alcoholismo en personas con algún trastorno mental es 2.3 veces mayor que en quienes no padecen trastornos mentales (Regier y colab., 1990).
- c. Entre las personas con trastornos de uso de sustancias (excepto alcohol), el 53% también padece cuando menos un trastorno mental, con una proporción de probabilidades de 4.5 en comparación a personas sin trastornos de sustancias (excepto el alcohol) (Regier y colab., 1990).

- d. Este alto grado de comorbilidad de enfermedades mentales y uso de sustancias sugiere fuertemente que estos trastornos están vinculados, debido a anormalidades neurobiológicas y conductuales comunes.

2.12. Sustento teórico del Test de Evaluación para el Consumo de Drogas (DAST)

El Drug Abuse Screening Test (DAST), desarrollado por Harvey A. Skinner (1982). Se diseñó para proporcionar un instrumento corto de tamizaje clínico y evaluación de tratamientos en investigación, sobre abuso de drogas. Originalmente contaba con 28 reactivos (DAST 28) y se describió como una escala de auto-informe que proporciona un índice cuantitativo del rango de problemas asociados con el abuso de drogas. Es importante mencionar, que este instrumento al ser una muestra de conducta lo que mide es la percepción que el individuo tiene hacia las consecuencias que le está ocasionando su consumo de drogas. en estrecha relación con lo anterior, se encuentra la etapa de contemplación del modelo de Prochaska y Di Clemente, en la que la persona consumidora ya percibe su consumo como un problema, debido a las consecuencias negativas que este le ocasiona en diversas áreas de su vida. La relación con esto abunda en que las personas que contestan el DAST, pueden encontrarse en esa etapa (cuando lo contestan en el momento en que están solicitando tratamiento), o bien, llegar a la contemplación como resultado de haber contestado el DAST.

Recordando la clasificación de abuso de sustancias del DSM IV, un factor primordial de este diagnóstico, es que el individuo comienza a tener problemas en diferentes áreas de su vida, debido al consumo desadaptativo de drogas. Por lo tanto, Skinner (1982) al hacer un cuestionario de abuso de drogas, explora diversas consecuencias que pueden ocurrir por el consumo. Después de un análisis factorial, propone agruparlas en cinco dimensiones diferentes, a saber:

1. Dependencia a las drogas: uso recurrente de sustancias que conlleva los síndromes de tolerancia (requerir cada vez dosis mayores y más frecuentes de la sustancia para

obtener el efecto deseado) y abstinencia (síntomas físicos que aparecen al dejar de consumir la sustancia)

2. Problemas sociales: consecuencias adversas en la red social y en las interacciones cotidianas que incluyen: ámbito familiar, laboral, escolar, legal e interacción con amigos.
3. Problemas médicos: alteraciones físicas como consecuencia del uso de drogas.
4. Poliuso de drogas: consumo de más de una droga.
5. Ayuda previa: intentos de solucionar el problema con las drogas, recurriendo a terceras personas.

Cabe mencionar, que la mayoría de los reactivos miden el factor referente a los problemas sociales.

Skinner diseño y desarrollo el DAST 28 para proveer un instrumento corto que sea capaz de medir la seriedad del involucramiento con las drogas y sea conveniente en la discriminación clínica y la evaluación de investigación de tratamiento. Posteriormente, se desarrolló dos versiones más cortas del DAST, uno de 20 reactivos y otro de 10 (DAST 20 Y DAST 10). El análisis psicométrico inicial del DAST se realizó con una muestra de 256 sujetos que buscaban tratamiento para sus problemas relacionados con el uso de drogas.

En la investigación original del DAST 28, Skinner utiliza la versión DAST 20, encontrando una correlación casi perfecta entre ambos $r = .99$. Estudios posteriores han utilizado la versión DAST 20, y han encontrado datos que sustentan su confiabilidad y validez, los cuales se describirán posteriormente.

A continuación, se mencionan algunas ventajas y desventajas que señala Skinner (1982) respecto a este instrumento.

Ventaja:

- 1- El DAST es corto y económico en su administración.

- 2- Proporciona un índice cuantitativo de la extensión de problemas relacionados al abuso de drogas. por lo tanto, va más allá de la identificación de un problema de drogas y obtiene un estimado confiable de grado de severidad del problema.
- 3- La calificación del DAST puede usarse para corroborar información obtenida a través de otras fuentes de medición (entrevistas clínicas o pruebas de laboratorio).
- 4- La administración de rutina del DAST puede proporcionar un mecanismo conveniente de registro de la extensión de problemas asociados con el abuso de drogas. es una manera de asegurar que las preguntas relevantes con respecto a las consecuencias de abuso de drogas se le pregunten a todos los pacientes.
- 5- El DAST puede proporcionar una referencia estándar para monitorear cambios en la población de pacientes a través del tiempo, así como para comparar pacientes de diferentes centros de evaluación.

Limitaciones:

1. Debido a que el contenido de los reactivos del DAST es obvio, los pacientes o la gente que lo contesta podría falsear los resultados.
2. Dado que cualquier técnica de medición proporciona un retrato incompleto del estado del paciente, existe el peligro de que a la calificación del DAST se le pueda dar demasiado énfasis. A causa de que es DAST arroja una calificación numérica, esta puede ser malinterpretada.

Administración

El DAST puede administrarse tanto en forma de entrevista como en formato de autoaplicación. La versión autoadministrable generalmente se prefiere debido a que permite medir eficientemente a grupos grandes. En muchas circunstancias se espera que la entrevista y la autoadministración arrojen resultados idénticos. Sin embargo, las técnicas de medición pueden diferir 1. Cuando el paciente es particularmente defensivo o tiene una ansiedad social alta, lo que puede reproducir que esta persona deje de reportar algunos problemas en el formato de entrevista versión cara a cara, 2. Cuando un paciente tiene problemas para leer y entender el contenido de los reactivos en la versión de

autoadministración. El DAST no debe administrarse a pacientes que se presentan bajo la influencia de drogas, o que atraviesan por una reacción de retiro de sustancias.

Bajo estas condiciones, la confiabilidad y la validez del DAST pueden ponerse en tela de juicio. Por lo tanto, el administrador debe asegurarse que los pacientes no han tomado drogas antes de que el DAST se administre (Skinner, 1982). El DAST puede completarse en 5 minutos aproximadamente. El formato de prueba es de lápiz – papel y consiste en una hoja tamaño carta que incluye datos personales del sujeto, instrucciones y 20 preguntas con respuestas dicotómicas (si/no).

En la primera hoja del DAST se encuentra una introducción que puede usarse para ambos formatos de aplicación, tanto el de entrevista como el autoadministrables.

En la versión autoadministración, se le pide a las personas que van a contestar, leer cuidadosamente cada enunciado y decidir si la respuesta es “Si o No”. La respuesta se da al hacer una marca en el espacio de la columna correspondiente (SI o NO) al lado derecho de cada reactivo. Con la versión de entrevista, el aplicador puede escribir la respuesta al lado de cada pregunta en la hoja de respuestas. Es importante que los pacientes respondan las 20 preguntas. Algunas veces esto puede ser difícil porque cabe la posibilidad de contestar con más de una respuesta o porque ninguna de las dos respuestas es exactamente correcta. En estos casos, se le pide al paciente que de la mejor respuesta o la que es cierta la mayor parte del tiempo (Skinner 1982).

Calificación

El DAST se califica al sumar el número de respuestas que indican problemas de uso de drogas. Las respuestas “NO” de los reactivos 4 (¿puede transcurrir una semana sin que utilice drogas?) y 5 (¿puede dejar de utilizar drogas cuando quiere?), indica problemas de uso de drogas. Para los reactivos restantes, una respuesta de “SI” indica problemas de uso de drogas. Por ejemplo, si una persona responde “Si” al reactivo 2, se le da el puntaje de 1. Mientras que si su respuesta es “No” a este reactivo, entonces el puntaje será de 0. Con los reactivos 4 y 5, el puntaje 1 se le da a la respuesta “NO”, y el puntaje de 0 a la respuesta de “SI”. Cuando cada uno de los reactivos ha sido calificados de esta manera, la calificación

total del DAST es simplemente la suma de los puntajes de los 20 reactivos. Esta calificación total cae en un intervalo de 0 a 20 (Skinner, 1982).

Interpretación.

La calificación total del DAST a lo largo de un continuo con respecto al grado de problemas relacionados con el abuso de drogas, que el paciente reporta. Entonces, al incrementar la calificación del DAST se puede interpretar que un individuo dado ha venido acumulando un rango incrementando de diversas consecuencias relacionadas con el consumo de drogas. Por lo tanto, se deben examinar las respuestas a los reactivos del DAST para identificar problemas en áreas específicas, como la familia o el trabajo (Skinner, 1982).

En la investigación que llevo a cabo Skinner en 1982, su población estuvo conformada por tres muestras, 1. Personas con problemas con el alcohol, 2. Personas con problemas tanto de alcohol como de drogas ilegales y, 3 personas con problemas con las drogas ilegales solamente. Debido a que en este estudio se encontró que la mayoría de las personas que abusan del alcohol puntuaban con 5 ó menos, mientras que la mayoría de las muestras de personas que abusan del alcohol y drogas, y de las drogas solamente puntuaban con 6 ó más; el autor concluye que una calificación de 6 ó más alta, es útil para los propósitos de detección de casos.

2.13. Sustento teórico del Cuestionario de Auto-reporte de Síntomas Psiquiátricos (SRQ).

El SRQ se desarrolló como parte de un estudio colaborativo coordinado por la OMS, sobre estrategias para extender la atención de salud mental. Este estudio comenzó en 1975 con equipos compuestos por psiquiatras, trabajadores de salud pública y otros en Colombia, India, Senegal y Sudán. Más tarde, otros tres equipos de Brasil, Egipto y Filipinas se unieron a los cuatro originales. Algunas áreas eran rurales, algunas semi rurales y otras semiurbanas. El trabajo se realizó en áreas con poblaciones que varían de 30 000 a 75 000. Las áreas seleccionadas tenían centros de atención primaria de la salud, pero no servicios de salud mental. Esta falta de atención de salud mental fue uno de los criterios clave para

seleccionar las áreas de estudio y corresponde a las realidades de la gran mayoría de las comunidades en los países en desarrollo.

El estímulo técnico para el estudio provino de recomendaciones específicas de un Comité de expertos de la OMS que se reunió en 1974. El Comité respaldó firmemente una política de descentralización e integración de servicios y se dirigió al problema urgente de una cobertura adecuada de la población que aboga por la prestación de atención básica de salud mental por parte de los trabajadores de atención primaria de salud (OMS, 1994).

Uno de los objetivos del estudio colaborativo fue evaluar la efectividad de los métodos alternativos y de bajo costo de atención de salud mental introducidos en los servicios básicos de salud. En cooperación con las autoridades sanitarias locales y las comunidades locales, se recogieron datos de referencia mediante el examen de adultos y niños que acudían a centros de salud primarios para detectar trastornos mentales y mediante la evaluación de la actitud y el conocimiento del personal sanitario local sobre la salud mental y los trastornos mentales.

El diseño del estudio requería el desarrollo y prueba de nuevas herramientas de investigación. En particular, se necesitaba una técnica confiable y válida de detección de casos. Además, la técnica tenía que ser adecuada para ser utilizada por trabajadores con capacitación limitada, a menudo trabajando en instalaciones remotas de salud.

El proceso de diseño de dichos instrumentos requiere mucho tiempo, y fue imposible para cada equipo desarrollar nuevos instrumentos basados en un estudio detallado de los patrones de síntomas locales, la frecuencia de los síntomas y su asociación con los trastornos mentales. Por otro lado, hacer uso de un instrumento desarrollado en un país industrializado e imponerlo en entornos culturalmente diversos limitaría seriamente la validez de los resultados. Esta restricción proporcionó el ímpetu para desarrollar un instrumento de detección aplicable en diferentes entornos culturales: el SRQ (OMS, 1994).

Desarrollo del SRQ

Los ítems de la SRQ fueron seleccionados por los participantes en el estudio de la OMS, comparando ítems en cuatro instrumentos de cribado para la morbilidad psiquiátrica, cada uno diseñado para un entorno particular, pero que juntos representan una amplia variedad de antecedentes culturales:

- 1) El Formulario de síntoma de autoinforme del paciente (PASSIM), instrumento desarrollado y probado en Cali, Colombia (1980);
- 2) El Cuestionario de salud N2 (1977);
- 3) El Cuestionario General de Salud (GHQ) (1972) pero posteriormente validado en los Estados Unidos, Australia, Jamaica, Alemania y muchos otros entornos;
- 4) Los ítems de síntomas en la versión abreviada del Examen del Estado Actual (PSE) (1974). La versión completa del PSE se ha adaptado y probado en una amplia gama de entornos culturales.

Esta comparación produjo una lista preliminar de 32 ítems agrupando aquellos que eran idénticos o muy similares en significado. Estos fueron revisados por los investigadores en el estudio colaborativo de la OMS. De estos 32 ítems, 20 fueron finalmente seleccionados por acuerdo de representantes de cada una de las cuatro áreas de estudio de la primera fase (Colombia, India, Senegal y Sudán) como indicativos de la presencia de trastornos mentales no psicóticos. Los criterios de selección adicionales fueron la facilidad de traducción y la comparabilidad del significado entre cada región geográfica; ambos criterios facilitaron las comparaciones transculturales (OMS, 1994).

Uso del SRQ.

El SRQ se diseñó originalmente como una escala autoadministrado, pero también se consideró adecuado como cuestionario administrado por un entrevistador. Debido a la baja tasa de alfabetización en algunos países en desarrollo, es posible que los encuestados tengan que recibir sus cuestionarios. Para mantener los resultados comparables dentro de cualquier estudio, es imperativo usar el SRQ ya sea como un cuestionario autoadministrado

para todos los encuestados o como un cuestionario administrado por el entrevistador para todos, y no para mezclar los dos en un solo estudio.

SRQ como instrumento de detección

Para estandarizar la forma en que se responde el cuestionario, es esencial que los encuestados reciban las mismas instrucciones. Por lo tanto, las siguientes instrucciones se deben agregar al SRQ:

- "Lea toda la introducción antes de completar el cuestionario. Es muy importante que todos los que toman el cuestionario sigan las mismas instrucciones.
- Las siguientes preguntas están relacionadas con ciertos dolores y problemas que pueden haberle molestado en los últimos 30 días. Si cree que la pregunta se aplica a usted y tuvo el problema descrito en el último 30 días, responda SÍ.
- Por otro lado, si la pregunta no se aplica a usted y no tuvo el problema en los últimos 30 días, responda NO.
- No hable de las preguntas con nadie mientras contesta el cuestionario.
- Si no está seguro de cómo responder una pregunta, por favor, brinde la mejor respuesta que pueda.
- Nos gustaría asegurarle que las respuestas que proporcionará aquí son confidenciales.

SRQ como instrumento de entrenamiento

La participación de los trabajadores de salud primaria en la atención de la salud mental ha dejado en claro la necesidad de instrumentos simples y confiables para su capacitación, de modo que puedan mejorar sus habilidades de diagnóstico. En ese sentido, el SRQ es útil como un dispositivo de entrenamiento por varias razones (OMS, 1994).

En primer lugar, es una escala simple y objetiva, fácil de evaluar, que cubre muchas áreas importantes de la psicopatología.

En segundo lugar, las preguntas del instrumento están escritas en un lenguaje simple, que es fácil de entender. Solo es necesario un breve entrenamiento para usarlo correctamente.

En tercer lugar, su uso no representa una gran dificultad ni para el aprendiz ni para el capacitador, por lo que la evaluación del progreso del alumno es una tarea más fácil. Debido a elementos altamente seleccionados y su especificidad, el instrumento no permite dudas importantes sobre cada uno de los síntomas.

De la misma manera que hay algunos trabajadores de salud primarios capaces de manejar solo elementos concretos como "dolores de cabeza", otros pueden comprender elementos más complejos como "alucinaciones", que aparecen en preguntas adicionales al SRQ-20 para detectar trastornos psicóticos (SRQ-24) (OMS, 1994).

CAPÍTULO III:

MARCO CONTEXTUAL

A continuación, se exponen los aspectos relativos al trabajo requerido en salud mental, primero dando un vistazo a la problemática de salud mental en el mundo y terminando con las investigaciones en el país acerca de los trastornos mentales, asimismo mostrando la realidad de nuestros hospitales psiquiátricos y la respuesta del estado a la problemática de salud mental.

3.1. Problemática de la salud mental en el mundo

En lo que respecta a la incidencia de posibles trastornos mentales la OMS (2013), en su plan de acción sobre la salud mental revela que alrededor de 450 millones de personas padecen de trastornos mentales, la depresión alcanza un 10.4% y su variante unipolar un 2.5%, en el caso el alcoholismo existe un 2.7% de la población que presenta dicho trastorno, por su parte el tabaquismo asciende a un 20% y la ansiedad a un 7.9%, Los trastornos mentales y conductuales son frecuentes: más del 25% de la población los padece en algún momento de la vida. Son también universales, puesto que afectan a personas de todos los países y sociedades, a individuos de todas las edades, a mujeres y hombres, a ricos y pobres, a residentes en entornos urbanos y rurales. Tienen un impacto económico sobre las sociedades y sobre la calidad de vida de los individuos y las familias.

Según la Organización Panamericana de la Salud (2009), a nivel mundial, los trastornos mentales representan 14% de la carga mundial de enfermedades. Cerca de 30% de la carga total de enfermedades no transmisibles se debe a estas enfermedades y casi tres cuartas partes de la carga mundial de trastornos mentales corresponden a los países con ingresos bajos y medios bajos

Según el plan de acción sobre la salud mental propuesta por la OMS (2013) estima que alrededor del 20% de todos los pacientes atendidos por profesionales de atención primaria padecen uno o más trastornos mentales. En el caso particular de Honduras un estudio realizado por Chirinos et al. (2002) reportó una prevalencia del 35% en lo relativo a la prevalencia de trastornos mentales en Honduras, dicho estudio demostró que el caso de algunos trastornos obedece al incremento en el abuso de sustancias psicoactivas es uno de

los problemas de mayor impacto para la salud mental de la población. También el Instituto Hondureño para la Prevención del Alcoholismo, Drogadicción y Farmacodependencia (2004), revela que 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.

3.2. Estudios de prevalencia de trastornos mentales

En Honduras se han realizado varias investigaciones respecto a la salud mental tomando diferentes sectores de la población, reportando una serie de datos interesantes, entre esas investigaciones tenemos:

Moncada (2013), en un estudio realizado en la Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH) para conocer la prevalencia de trastornos mentales en estudiantes universitarios en una muestra representativa de 1977, los resultados de esta investigación reportó un 29.9% de los casos consultados tienen un posible trastorno mental, es decir 592 estudiantes, lo que significa que aproximadamente uno de cada tres estudiantes de la muestra consultada, declara tener una sintomatología que sugiere que hay una alteración de su salud mental.

En el 2008 se realizó una investigación con los estudiantes de la carrera de medicina para conocer la prevalencia de trastornos mentales y su relación con antecedentes de violencia en la infancia, se encontró una asociación estadísticamente significativa entre antecedente de abuso sexual en la infancia y los siguientes trastornos psiquiátricos: 47 (30.7%) en los trastornos del estado de ánimo, 40 (26.1%) en trastornos de ansiedad y 7 (4.6%) en trastornos de alimentación (Reyes-Américo, Romero-Guadalupe, Moncada – Reinaldo, y Paz – Alicia y Murcia – Héctor 2008).

En cuanto a las atenciones realizadas en 4 años en dos principales hospitales psiquiátricos (Hospital Nacional Psiquiátrico Santa Rosita y el Hospital Psiquiátrico Dr. Mario Mendoza) reportó un incremento significativo de la prevalencia de los trastornos mentales,

en el Hospital Nacional Psiquiátrico Santa Rosita se han atendido alrededor de 459,141 personas, atenciones que ha ido aumentando cada año, asimismo en Hospital Psiquiátrico Mario Mendoza se han atendido alrededor de 266,433 personas, asimismo, son atenciones que ha ido aumentando cada año (Hospital Psiquiátrico Santa Rosita, 2014; Hospital Psiquiátrico Mario Mendoza, 2014).

La investigación realizada en villa nueva, Tegucigalpa, los resultados obtenidos en estudio están ligadas a la situación de pobreza, en jóvenes en edad productiva, siendo los trastornos mentales más frecuentes, la ansiedad y la depresión (Reyes - Américo, Romero – Guadalupe et al. 1999).

También se realizó una investigación de prevalencia de trastornos de estrés post-traumático (TEPT) en la población de Morolica a los 9 meses del Huracán Mitch, siendo los resultados cuantificados en la población de Morolica padece un 60.5% de Trastorno por Estrés Postraumático, siendo el sexo femenino más afectado asociados con otros trastornos neurótico y alcoholismo (Reyes - Américo, Romero - Guadalupe, Paz - Alicia 2011).

3.3. Diagnóstico de salud mental en los hospitales psiquiátricos de Honduras.

Debido a la importancia del problema y las posibilidades reales de actuación en este ambiente, las enfermedades mentales constituyen una prioridad estratégica para todos los sistemas sanitarios, el estado de Honduras ha creado decretos legislativos para el establecimiento de una visión de país y adopción de un plan de salud, sin embargo las políticas de salud mental no son aplicadas en su totalidad a la población, unido a la crisis socioeconómica actual, la prevalencia y demandas de trastornos de salud mental se han incrementado considerablemente, al grado que los dos únicos hospitales de referencia nacional resultan insuficientes para las demandas de atención.

Según los resultados de las atenciones llevadas a cabo en el Hospital Nacional Psiquiátrico Santa Rosita y en el Hospital Psiquiátrico Mario Mendoza, entre los años comprendidos entre el 2009 al 2013, de acuerdo a la prevalencia de los trastornos mentales, nos muestra

que el mayor número de atenciones que se realizan en el Hospital Nacional Psiquiátrico Santa Rosita son los trastornos afectivos como la bipolaridad, depresión, distimias. En menor medida a estos la esquizofrenia, el trastorno de ideas delirantes y los trastornos neuróticos (Hospital Psiquiátrico Santa Rosita, 2014; Hospital Psiquiátrico Mario Mendoza, 2014).

Siempre en las mismas atenciones realizadas en el Hospital Nacional Psiquiátrico Santa Rosita, con respecto a las atenciones psicoterapéuticas nos muestra que entre 500 a 3,000 personas durante estos cuatro años, se les ha diagnosticado una patología por primera vez, en cambio entre 8,000 a 12,000 personas ya tienen una patología diagnosticada y se les diagnóstica una nueva patología. Durante los años 2009 y 2013 en este hospital se han atendido alrededor de 459,141 personas por trastornos mentales porcentaje que ha ido aumentando en un 20% cada año. (Hospital Psiquiátrico Santa Rosita, 2014).

Según el Colegio de Psicólogos de Honduras (COPSIH) y Asociación de Psiquiatría en Honduras (2013), da a conocer que la demanda de los problemas por salud mental sobre pasa por mucho a los profesionales de la salud mental activos en la actualidad. De acuerdo a los recursos humanos trabajando para el sistema de salud mental según la profesión se cuenta con 14 psiquiatras que labora a nivel público y 30 que laboran a nivel privado, siendo un total de 44 psiquiatras en todo el país. 72 psicólogos distribuidos en los diferentes hospitales generales, hospitales psiquiátricos y sistemas ambulatorios a nivel Público y 96 psicólogos distribuidos en los Hospitales y Clínicas Privados, siendo un total de 168 psicólogos a nivel nacional. De igual manera estos datos revelan que al menos hay 3 profesionales de la salud mental por cada 100,000 habitantes.

3.4. Respuesta del estado a la problemática de la salud mental

A continuación, se detalla las respuestas que ha dado el Estado de Honduras a la problemática de salud mental con los datos recopilados del 2009 hasta 2013 sobre situación de la salud mental del país.

3.4.1. Política y marco legislativo

A nivel del país existe una normativa jurídica en torno a la salud de los hondureños descrita por la Constitución Política de la República de Honduras (1982). Capítulo VII de la salud. Los cuales se enuncia en los siguientes artículos:

Art.145: El derecho a la protección de la salud. El deber de todos a participar en la promoción y preservación de la salud personal y de la comunidad. El Estado conservará el medio ambiente adecuado para proteger la salud de las personas.

En su artículo 149, establece que “El Poder Ejecutivo, por medio de la Secretaria de Salud Pública y Asistencia Social, coordinará todas las actividades públicas de los organismos centralizados y descentralizados de dicho sector, mediante un Plan Nacional de Salud, en el cual se dará prioridad a los grupos más necesitados. Corresponde al Estado supervisar las actividades privadas de salud conforme a la ley.” derechos y garantías (Art. 59) y Derechos del niño (Art.120).

También existe el Código de Salud, Acuerdo 65-91 (1991). Título IV Vigilancia y Control Epidemiológico (Art. 177) y Desastres y Emergencias (Art. 185) Honduras. Suscitadas en el país.

A partir de la Constitución de la República se reconoce el derecho a la promoción y protección de la salud, debiendo participar todos para su efectiva realización en beneficio de los habitantes de la República de Honduras.

3.4.2. La política de salud mental de Honduras.

La política de salud mental de Honduras fue revisada en el año 2001 y aprobada bajo acuerdo No. 028 del 14 de Enero del 2004 en el Gobierno del Presidente Ricardo Maduro. La política está contemplada para un periodo 2004-2021 (Secretaría de Estado en el Despacho de Salud, 2004).

La Política Nacional de Salud Mental es una política de Estado concebida en forma participativa, transdisciplinaria e intersectorial, que proporciona un marco regulador y

orienta las acciones de promoción de la salud mental a efecto de ofrecer a la población hondureña las condiciones necesarias para desarrollar todo su potencial bio-psico-social dentro de ambientes y estilos de vida saludables.

La misión es garantizar mediante la ejecución de esta política una respuesta a la problemática de salud mental de la sociedad, a nivel individual, familiar y comunitario, a través de la divulgación, promoción, defensa y ejercicio de los derechos humanos, con la articulación de un programa intersectorial de promoción de la salud mental.

Esta Política Nacional de Salud Mental en Honduras constituye una respuesta necesaria para contribuir a un desarrollo humano sostenible de las (os) ciudadanos (as), puesto que la salud con bienestar es uno de los pilares del desarrollo social, económico y político. Pretende abordar la salud mental desde la perspectiva de la ética, derechos Humanos y equidad de género.

La política de salud mental incluye los siguientes componentes: organización de servicios de atención primaria de salud mental (comunitario y hospitales psiquiátricos), recursos humanos, defensa y promoción de salud mental, protección de los derechos humanos de los usuarios, participación de los usuarios y familias, abogacía, defensa y promoción, igualdad de acceso a los servicios de salud mental, financiación, mejora de la calidad de la atención y sistema de evaluación de los servicios (Secretaría de Estado en el Despacho de Salud, 2004)

La política de Salud Mental contempla las siguientes áreas estratégicas: ética y derechos humanos, violencia intrafamiliar, promoción y prevención, identidad, cultura y migración, fortalecimiento institucional, investigación científica. Teniendo como ejes transversales: equidad de género, ética y derechos humanos

3.4.3. La Secretaria de Estado en el Despacho de Salud

Tiene como funciones generales entre otras, definir la política nacional de salud, la normalización, planificación y coordinación de todas las actividades públicas y privadas en el campo de la salud. En los niveles departamental y municipal actuará por medio de las

jefaturas regionales y áreas sanitarias, respectivamente, bajo un racional principio de coordinación y descentralización administrativa.

Según el Artículo 68. Decreto ejecutivo número pcm-061-2013 publicado en la gaceta el 29 de enero 2014.

Para el ejercicio de sus funciones la secretaría de estado en el despacho de salud se organiza así: 1) La subsecretaría de regulación, instancia de apoyo a la conducción, que incluye la formulación y vigilancia del marco normativo sanitario y de la atención en salud, que deben acatar todas las personas naturales y jurídicas que provean o reciban bienes y servicios de interés sanitario o que realizan actividades o mantienen conductas que por su naturaleza puedan afectar la salud de la población y las relacionadas con el desarrollo de los recursos humanos.

El programa de salud mental creado en 1975 como un organismo especializado de la Secretaria de Salud: órgano técnico normativo nacional, que cuenta con personal multidisciplinario asignado en las ocho regiones sanitarias del país en ese entonces.

A continuación, se exponen los aspectos relativos al trabajo requerido de los problemas por el consumo de drogas. De igual manera se presenta el marco legal de Honduras con respecto al consumo de drogas, por ello se presentan a continuación una serie de argumentos con el objeto de exponer la problemática a abordar.

3.5. Impacto del consumo de drogas en el sector salud.

En el Hospital Nacional Psiquiátrico “Santa Rosita” los principales egresos hospitalarios fueron a causa de trastornos mentales debido al uso de alcohol, síndrome de dependencia, intoxicación aguda; trastornos mentales debido al uso de múltiples drogas (Secretaria de Salud , 2011), Según las investigaciones en Honduras por Chirinos-Flores et al. (2002), la prevalencia de los trastornos mentales en la población mayor de 18 años en 29 comunidades urbanas en Honduras reportó una prevalencia de trastornos mentales en la

población de Honduras del 35%, dicho estudio demostró que algunos trastornos al igual que en otros países en vías de desarrollo, obedece al incremento en el abuso de sustancias psicoactivas, considerando el consumo de drogas como el principal 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 hondureña (IHADFA, 2004)

3.6. Marco legal de Honduras sobre el consumo de drogas lícitas e ilícitas.

3.6.1. Ley de la penalización de la embriaguez habitual. Decreto No. 100-2000.

Artículo 1.- Se autoriza a la Policía Nacional, a practicar pruebas de alcoholemias destinadas a determinar la presencia de alcohol en la sangre o en el organismo, a toda persona que conduzca o se apreste a conducir un vehículo, si el estado de embriaguez fuere manifiesto. Si la prueba es positiva, los funcionarios policiales podrán prohibirle la conducción por el tiempo necesario para su recuperación. El cual no podrá ser más de tres (3) horas a partir de la constatación. Salvo cuando, por haber incurrido en la infracción prevista en el párrafo primero del Artículo 2, el conductor deba ser detenido.

3.6.2. Ley contra el delito de lavado de activos. Decreto No. 45-2002.

Artículo 1.- La presente ley tiene como finalidad la represión y castigo del Delito del Lavado de Activos, como forma de delincuencia organizada, fijar medidas precautorias para asegurar la disponibilidad de los bienes, productos o instrumentos de dicho delito, así como la aplicación de las disposiciones contenidas en las Convenciones Internacionales suscritas y ratificados por Honduras.

3.6.3. Código de la niñez y adolescencia. Norma No. 73-96.

Artículo 141. - Un menor se encontrará en situación de abandono o de peligro cuando: sea objeto de acciones u omisiones que tiendan a pervertir su personalidad, tales como promover o facilitar la prostitución o cualquier otra forma de abuso sexual; las ofensas al pudor; las exhibiciones sexuales impropias; la exposición de desnudos que ofendan la decencia pública; el alcoholismo habitual y excesivo; el uso, consumo y tráfico de drogas, estupefacientes y sustancias psicotrópicas; la práctica de juegos prohibidos o violentos; la

entrada a garitos, casas de prostitución u otros sitios inapropiados; al acoso sexual; las incitaciones deshonestas o corruptoras, incluso aquellas que se manifiestan por medio de preguntas y proposiciones irrespetuosas y, en general, todas las incitaciones que afecten el desarrollo psicológico, la dignidad, la autoestima y el sano juicio de los niños.

3.6.4. Ley de tránsito. Decreto No. 205-2005.

Artículo 98.- Son infracciones graves: Numeral (16). Conducir en estado de ebriedad, o bajo la influencia de drogas o estupefacientes, aplicándose en lo conducente las sanciones que establece la ley de penalización a la embriaguez habitual.

Artículo 116.- Al ser detenido el conductor por infracciones, por accidente de tránsito en el que resulten personas lesionadas o muertas, o que haya causado daños a la propiedad, cometidos bajo los efectos del alcohol, narcóticos, alucinógenos, drogas estupefacientes o psicotrópicos, la autoridad correspondiente ordenará que se practique de inmediato, las pruebas neurológicas y químicas, para comprobar esas circunstancias; si la persona rehusare someterse al examen, no se le admitirá posteriormente ninguna prueba, para desvirtuar lo que se demuestre, bajo ese estado, por otros medios.

3.6.5. Ley del Instituto Hondureño para la Prevención del Alcoholismo Drogadicción y Farmacodependencia (IHADFA). Decreto No. 136-89.

Artículo 3.- Son objetivos del instituto, la investigación, la prevención y el tratamiento de las enfermedades de alcoholismo, drogadicción y farmacodependencia y la rehabilitación de los afectados.

Artículo 4.- Para el cumplimiento de sus fines, el instituto será apoyado por todos los organismos y entidades de la administración pública; en especial, por aquellas que integran su junta directiva. En el área de salud tendrá la ayuda material, profesional y técnica de la secretaría de salud pública, por medio de la cual se vinculará con el poder ejecutivo. }

3.6.6. Reglamento especial sobre publicidad de bebidas alcohólicas productos del tabaco y otras drogas. Acuerdo No. 03-95.

Artículo 1.- El presente reglamento tiene por objeto regular de manera especial la publicidad y propaganda de bebidas alcohólicas, productos derivados del tabaco y otras drogas, en aplicación de la Ley del IHADFA y su reglamento.

Artículo 3.- El IHADFA mantendrá campañas de publicidad por los medios de comunicación en todo el país, con el fin de orientar a la población en general mediante programas educativos, culturales y recreativos como medidas de prevención contra la venta, uso, abuso y consumo de bebidas alcohólicas, productos del tabaco y otras drogas que generan dependencia.

3.6.7. Ley especial para el control del tabaco. Decreto No. 92-2010

Artículo 26.- Espacios para no fumar. Se prohíbe el consumo de productos derivados de tabaco, en los establecimientos o lugares públicos y privados siguientes:

1. Espacios destinados para el funcionamiento de las dependencias del sector público y privado, tales como edificios, centros comerciales, estacionamientos, oficinas y todo lugar de trabajo.
2. Centros destinados al entretenimiento, deportes y cultura.
3. Centros educativos públicos y privados.
4. Centros de atención médica, farmacias y cualquier otro centro de atención a la salud.
5. Medios de transporte públicos y privados incluyendo sus terminales.
6. Estaciones de servicio de combustibles y sus tiendas de consumo.
7. En todas las tiendas de abarrotería, establecimientos comerciales, agencias bancarias, financieras y cooperativas.
8. En cualquier otro establecimiento o instalación donde concurren o transiten personas. (Se excluyen las fábricas de puros), y;
9. En cualquier espacio abierto público o privado a menos de 2 metros de donde concurren o transitan personas.

La advertencia de no fumar en estos establecimientos se indicará en rótulos y lugares visibles. Los patronos, propietarios o sus representantes, administradores o encargados de los establecimientos serán los responsables de cumplir con esta disposición.

Por otra parte, se desarrolla un proceso para la implementación un marco jurídico para controlar la comercialización, publicidad y patrocinio del alcohol.

Artículo 31.- Prohibición de venta y consumo de bebidas alcohólicas por personas menores de dieciocho (18) años de edad. Se prohíbe en todo el territorio nacional, el expendio, donación y consumo de todo tipo de bebidas alcohólicas por personas menores de dieciocho (18) años de edad. Para la observancia de esta prohibición se adoptarán las medidas siguientes:

Artículo 32.- Prohibición de venta a mujeres en estado de embarazo. Se prohíbe la venta y/o donación de bebidas alcohólicas a mujeres embarazadas.

Artículo 35.- Prohibición de conducir vehículos y realización de trabajos de riesgo y responsabilidad. Los conductores de vehículos, las personas que desarrollen actividades de alto riesgo profesional o de responsabilidad con respecto a la salud y seguridad de las personas actividades de riesgo personal y ante terceros, no pueden ejercer sus tareas si exceden la tolerancia máxima de concentración de alcohol en la sangre (CAS) que señala esta ley. Las personas sujetas a esta disposición están obligadas a que se les practiquen pruebas de alcoholemia, ya sea por parte de autoridad o por parte del patrono.

Artículo 42.- Patrocinios. Es prohibido el patrocinio de eventos culturales, educativos donde se emplee publicidad para inducir el consumo de bebidas alcohólicas y energizantes o se asocien dichos eventos estados de bienestar generados por el consumo de alcohol.

3.7. Departamento de Lempira

Según el Instituto Nacional de Estadística (INE, 2013), el departamento de Lempira presenta las siguientes características:

Cabecera: Gracias.

Superficie: 4,228 km²

Fecha de creación: 28 de junio de 1885.

Población: 321,179 hab.

Población Urbana: 28,044

Población Rural: 293,135

Municipios (28): Belén, Candelaria, Cololaca, Erandique, Gracias, Gualcince, Guarita, La Campa, La Iguala, Las Flores, La Unión, La Virtud, Lepaera, Mapulaca, Piraera, San Andrés, San Francisco, San Juan Guarita, San Manuel Colohete, Caiquín, San Rafael, San Sebastián, Santa Cruz, Talgua, Tambla, Tomala, Valladolid, Virginia .

Aldeas: 225

Caseríos: aproximadamente 1800

Total de viviendas: 1, 332,071

Viviendas Urbanas: 870,965

Viviendas Rurales: 461,106

Una vez presentado las características del departamento de Lempira, procede ahora a describir las características de los municipios de las Flores y del municipio de Gracias mismos que constituyeron la muestra rural y urbana de esta investigación.

- Municipio de las Flores:

El municipio de Las Flores, se encuentra ubicado en el occidental del departamento de Lempira, al Norte del mismo, está constituido por 10 aldeas formadas por 30 caseríos. La cabecera municipal del mismo nombre las Flores, es atravesada por la carretera pavimentada que conduce de Santa Rosa de Copàn a Gracias. La extensión territorial del municipio es de 71.5 kilómetros cuadrados.

La mayor actividad económica de la cabecera de las Flores es la producción y el comercio entre las ciudades vecinas, especialmente de los cultivos agrícolas como: maíz, frijoles, sorgo y café y también para consumo local. La ganadería y productos lácteos ocupan un segundo lugar, asimismo, debido a la cercanía de dos ríos grandes la extracción de materiales para construcción es muy popular y estos materiales se venden en Gracias.

Por su ubicación entre las ciudades de Santa Rosa de Copán y Gracias posee un fuerte potencial para explotar el turismo. Su situación geográfica entre la montaña de Puca y Joconal en la Sierra de Puca-Opalaca, donde se encuentra ubicada la reserva biológica de Opalaca y al suroeste la sierra de Celaque y la montaña del mismo nombre, en la cual se encuentra el parque nacional Celaque que además, de conservar áreas de interés nacional, crea espacios para la recreación, educación e investigación.

- Municipio de Gracias:

El municipio de Gracias, está ubicada en la región nor-oeste del departamento de Lempira, en la región occidental del país. Gracias tiene una altura de 2, 601 pies equivalentes a 793 metros sobre el nivel del mar.

En cuanto a la limitación geográfica política gracias esta al Norte por la ciudad de Lepaera, el municipio de las Flores. Al este por el municipio de la Iguala; al Sur los municipios de la Campa, Belén, San Manuel; al Oeste por la montaña de Celaque.

El área de influencia de Gracias es extensa, el promedio de tiempo-lugar con los principales municipios que se relaciona es de 3, 6 horas (13 municipios principales). En cuanto a la agricultura Gracias no tiene patrimonio en virtud que la tierra no tiene los suficientes elementos minerales para favorecer una buena producción, además no los abonan adecuadamente. Existen pequeños cultivos de café, maíz, arroz y frijoles. La industria la población se dedica a la pequeña industria, aproximadamente en un 5% Talabartería, Pirotecnia, Zapatería, Carpintería Albañilería, Herrería y Transporte.

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACION

4. Método

4.1. Enfoque

Se realizó un estudio de prevalencia, con un enfoque cuantitativo a partir de la recolección de datos para probar hipótesis con base al análisis estadístico (Hernández, Fernández, Pilar & Baptista, 2014).

4.2. Alcance

Asimismo, es un estudio con un alcance descriptivo - correlacionar ya que se busca especificar características de la población que se analiza y, de igual manera se busca establecer relaciones entre variables.

4.3. Diseño de la investigación

El diseño de esta investigación es no experimental, de corte transversal ya que fue medido una sola vez, también es un estudio de campo a partir de una muestra representativa de la población general. Se realizó un acercamiento riguroso en cuanto a describir características objetivas de los trastornos mentales y su relación con el consumo de drogas en el municipio de Gracias y el municipio de las Flores del departamento

4.4. Profundidad del estudio

En los estudios de profundidad descriptiva y de prevalencia se propone identificar la frecuencia con la que aparecen los trastornos mentales en la muestra poblacional, lo que es equivalente a obtener una "fotografía" del problema. En este estudio se conoce 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. El estudio es también analítico, ya que se examinan variables de interés en subgrupos de personas.

4.5. Descripción de la población objeto de estudio y el procedimiento de muestreo

Según el INE (2013), Lempira está dividido en 28 municipios, 225 aldeas y más de 1,800 caseríos.

El número total de la población para el 2013 es de 321,179 habitantes.

Habitantes del área urbana	28,044
<hr/>	
Habitantes del área rural	293,135

Habitantes del género masculino	161,043
<hr/>	
Habitantes del género femenino	160,136

El número total de viviendas para el 2013 es de 1, 332,071 viviendas.

Viviendas urbanas	870,965
<hr/>	
Viviendas rurales	461,106.

4.6. Tamaño y distribución de la muestra

El tamaño de la muestra es de 300 viviendas distribuidas de la siguiente forma: La muestra de viviendas urbanas se tomó del municipio de Gracias, la muestra fue de 150 viviendas tomadas de los 4 barrios más poblados (las Mercedes, Villa del Rosario, colonia Lotificación Moreno y colonia Bella Vista). La muestra de las viviendas rurales se tomó del municipio de las Flores, la muestra fue de 150 viviendas (ver tabla 2). La población objeto de estudio se distribuyó de manera equitativa entre el género masculino y el género femenino.

Esta investigación emplea los rangos de edad utilizados por el Instituto Nacional de Estadística INE (2013) en los censos poblacionales, con intervalos de 5 años por rangos edad, mismos intervalos se han utilizado en esta investigación para delimitar la población objeto de estudio en el municipio de Gracias y el municipio de las Flores del Departamento de Lempira.

Tabla 1. Fórmula para la obtención de la muestra.

POBLACION INFITAS >= 100,000	
Vaianza (p)	75
Varianza (q)	25
Error muestral (E)	5.00
Niel de confianza (Z)	2
Tamaño de la muestra (n)	300

Tabla 2. Descripción de la muestra.

Barrios más poblados del área urbana/ Área rural		Viviendas totales (INE, 2013)	Viviendas a muestrear
Cuadrante I	Barrio las Mercedes	883	37
Cuadrante II	Villa del Rosario	595	37
Cuadrante III	Colonia Lotificación Moreno	316	38
Cuadrante IV	Colonia Bella Vista	181	38
	Municipio de las Flores	381	150
	Total	2,356	300

Muestreo intencional no probabilístico.

4.7. Muestreo

Para este estudio se empleó el muestreo no probabilístico, para contar con una cuidadosa y controlada elección de la muestra y de las unidades de análisis, con ciertas características específicas y necesarias para esta investigación, de igual manera se empleó este tipo de muestreo no probabilístico por su economía en cuanto a costos monetarios y en base a la necesidad temporal de la investigación. Asimismo se seleccionó este muestreo intencional para llevar un estudio polietápico, es decir la escogencia de unidades de análisis en tres etapas consecutivas.

Etap 1: Se seleccionó los municipios haciendo uso del muestreo probabilístico sistemático, se emplearon tres criterios para la selección de los municipios:

- 1- Densidad poblacional.
- 2- Accesibilidad.
- 3- Representación geográfica.

Etap 2: Consiste en la selección de barrios, aldeas o caseríos dentro del municipio urbano, se llevó a cabo mediante un muestreo probabilísticos sistemático que hizo uso del siguiente procedimiento:

- Representatividad geográfica: Consistió 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 población.

En esta segunda etapa en base a los criterios en el municipio de Gracias se escogió; los siguientes barrios las Mercedes, Villa del Rosario, colonia Lotificación Moreno y colonia Bella Vista.

Etap 3: Consiste en la selección de viviendas a ser consultadas tanto para el área urbana como para el área rural, se hizo uso de un muestreo probabilístico sistemático, para ello se empleó el factor k , que es el número de viviendas entre el número de casos a ser consultados.

4.8. Matriz de operacionalización de variables

Objetivo general: Analizar la prevalencia de trastornos mentales y su relación con las dimensiones del consumo de drogas en la población adulta del departamento de Lempira, Honduras 2016.

Objetivos específicos	Conceptos	Variables
a. Identificar los posibles trastornos mentales que más prevalecen en el municipio de Gracias y el municipio de las Flores del departamento de Lempira.	Según APA (2013), los trastornos mentales, son un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo.	Trastornos mentales.

Variable	Dimensiones	Indicadores
Trastornos mentales	a. Ansiedad b. Depresión c. Epilepsia d. Dependencia de alcohol e. Abuso de drogas psicotrópicas. f. Estrés postraumático	a. Ataques de pánico, sudoración, temblores. b. Estado de ánimo depresivo, pensamientos recurrentes de muerte. c. Convulsiones y dolor de cabeza. d. Frecuencia al consumir alcohol. e. Frecuente consumo de drogas psicotrópicas. f. Reexperimentación de acontecimientos traumáticos.

Objetivos específicos	Conceptos	Variables
b. Identificar la prevalencia de los problemas relacionados con el consumo de drogas en el municipio de Gracias y el municipio de las Flores del departamento de Lempira.	UNODC (2016), expone que los problemas de las drogas están ligados a todos los aspectos del desarrollo social, desarrollo económico, sociedades pacíficas, justas e inclusivas.	Dimensiones del consumo de drogas.

Variable	Dimensiones	Indicadores
Dimensiones del consumo de drogas.	Problemas sociales	<ul style="list-style-type: none"> • Quejas de los padres, pareja o amigos a causa por el consumo de drogas.
	Problemas médicos	<ul style="list-style-type: none"> • Peleas constantes bajo la influencia del alcohol. • Pérdida de memoria. • Padecido de hepatitis • Padecimiento de convulsiones
	Dependencia a las drogas	<ul style="list-style-type: none"> • Incapaz de interrumpir el consumo de drogas cuando quieren
	Poliuso de drogas	<ul style="list-style-type: none"> • Usuario de varias drogas.
	Ayuda previa	<ul style="list-style-type: none"> • Sentirse mal por el consumo de drogas • Estar alguna vez en tratamiento

Objetivos específicos	Conceptos	Variables
c. Describir las principales características sociodemográficas más frecuentes, de las personas con posibles trastornos mentales.	Según la OMS (2001), se trata de factores sociales y económicos, factores demográficos como el sexo y la edad.	Sociodemográfico

Variable	Dimensiones	Indicadores
Sociodemográfico	a. Sexo	d. –Masculino
	b. Edad	–Femenino
	c. Procedencia geográfica	e. Rangos edades (18-80 años).
		f. –Urbano - Rural

4.9. Descripción de los instrumentos y/o técnicas y procedimientos que se utilizaron para la recolección de información.

Los instrumentos para este estudio son de tamización en salud mental, de caracterización poblacional y de evaluación del consumo de drogas, la aplicación de los instrumentos de tamizaje fue de manera verbal, mismos que fueron autoadministrados y en casos especiales fue administrado.

Cuestionario de auto-reporte de síntomas psiquiátricos (SRQ): Sirve para la detección de alteraciones a la salud mental en adultos, diseñado para ser auto-administrado. Es una escala simple y objetiva, fácil de evaluar que cubre aspectos claves de la psicopatología, con preguntas sencillas fáciles de entender. Los ítems se puntúan con cero y uno, indica que el síntoma está presente o ausente durante los últimos 30 días (OMS, 1994).

- La validez del SRQ.

La validez de una prueba se refiere a qué tan bien una prueba mide lo que intenta medir. El SRQ se ha probado su validez en una serie de estudios llevados a cabo entre 1978 y 1993. Esta validez se trata diferentes facetas de forma individual:

- Validez aparente
- Validez de contenido
- Validez de criterio
- Validez de constructo

SRQ tienen una alta validez aparente, es decir, parecen evaluar los síntomas y problemas que se esperaría que estuvieran presentes en aquellos con trastornos mentales (OMS, 1994).

La validez del contenido el SRQ no pretendía ser un equivalente de un diagnóstico clínico. Se desarrolló como el primer instrumento de investigación de detección en dos etapas. La primera etapa se refiere al uso de una prueba de detección para detectar casos probables, y en la segunda etapa se realiza un diagnóstico clínico. Por lo tanto, el SRQ no puede hacer más que expresar la probabilidad de un trastorno mental (OMS, 1994).

La validez del criterio del SRQ se evalúa determinando la relación de la escala con alguna otra medida del constructo bajo estudio. En este contexto, vale la pena mencionar tres estudios en los que la validez se ha evaluado midiendo la correlación (OMS, 1994).

- 1) En 1992, calcularon los coeficientes de correlación entre la puntuación total en la traducción al español del Cronograma revisado de entrevistas clínicas (CIS-R; Lewis et al., 1992) y el puntaje en el SRQ (versión en español) y encontraron una cifra de $r = +0.69$ ($n = 163$).
- 2) En 1985, utilizando una versión portuguesa del SRQ en Brasil, compararon el puntaje SRQ con los puntajes ponderados del CIS. Calcularon un coeficiente de correlación de $+0.74$ ($n = 260$). Como los coeficientes de más de 0,60 se consideran generalmente como altamente aceptables, estos resultados sugieren que la SRQ tiene una buena validez de criterio.
- 3) En 1994, calcularon un coeficiente de correlación entre el puntaje CIS ponderado total y las "mejores" seis preguntas SRQ según lo determinado por el análisis de regresión por pasos. Los resultados indican un modelo en el que el 60% de la variación en la puntuación CIS se explica por las variaciones en estas seis preguntas ($n = 217$).

La validez de constructo se refiere a qué tan bien una escala mide los factores o dimensiones subyacentes propuestos, en este caso de enfermedad mental. Dos de los tipos de validación de constructo más comúnmente utilizados son la validez convergente y la validez factorial. La validez convergente se centra en la medida en que varias medidas del mismo concepto se correlacionan entre sí. Por ejemplo, se espera una alta correlación entre el SRQ y el GHQ. A través del análisis factorial se puede demostrar empíricamente si existen construcciones teóricas subyacentes discernibles (OMS, 1994).

- **Confiabilidad de la SRQ**

Antes de que la SRQ pueda ser aceptada como un instrumento de tamizaje administrado por un entrevistador, es esencial que muestre resultados consistentes entre los entrevistadores (confiabilidad entre evaluadores). Además, medir la consistencia entre

elementos en una escala, la llamada "consistencia interna", es un segundo método para evaluar la confiabilidad (OMS, 1994).

En 1989, se evaluó la confiabilidad entre evaluadores del SRQ-20 en entornos de atención primaria en Sao Paulo, Brasil; 27 pacientes participaron en el estudio inter-evaluador y fueron entrevistados en sesiones de puntuación simultáneas. El cronograma de la entrevista clínica se empleó como criterio. Los coeficientes de confiabilidad (inter-evaluador) se derivaron de los puntajes de los cuatro entrevistadores: un psiquiatra de investigación y tres asistentes de investigación. Esto se hizo de dos maneras. (i) La puntuación SRQ se tomó como una variable continua con puntajes que van de 0 a 14. Calcularon la correlación intraclase mediante ANOVA (OMS, 1994).

La correlación encontrada fue 0.978 ($F = 174.98$). (ii) Cuando el puntaje SRQ final se analizó como una dicotomía caso / no caso (es decir, aquellos que obtuvieron puntajes inferiores a aquellos que puntuaron por encima de un puntaje de corte de 7/8), arrojó una correlación de clase inferior de 0.963 ($X^2 = 198.32$; $df = 26$). Ambos coeficientes están cerca de la unidad, lo que indica que el acuerdo entre los observadores fue muy alto. Sin embargo, los autores advirtieron a los lectores que los coeficientes podrían haber sido más bajos si se hubiera incluido a más encuestados en el estudio inter-evaluador, ya que con una muestra más grande es más probable que se cubriera el espectro completo de trastornos mentales menores (OMS, 1994).

Otro estudio de confiabilidad fue llevado en 1988, en Etiopía. El SRQ se envió a 40 pacientes que asistían a una clínica psiquiátrica, 30 a una clínica somática y 40 sujetos que no asistían a una clínica (grupo control). Este estudio se describió con más detalle en las páginas 13-15 de este documento. Los investigadores examinaron la confiabilidad entre cuatro evaluadores independientes y el investigador, al determinar que una respuesta afirmativa a cualquiera de los ítems era válida. La congruencia interrater por pares entre los cuatro evaluadores varió entre 66% y 78%. La congruencia entre las opiniones de los cinco evaluadores (incluido el investigador) alcanzó simultáneamente un kappa de 0,48 (OMS, 1994).

Los investigadores también calcularon un valor kappa en el acuerdo entre cuatro evaluadores independientes sobre la validez de las respuestas afirmativas dadas en los ítems individuales de la SRQ. Este estudio de confiabilidad no es ortodoxo porque no proporciona información sobre el acuerdo de la capacidad del SRQ para seleccionar casos y no casos (OMS, 1994).

Consistencia interna

Se podría argumentar que la construcción de la enfermedad mental no es unidimensional, lo que podría resultar en una baja confiabilidad de la consistencia interna de la SRO, ya que esta última es una medida de la homogeneidad de la prueba. Por otro lado, se puede obtener un coeficiente satisfactorio si las dimensiones subyacentes están fuertemente conectadas, y si se espera que exista un factor general subyacente (OMS, 1994).

En 1991 se calcularon las correlaciones ítem-total en la investigación en Etiopía, utilizando una traducción del SRQ al amhárico en 2000 encuestados. Para los artículos individuales, se encontraron correlaciones de 0.40 y superiores. La excepción a la regla fue el ítem 5 (apretón de manos), 0.33. Estas correlaciones demuestran un grado altamente aceptable de consistencia interna y al mismo tiempo agregan evidencia a la idea de que existe un factor general subyacente de enfermedad mental como se indicó anteriormente (OMS, 1994).

Test de evaluación para el Consumo de Drogas (DAST-20)

Proporciona un índice cuantitativo de la magnitud de los problemas relacionados con el abuso de drogas. Por lo tanto, puede ir más allá de la identificación de un problema de drogas y obtener una estimación fiable del grado de gravedad del problema. El DAST ha sido evaluada y ha demostrado una excelente fiabilidad y validez diagnóstica en una variedad de poblaciones y entornos (Skinner, 1982-1994).

- **Fiabilidad y validez del DAST.**

La creciente prevalencia del consumo problemático de drogas ha favorecido la aparición de diversos cuestionarios de detección, tanto a nivel clínico como dirigidos a su aplicación en la población general. Entre estos instrumentos adquieren especial valor aquellos que, asegurando una adecuada fiabilidad y validez, precisan escaso tiempo en su aplicación.

El Drug Abuse Screening Test (DAST; Skinner, 1982) es uno de los cuestionarios que cumple con estos criterios. Junto a su utilidad de tamizaje del consumo problemático de drogas, las distintas versiones del DAST también han sido utilizadas como patrón de referencia para nuevos instrumentos de evaluación de drogas (Skinner, 1982-1994). Sus distintas versiones han sido administradas en una amplia variedad de poblaciones como adictos al alcohol u otras drogas. Recientemente han sido adaptadas y validadas algunas versiones, fuera de los Estados Unidos, tanto en Portugal, como en la India, España (Skinner, 1982-1994).

Otro estudio que se realizó para evaluar las propiedades psicométricas de dos versiones abreviadas de la Drug Abuse Screening Test (DAST-10 y DAST-20) en una población adulta española. Metodología: Se administró la adaptación española del DAST, en sus versiones abreviadas de 20 y 10 ítems, a doscientos cincuenta y nueve sujetos (121 adictos a sustancias y 138 controles sanos). Analizamos las propiedades psicométricas de ambos instrumentos, utilizando criterios DSM-IV TR como patrón de referencia. Resultados: Ambas versiones registraron una alta consistencia interna ($\alpha = 0,93$ y $\alpha = 0,89$, para DAST-20 y DAST-10, respectivamente). El análisis factorial exploratorio extrajo cinco factores en el DAST-20, justificando el 74,12% de la varianza, y dos componentes en el DAST-10 que explicaron el 62,18% de ésta. Los puntos de corte $> 5/6$ (DAST-20) y ≥ 3 (DAST-10) evidenciaron un elevado grado de concordancia con los criterios DSM-IV TR ($\kappa_{\text{DAST-20}} = 0,96$ y $\kappa_{\text{DAST-10}} = 0,91$), clasificando correctamente al 98,07% y 95,36% de los sujetos, respectivamente (Skinner, 1982-1994). Conclusiones: Los resultados obtenidos evidencian que tanto el DAST- 10 como el DAST-20 son instrumentos válidos y fiables para detectar el abuso de drogas entre adultos.

Encuesta de caracterización poblacional: El propósito de estas encuestas estriba en recopilar información de contexto que permite la realización de análisis detallados y en profundidad de las interrelaciones entre los atributos sociodemográficos 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. Se estima que el tiempo de llenado del conjunto de instrumentos oscilara entre 17 – 21 minutos, considerando que todos son auto-administrables, no obstante, se contara con la asistencia de psicología de cuarto año quienes previamente se prepararon para dicha actividad.

4.10. Procedimiento y análisis de información recolectada

Primera etapa:

-Recolectar información y datos estadísticos: se revisó la literatura pertinente al tema de investigación.

-Profundización de la investigación: se analizó 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 evaluación para el consumo de drogas (DAST). Asimismo, se elaboró un instrumento de caracterización sociodemográficas de la población a investigar.

-Validación de instrumentos: Los instrumentos de tamizaje empleados para esta investigación fueron validados en dos momentos importantes.

En primera instancia: se procedió mediante una validación de 60 expertos (Psicólogos, Psiquiatras y médicos) que realizaron una validación cualitativa, de contenido y de constructo de los instrumentos esto para adaptar los ítems al contexto nacional antes de ir al trabajo de campo.

-Resultados de la validación de expertos, para el cuestionario de auto reporte de síntomas psiquiátricos (RSQ).

Validación cualitativa.

De acuerdo a la matriz de criterios de evaluación del instrumento SRQ, en conjunto ha demostrado tener claridad en su redacción, a excepción de las preguntas 14 y 27 que ameritó 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 27: ¿Ha usado, alguna vez, bebidas alcohólicas o drogas para relajarse, para sentirse mejor consigo mismo o para integrarse a un grupo? Por ¿Ha usado, alguna vez drogas para relajarse, para sentirse mejor consigo mismo o para integrarse a un grupo?

A sí mismo según los expertos en base a los datos obtenidos todos los ítems se encuentran aceptables en cuanto a 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 21 y 22 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.

Validez de Contenido

El instrumento posee validez de contenido en los ítems 1 ,6 ,8, 9, 10, 12, 16, 17, 18, 20, ,21 ,23 ,24 ,25 ,26 ,27 ,28 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 2, 3, 4, 7, 11, 13, 14, 15, 19, 29,30; 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 22 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 la sintomatología 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; Epilepsia únicamente en el ítems 21;

dependencia al alcohol 22, 23, 24, 25; dependencia de drogas se representa con los ítems 26, 27; y Estrés post-traumático en los ítems 28, 29, 30.

-Resultados de la validación de expertos, para el Test de Evaluación para el consumo de drogas (DAST)

Validación cualitativa

De acuerdo a la matriz de criterios de evaluación del instrumento DAST, en conjunto ha demostrado tener claridad en su redacción, a excepción de las preguntas 2 y 6 que amerito un ajuste de la siguiente forma: Pregunta 2: ¿Ha abusado de drogas de prescripción? Por ¿ha abusado de medicamentos recetados? Y la Pregunta 6: ¿Ha tenido pérdida de memoria o ha experimentado alteraciones perceptivas (flashbacks) como consecuencia del consumo de drogas? Por ¿Ha tenido pérdida de memoria por el consumo de drogas, alcohol o tabaco? A si mismo según los expertos en base a los datos obtenidos todos los ítems se encuentran aceptables en cuanto a la relevancia para la actitud del instrumento, lenguaje adecuado con nivel al informante, de igual manera cumple con el establecimiento del número máximo de palabras (20 palabras) por ítems, así como no hacer usos de universalidades, ni dobles negaciones.

Validez de Contenido

El instrumento posee validez de contenido en los ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19 ,20 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 el ítem 18 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.

Validez de Constructo

Según los indicadores en base a los ítems seleccionados por los expertos encontramos que la sintomatología de cada dimensión se manifiestan de la siguiente forma Dependencia a las Drogas se ve reflejada en los ítems 2, 4, 5, 17; Problemas Sociales sus síntomas se presentan en los ítems 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16 ; Problemas Médicos se muestra en

los ítems 6, 18; Poliuso de drogas en los ítems 1, 3 y la Ayuda Previa en los ítems 7, 19, 20.

En un segundo momento:

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 estuvo compuesta por un total de 352 personas; dividida en dos grupos, el primero compuesto por casos diagnosticados clínicamente con trastornos mentales, siendo necesario 22 sujetos por patología. El segundo grupo estuvo compuesto por 220 sujetos clínicamente sanos definido como grupo control normativo.

En el estudio piloto el cuestionario de auto-reporte de síntomas psiquiátricos SRQ demostró exactitud en función de su sensibilidad y especificidad, es decir que tiene la capacidad de obtener un resultado positivo cuando el individuo tiene trastorno mental. Asimismo, tiene la capacidad para descartar los trastornos mentales cuando estos no están presentes.

Para el instrumento del DAST se procedió a una prueba piloto en 30 viviendas del municipio de valle de ángeles seleccionando las viviendas mediante el factor K.

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

-Trabajo de campo: cada equipo de trabajo fue asignado en cada municipio referente a la investigación para la aplicación del instrumento.

-Procesamiento de datos: se hizo uso del programa SPSS para digitar los datos tabulados y posteriormente las salidas estadísticas que facilitaron alcanzar los objetivos.

Segunda etapa: Informe y divulgación de resultados

-Elaboración de informe de tesis.

CAPÍTULO V: RESULTADOS

5. ANÁLISIS DE RESULTADOS

Una vez explicado en los capítulos anteriores el proceso de trabajo investigativo, procede ahora la descripción de los hallazgos del estudio, esto es, la obtención de resultados en relación a los objetivos particulares referentes a los trastornos mentales.

5.1. Prevalencia de las categorías diagnósticas estudiadas en cuanto a trastornos mentales.

Se determinó la prevalencia de la población objeto de estudio en función de la sintomatología mental, clasificando los trastornos mentales en seis categorías básicas.

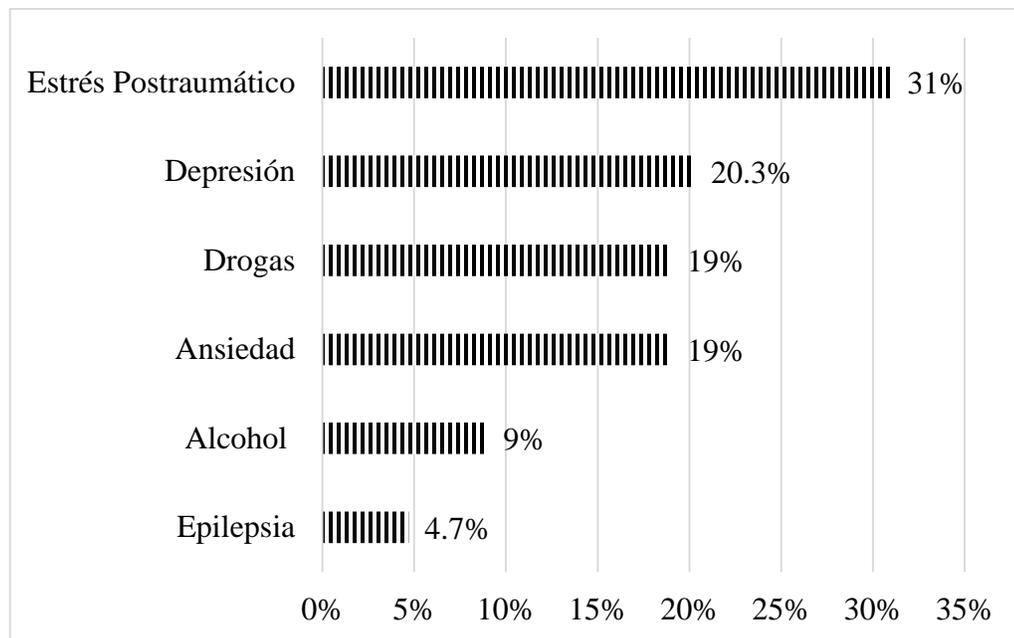


Figura 1. Trastornos mentales según su prevalencia en el departamento de Lempira, 2016.

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

Como se observa en la figura 1, la mayor prevalencia de posibles trastornos mentales se encuentra en la categoría del trastorno por estrés postraumático con un 31%, seguido por depresión con el 20.3%, por otro lado, la ansiedad representa el 19%, de igual manera el consumo de drogas también constituye un 19%, seguido por el alcohol con el 9%, y en menor prevalencia de sintomatología mental se observa la epilepsia con un 4.7%.

5.2. Prevalencia de posible trastorno mental según características sociodemográficas.

En los siguientes resultados se realiza el análisis de las características sociodemográficas de la población objeto de estudio, considerando características como el género, rango de edad, y procedencia geográfica.

5.2.1. Prevalencia de posible trastorno mental según género.

A continuación, se realiza el análisis de la prevalencia para conocer si existe presencia de sintomatología de posibles trastornos mentales comparado con el género en la población adulta del departamento de Lempira.

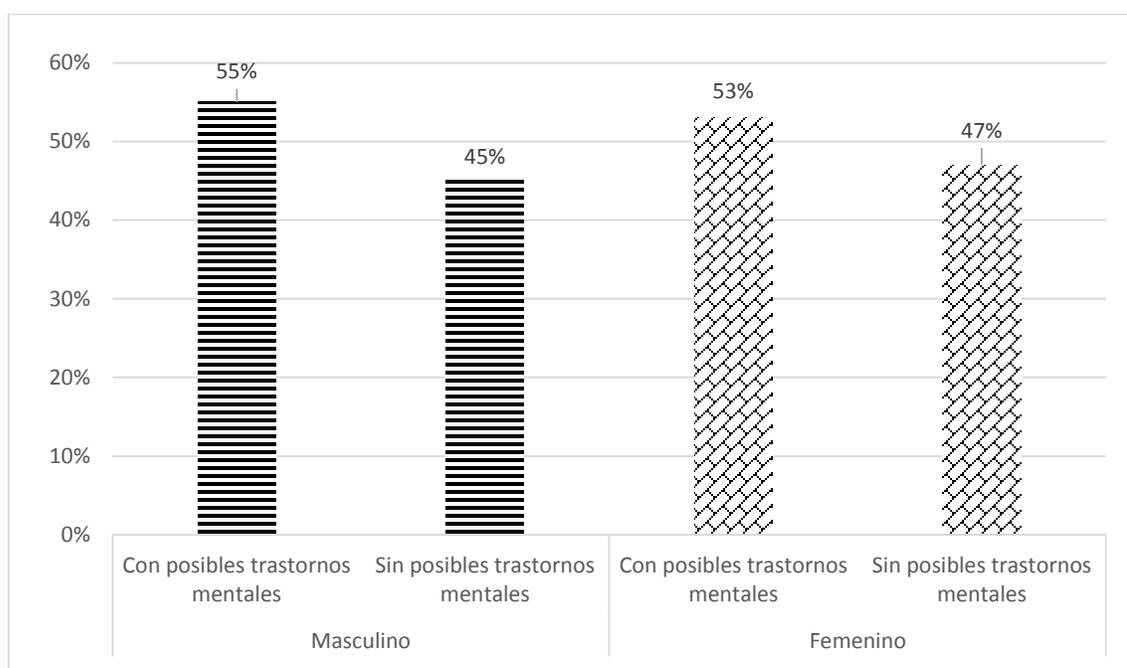


Figura 2. Prevalencia de posibles trastornos mentales según género

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

En los resultados obtenidos en la figura 2, la prevalencia en cuanto al género masculino con posibles trastornos mentales es del 55%, en cambio el género femenino presenta una prevalencia de posibles trastornos mentales del 53%, en la figura se ve una prevalencia relativamente mayor del género masculino en padecer posibles trastornos mentales en relación con el género femenino.

5.2.2. Prevalencia de probables trastorno mental según rango de edad.

En esta sección se realiza el análisis de la prevalencia para conocer si existe presencia de sintomatología de posibles trastornos mentales comparado con los rangos de edades en la población adulta del departamento de Lempira.

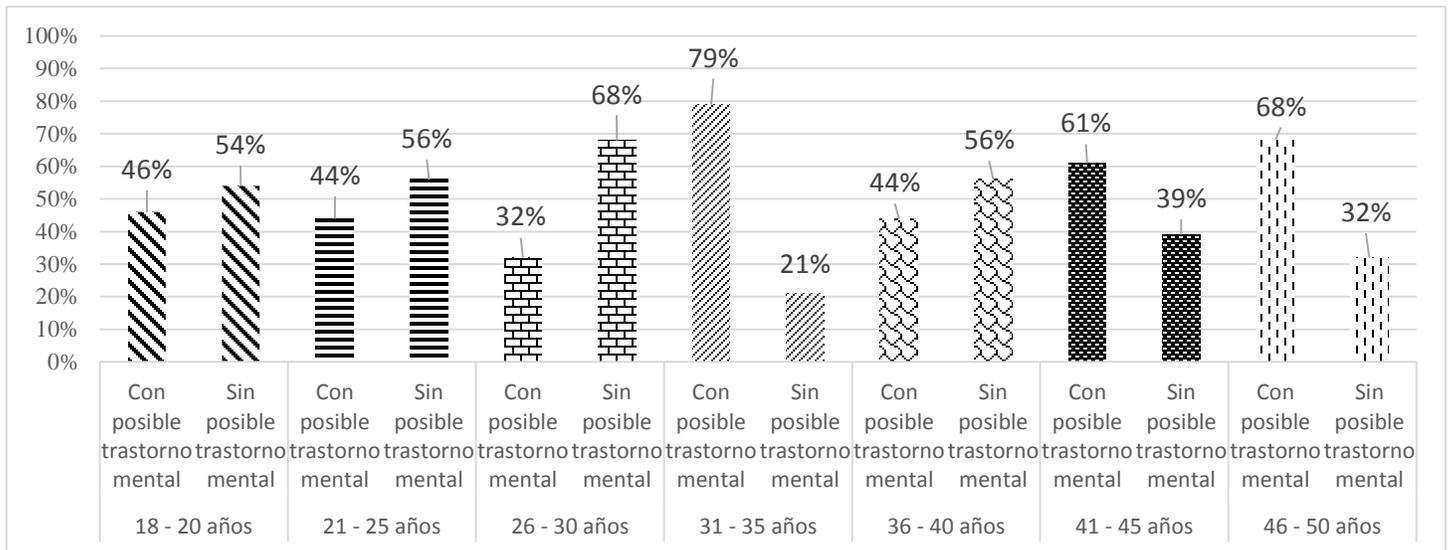


Figura 3. Prevalencia de posibles trastornos mentales según rangos de edad.

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

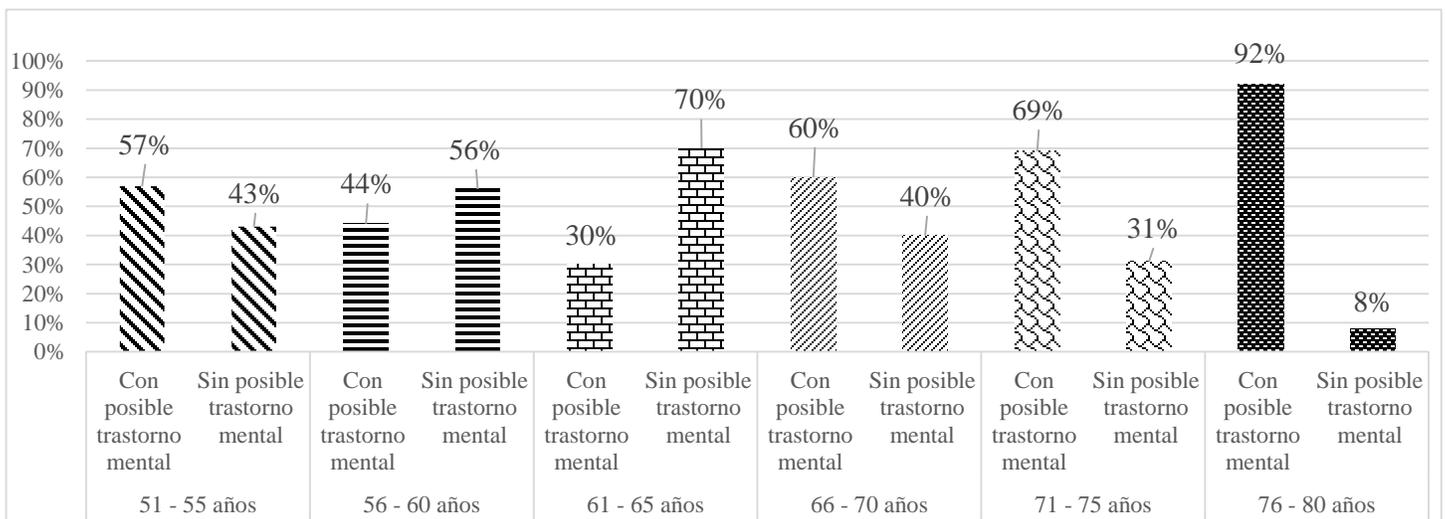


Figura 4. Prevalencia de posibles trastornos mentales según rangos de edad.

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

De acuerdo a las figuras 3 y figura 4, nos revela que la mayor prevalencia de posibles trastornos mentales se encuentra entre los rangos de 76 años a 80 años con el 92%, seguido de los rangos de edad de 31 años a 35 años con un 79% de posibles trastornos mentales, también revela que los rangos de edad entre 71 años a 75 años con un 69%, en las figuras se muestra que los rangos de edad entre 46 años a 50 años representan el 68%, por otro lado los rangos de edad de 41 años a 45 años constituyen el 61% de padecer posibles trastornos mentales. En cambio los rangos de edad entre 66 años a 70 años con el 60%, mientras los rangos de edad de 51 años a 55 años representan el 57% de padecer posibles trastornos mentales, tan bien las figuras nos revelan que entre las edades de 18 años a 20 años representan el 46%, también se muestra los rangos de edad de 21 años a 25 años con un 44% de posibles trastornos mentales, así mismos los rangos de edad de 36 años a 40 años con un 44%, de igual manera los rangos de edad de 56 años a 60 años con 44% de padecer posibles trastornos mentales. Mientras tanto los rangos de edad de 26 años a 30 años representan el 32%, y por último los rangos de edad entre 61 años a 65 años con el 30% de padecer posibles trastornos mentales.

5.2.3. Prevalencia de trastorno mental según procedencia geográfica.

Se presenta el análisis de la prevalencia para conocer si existe presencia de sintomatología de posibles trastornos mentales comparado según procedencia geográfica en la población adulta del departamento de Lempira.

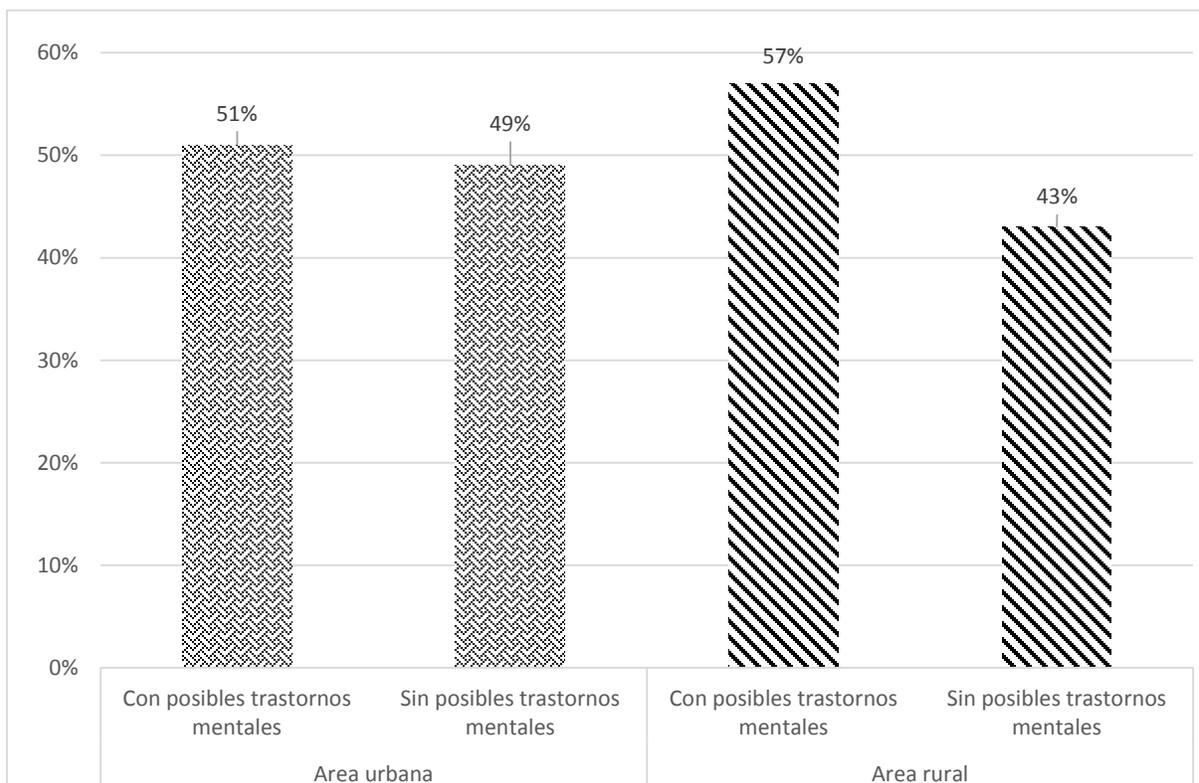


Figura 5. Prevalencia de posibles trastornos mentales según la procedencia geográfica.

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

En la figura 5, en relación al área geográfica de la población objeto de estudio del departamento de Lempira, se observa que la prevalencia del área urbana con posibles trastornos mentales es del 51%, en cambio la prevalencia del área rural con posibles trastornos mentales es del 57%. En la figura se muestra una prevalencia relativamente mayor del área rural con posibles trastornos mentales, en relación con el área urbana.

5.2.4 Prevalencia de posibles trastorno mental según estado civil.

Se presenta el análisis de la prevalencia para conocer si existe presencia de sintomatología de posibles trastornos mentales comparado según estado civil en la población adulta del departamento de Lempira.

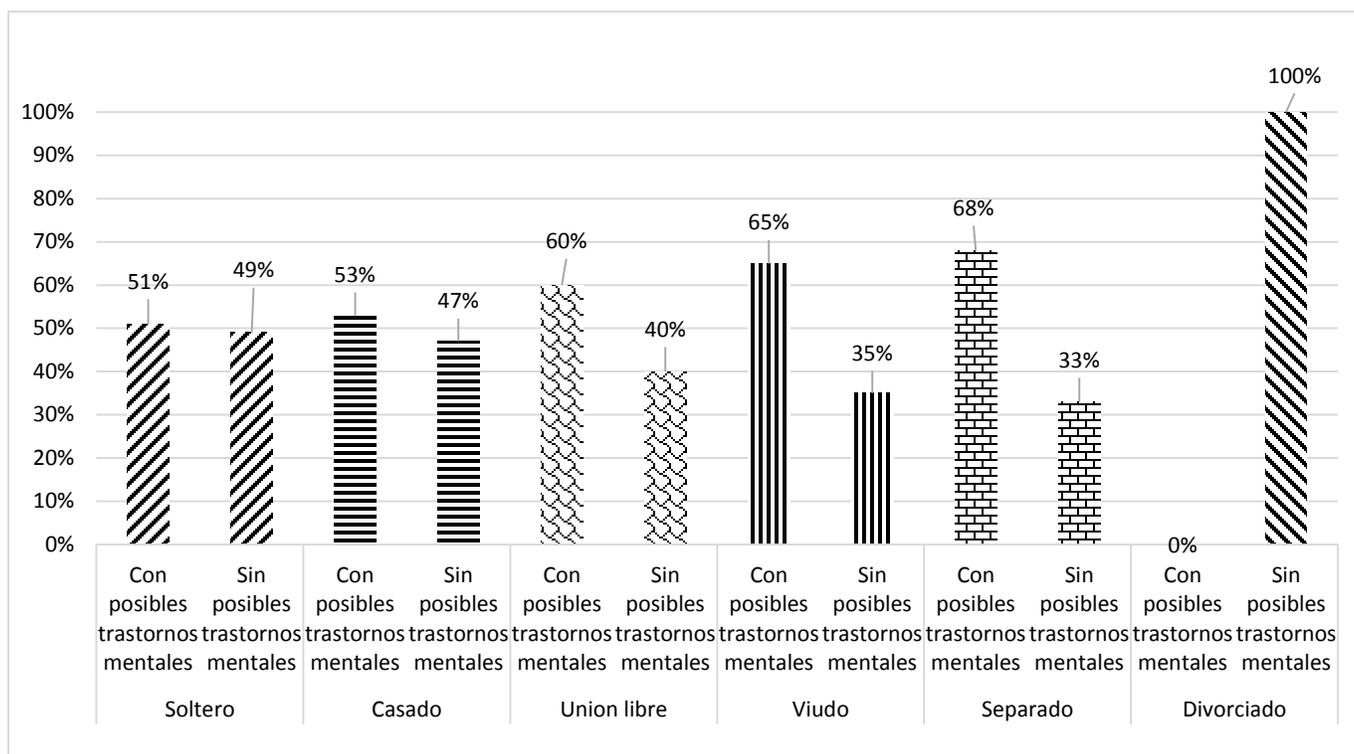


Figura 6. Prevalencia de posibles trastornos mentales según estado civil.

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

En la figura 6, en relación con el estado civil de la población objeto de estudio del departamento de Lempira, se observa que la prevalencia de los solteros con posibles trastornos mentales es del 51%, en cambio la prevalencia de los casados con posibles trastornos mentales es del 53%, en cambio los que están en unión libre representan 60%, los viudos constituyen el 65%, y en cuanto a los separados tiene el 68% y finalmente los divorciados no representaron prevalencia de posibles trastornos mentales.

5.2.5. Prevalencia de posibles trastorno mental según escolaridad.

Se presenta el análisis de la prevalencia para conocer si existe presencia de sintomatología de posibles trastornos mentales comparado según escolaridad en la población adulta del departamento de Lempira.

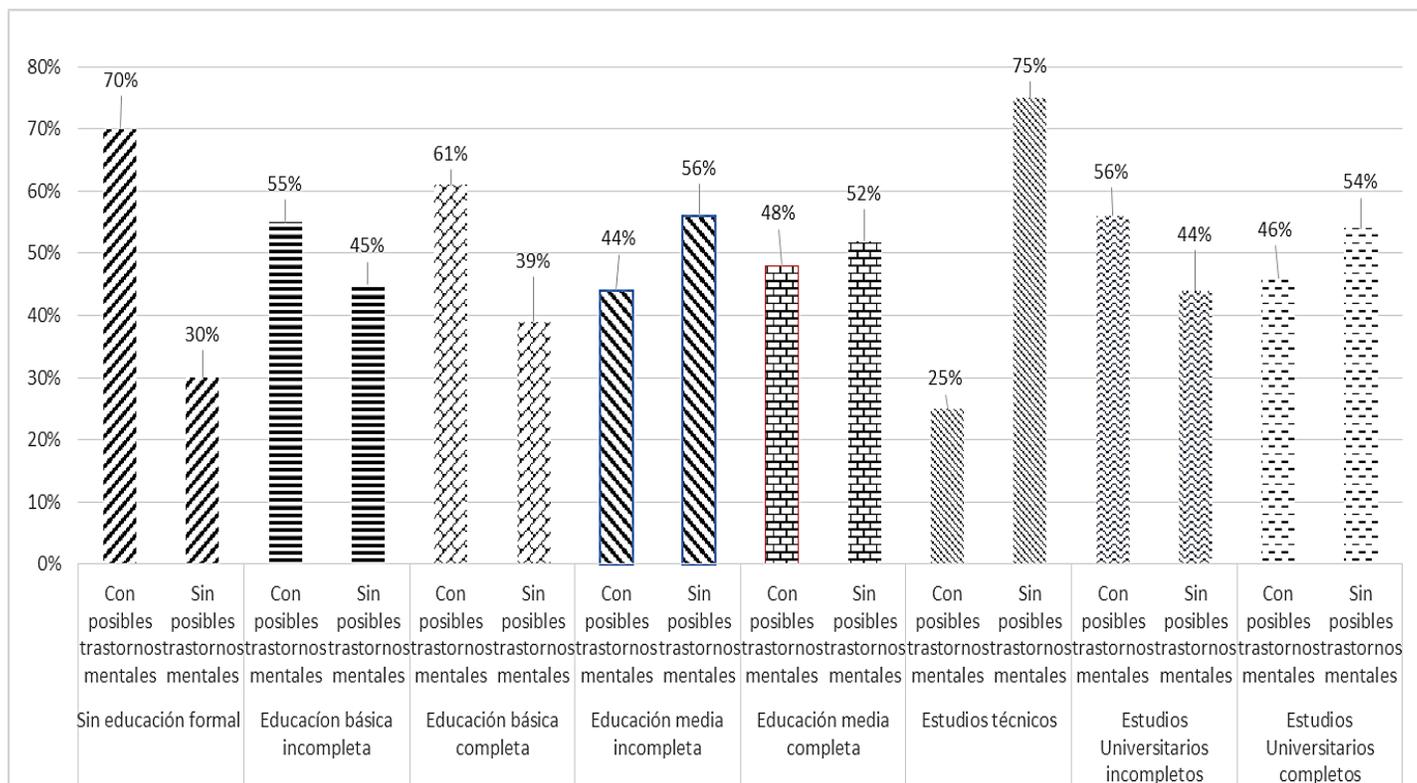


Figura 7. Prevalencia de posibles trastornos mentales según escolaridad.

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

En la figura 7, en relación con la escolaridad de la población objeto de estudio del departamento de Lempira, se observa que la prevalencia de los sin educación formal con posibles trastornos mentales es del 70%, en cambio la prevalencia de los tienen educación básica incompleta con posibles trastornos mentales es del 55%, en cambio los que tienen una educación básica completa represento un 61% los que tienen educación media incompleta constituyen el 44%, y en cuanto a los que tienen educación media completa tiene el 48%, los que tienen estudios técnicos tienen un 25%, por otro lado los que tienen estudios universitarios incompletos tienen el 56% y finalmente los que tienen estudios universitarios completos representaron el 46%.

5.2.6. Prevalencia de posibles trastorno mental según religión.

Se los resultados de la prevalencia para conocer si existe presencia de sintomatología de posibles trastornos mentales comparado según religión en la población adulta del departamento de Lempira.

Los resultados de los posibles trastornos mentales en cuanto a la religión se puede observar una mayor prevalencia de la religión evangélica con posibles trastornos mentales con un 56% por lo cual el 44% de los evangelistas encuestados no presentaron sintomatología de trastornos mentales. Por otro lado vemos la religión católica con posibles trastornos mentales con un 54%, por lo tanto el 46% de los católicos encuestados no presenta sintomatología de padecimientos mentales, otras religiones reportaron una prevalencia de padecimientos mentales del 50%. También las personas que no tienen religión representaron el 50% de posibles trastornos mentales.

5.2.7. Prevalencia de posibles trastorno mental según ocupación.

Se los resultados de la prevalencia para conocer si existe presencia de sintomatología de posibles trastornos mentales comparado según ocupación en la población adulta del departamento de Lempira.

Los posibles trastornos mentales en cuanto a la ocupación podemos ver que los trabajadores agrícolas o ganaderos representan el 65%, Por otro lado vemos a las personas que trabajan en el rubro de servicios y de vigilancia con posibles trastornos mentales representan un 60%. En cuanto a los comerciantes y empleados de ventas con posibles trastornos mentales constituyeron un 55%. En cambios los funcionarios, directores y jefes con posibles trastornos mentales representaron el 50%. Los trabajadores artesanales también representan también el 50%. De igual manera los operadores de máquinas industriales tienen un 50%, de posibles trastornos mentales y los trabajadores de actividades elementales y de apoyo también representan un 50% por otro lado los profesionales técnicos con un 46% de padecer trastornos mentales, y finalmente los trabajadores auxiliares en trabajos administrativos con posibles trastornos mentales representaron un 35%.

5.3. Análisis de resultados de las dimensiones por el consumo de drogas.

Procede ahora la descripción de los hallazgos del estudio, esto es, la obtención de resultados en relación a los objetivos particulares referentes a las dimensiones del consumo de drogas en la población objeto de estudio del departamento de Lempira.

5.3.1. Prevalencia de las dimensiones del consumo de drogas.

Se determinó la prevalencia de la población objeto de estudio en función de las dimensiones del consumo de drogas.

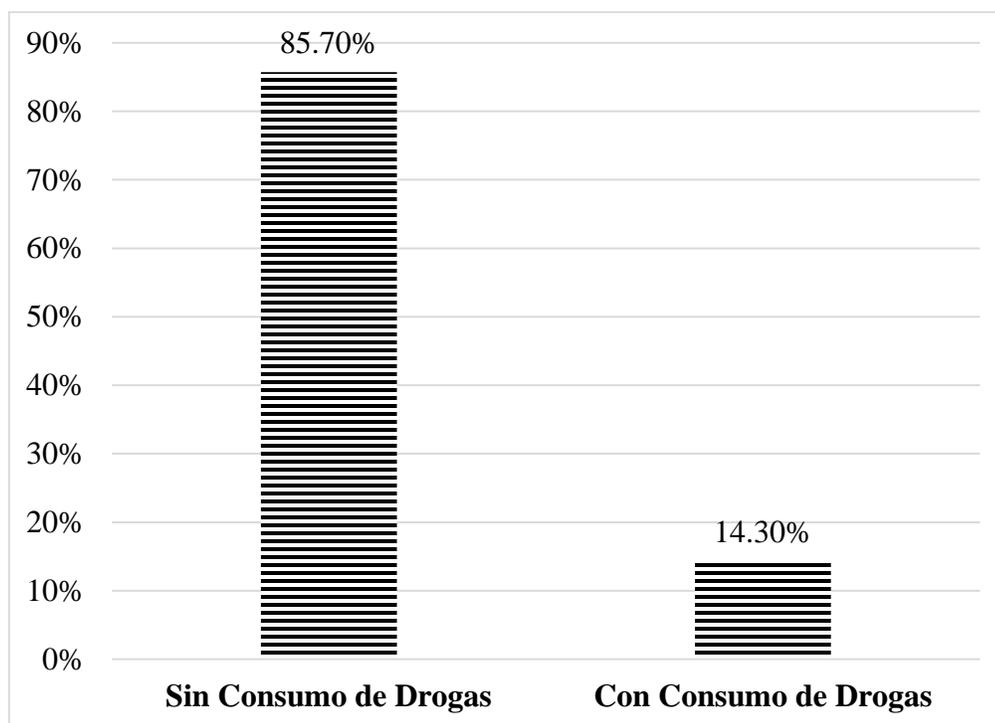


Figura 8. Prevalencia de las dimensiones del consumo de drogas en el departamento de Lempira, 2016.

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

Como se observa en la figura 8, la prevalencia de la población objeto de estudio que consume drogas en el departamento de Lempira constituyó el 14.3%, por otro lado, se observa que la prevalencia es del 85.7% en la población estudiada que no presentan dimensiones del consumo de drogas.

5.3.2. Dimensiones del consumo de drogas.

El análisis de la magnitud del consumo de drogas se realiza mediante la clasificación de la población investigada, en función de las dimensiones del consumo de drogas, como ser la dependencia a las drogas, problemas sociales, problemas médicos, poliuso de drogas y ayuda previa, dimensiones obtenidas para ir más allá de la identificación de un problema de drogas y obtener una estimación fiable de la gravedad del consumo de drogas en la población investigada.

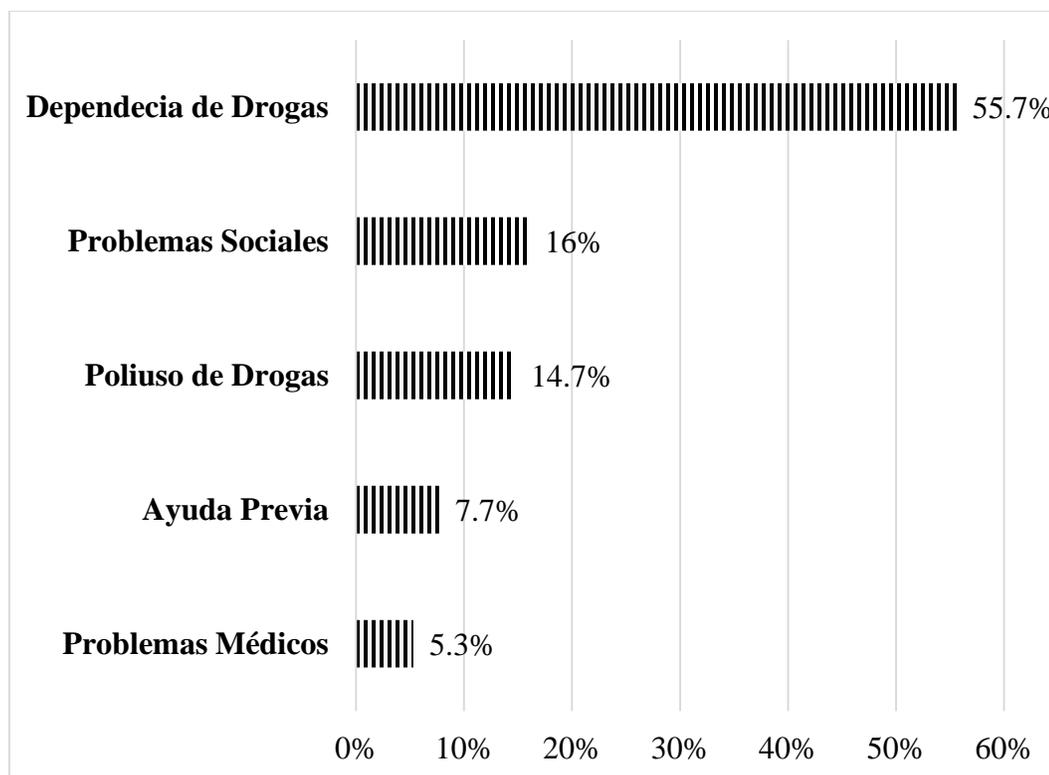


Figura 9. Dimensiones del consumo de drogas que prevalecen en el departamento de Lempira, 2016.

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

Como se observa en el figura 9, la mayor prevalencia de las dimensiones ocasionados del consumo de drogas se encuentra la dependencia a las drogas con un 55.7%, seguido de la dimensión sociales que constituyen un 16.6%, por otro lado el poliuso de drogas con el 14.7%, también se observa que el porcentaje de las personas que busca ayuda previa es del 7.7% y menor prevalencia están los problemas médicos con un 5.3%.

5.4 Prevalencia de las dimensiones del consumo de drogas según características sociodemográficas.

En los siguientes resultados se realiza el análisis de las características sociodemográficas de la población objeto de estudio, considerando características como el género, rango de edad, y procedencia geográfica.

5.4.1. Prevalencia de las dimensiones del consumo de drogas según género.

A continuación, se realiza el análisis de prevalencia para conocer si existe presencia del consumo de drogas según género en la población adulta del departamento de Lempira.

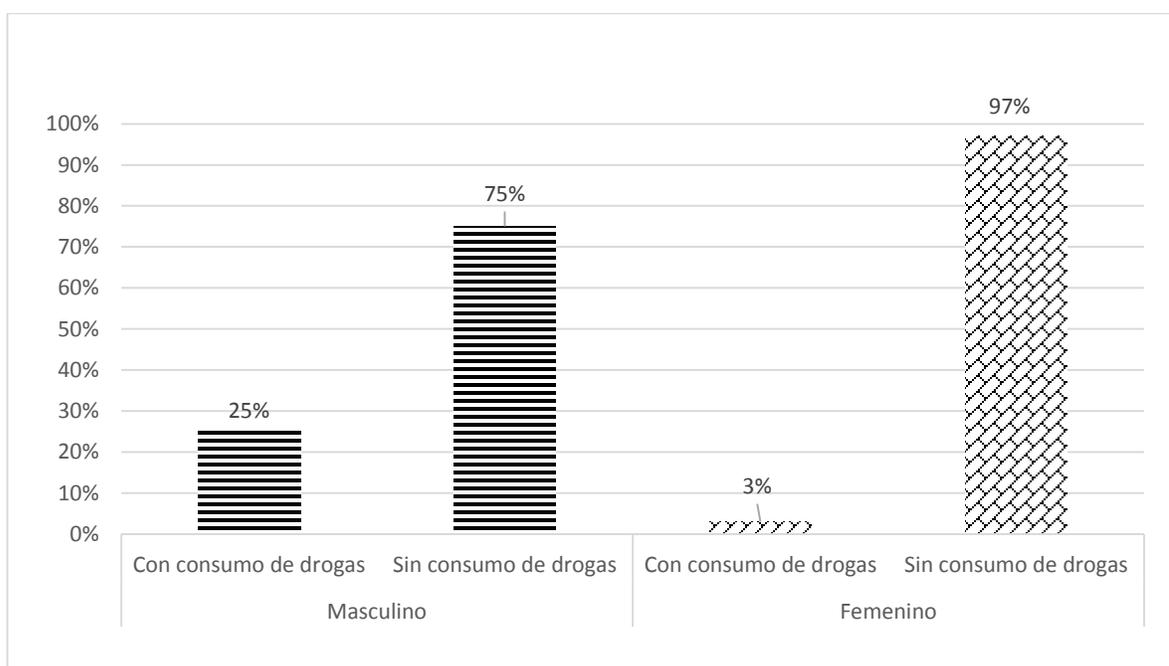


Figura 10. Prevalencia de las dimensiones del consumo de drogas según género

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

En los resultados obtenidos en la figura 10, la prevalencia en cuanto al género masculino con problemas por el consumo de drogas es del 25%, en cambio el género femenino presenta una prevalencia de problemas por el consumo de drogas del 3%, en la figura se ve una prevalencia mayor del género masculino en padecer posibles trastornos mentales en relación con el género femenino.

5.4.2. Prevalencia de las dimensiones del consumo de drogas según rango de edad.

En esta sección se realiza el análisis de la prevalencia para conocer si existe presencia de dimensiones del consumo de drogas comparado con los rangos de edad en la población adulta del departamento de Lempira.

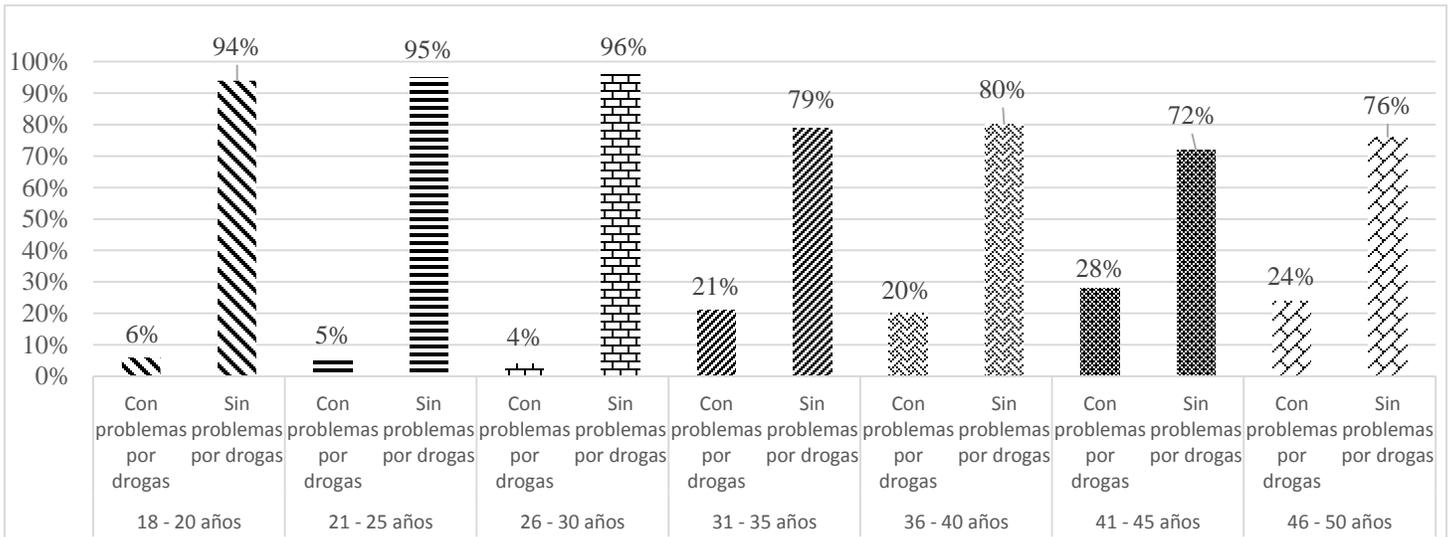


Figura 11. Prevalencia de las dimensiones del consumo de drogas según rangos de edad.

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

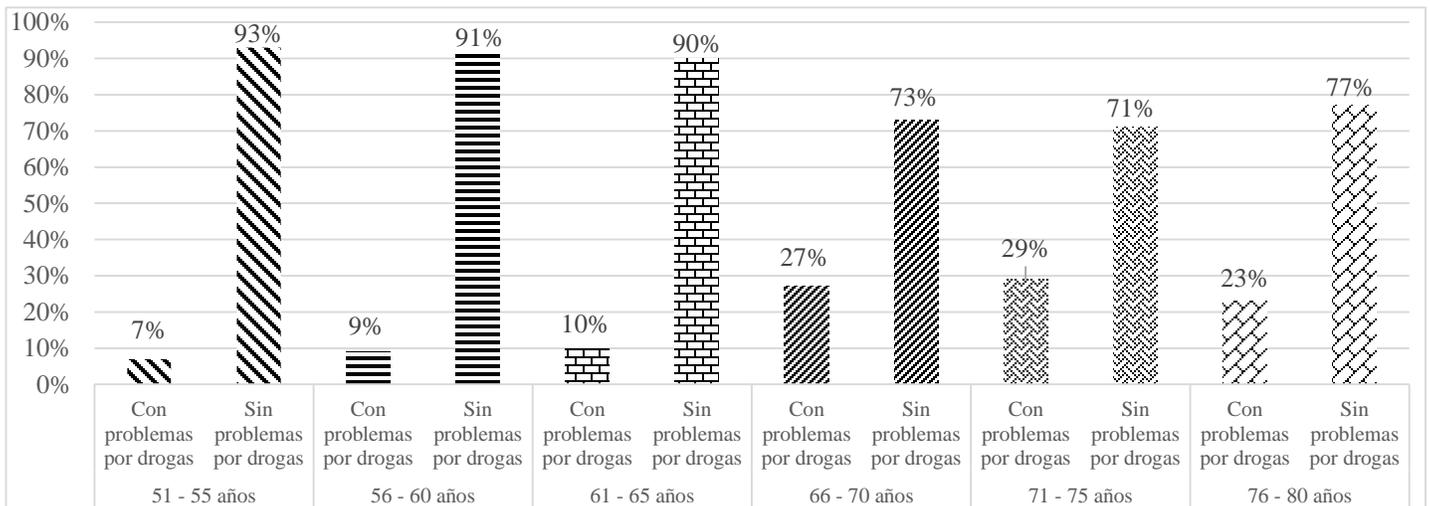


Figura 12. Prevalencia de las dimensiones del consumo de drogas según rangos de edad.

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

De acuerdo a las figuras 11 y figura 12, nos revela que la mayor prevalencia de problemas por el consumo de drogas se encuentra entre los rangos de 71 años a 75 años con un 29%, seguido de los rangos de edad de 41 años a 45 años con un 28% de padecer problemas por drogas, también revela que los rangos de edad entre 66 años a 70 años representan un 27%, en las figuras se muestra que los rangos de edad entre 46 años a 50 años constituyeron el 24%, por otro lado los rangos de edad de 76 años a 80 años tienen el 23% de padecer problemas por drogas. En cambio los rangos de edad entre 31 años a 35 años tienen el 21%, mientras los rangos de edad de 36 años a 40 años representan el 20% de padecer problemas por drogas, tan bien las figuras nos revelan que entre las edades de 61 años a 65 años representan el 10%, también se muestra los rangos de edad de 56 años a 60 años con un 9% de problemas por drogas, por otro lado los rangos de edad de 51 años a 55 años con un 7%, también los rangos de edad de 18 años a 20 años representan un 6% de padecer posibles trastornos mentales. Mientras tanto los rangos de edad de 21 años a 25 años constituyeron el 5%, y por último los rangos de edad entre 26 años a 30 años con el 4% de padecer problemas por drogas.

5.4.3. Prevalencia de las dimensiones del consumo de drogas según procedencia geográfica.

Se presenta el análisis de la prevalencia para conocer si existe presencia de las dimensiones del consumo de drogas comparado según procedencia geográfica en la población adulta del departamento de Lempira.

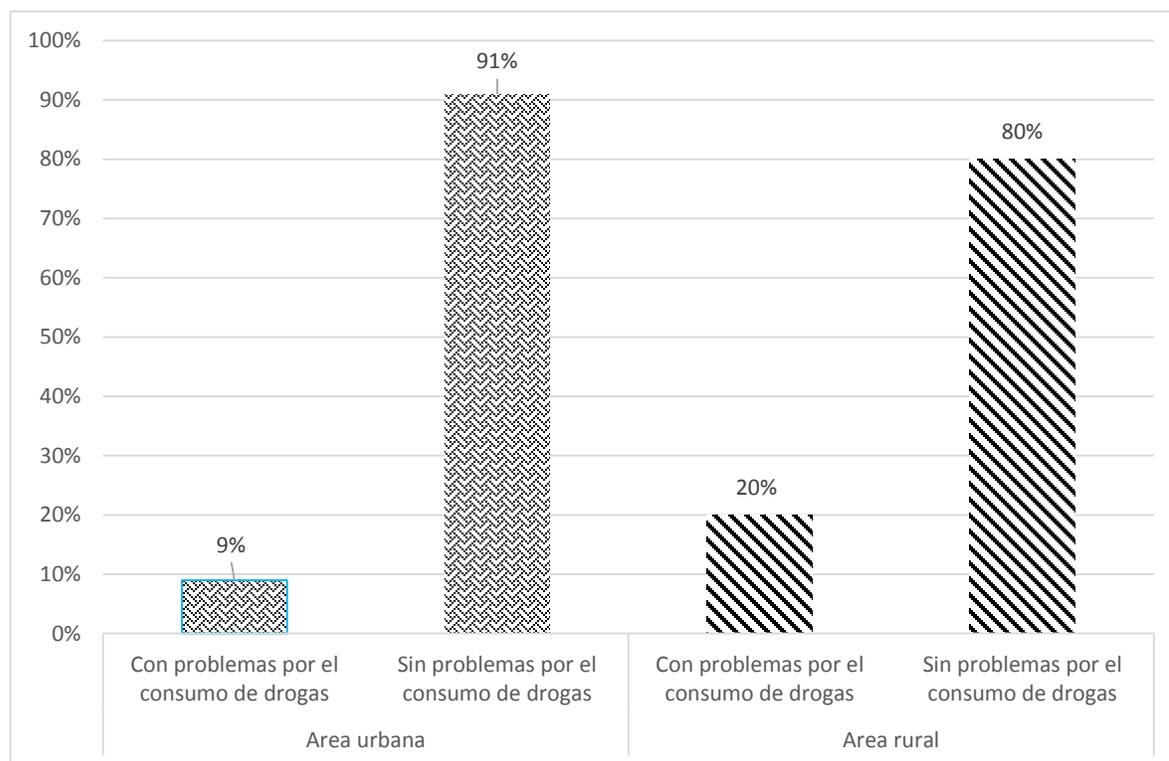


Figura 13. Prevalencia de las dimensiones del consumo de drogas según la procedencia geográfica.

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

En la figura 13, en relación al área geográfica de la población objeto de estudio del departamento de Lempira, se observa que la prevalencia del área urbana con problemas por el consumo de drogas es del 9%, en cambio la prevalencia del área rural con problemas por el consumo de drogas es del 20%. En la figura se muestra una prevalencia mayor del área rural con problemas por el consumo de drogas, en relación con el área urbana.

5.4.4. Prevalencia de las dimensiones del consumo de drogas según estado civil.

Se presenta el análisis de la prevalencia para conocer si existe presencia de problemas por el consumo de drogas comparado según estado civil en la población adulta del departamento de Lempira.

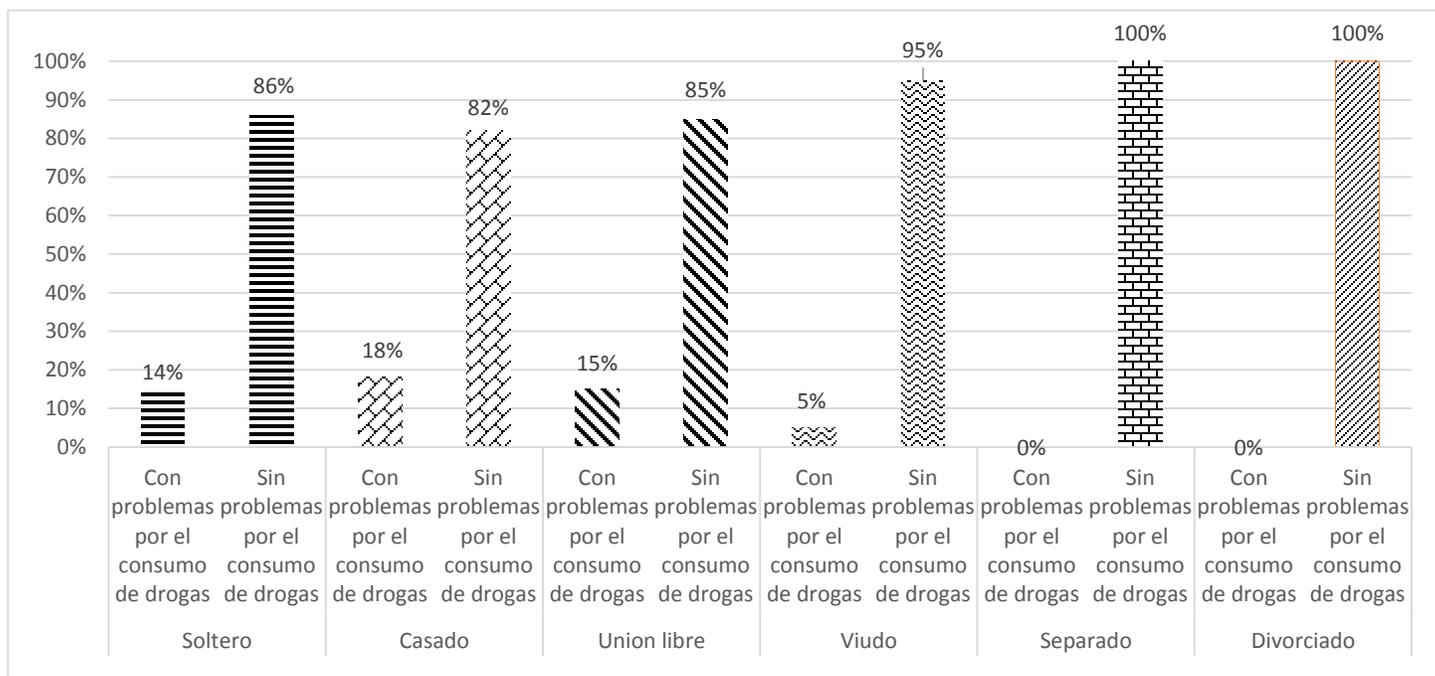


Figura 14. Prevalencia de posibles trastornos mentales según estado civil.

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

En la figura 14, en relación con el estado civil de la población objeto de estudio del departamento de Lempira, se observa que la prevalencia de los solteros con posibles trastornos mentales es del 14%, en cambio la prevalencia de los casados con posibles trastornos mentales es del 18%, los que están en unión libre representan 15%, los viudos reportaron el 5%, y finalmente los separados no reportaron prevalencia al igual que los divorciados.

5.4.5. Prevalencia de las dimensiones del consumo de drogas según escolaridad.

Se presenta el análisis de la prevalencia para conocer si existe presencia de problemas por el consumo de drogas comparado según escolaridad en la población adulta del departamento de Lempira.

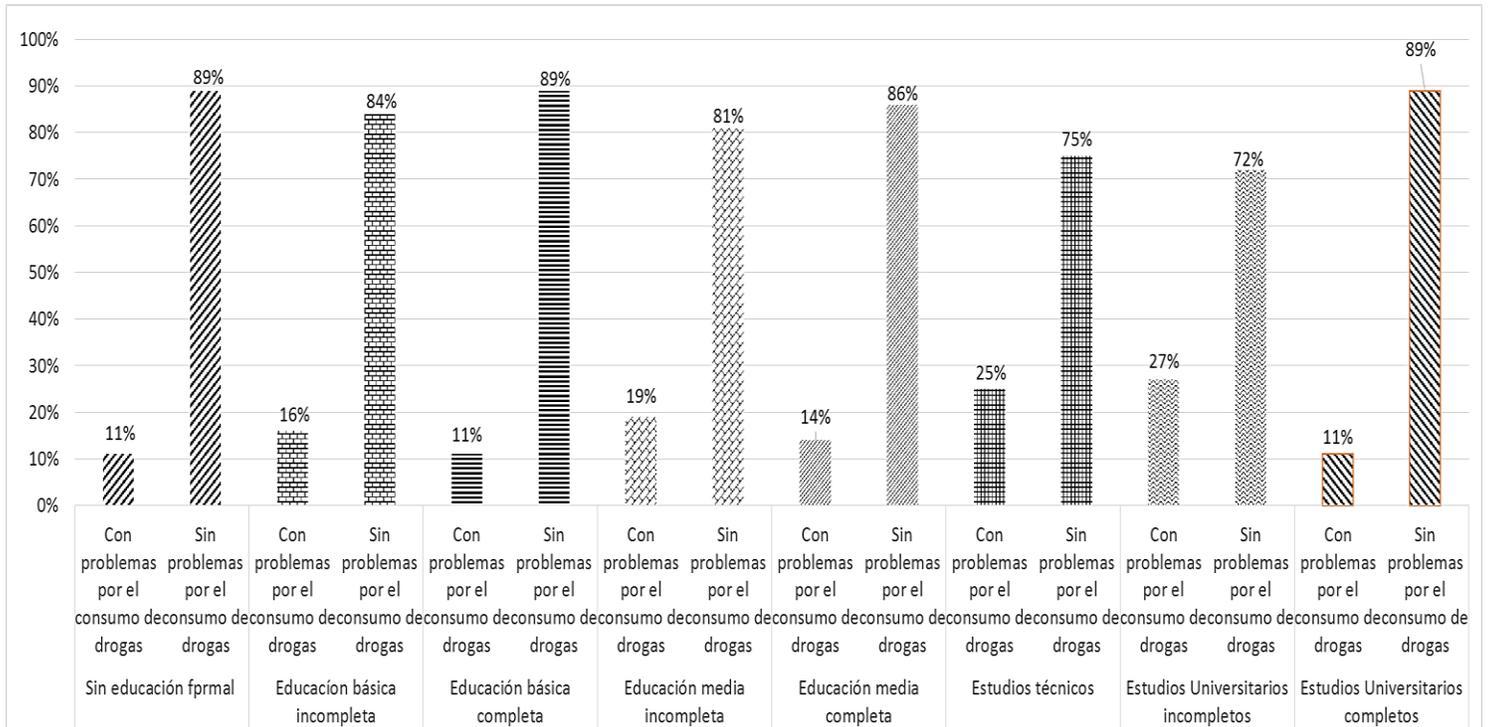


Figura 15. Prevalencia de posibles trastornos mentales según escolaridad.

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

En la figura 15, en relación con la escolaridad de la población objeto de estudio del departamento de Lempira, se observa que la prevalencia de los sin educación formal con posibles trastornos mentales es del 11%, en cambio la prevalencia de los tienen educación básica incompleta con posibles trastornos mentales es del 16%, en cambio los que tienen una educación básica completa represento un 11% los que tienen educación media incompleta constituyen el 19%, y en cuanto a los que tienen educación media completa tiene el 14%, los que tienen estudios técnicos tienen un 25%, por otro lado los que tienen

estudios universitarios incompletos tienen el 27% y finalmente los que tienen estudios universitarios completos representaron el 11%.

5.4.6. Prevalencia de las dimensiones del consumo de drogas según religión.

Se presenta el análisis de la prevalencia para conocer si existe presencia de problemas por drogas comparado según religión en la población adulta del departamento de Lempira.

Los resultados de los problemas por drogas en cuanto a la religión se puede observar una mayor prevalencia de las personas que no tienen ninguna religión con un 33%, por lo cual el 67% de las personas que no tienen religión no presentan trastornos mentales. En cuanto a los católicos con problemas por drogas representó el 12% por lo tanto los católicos encuestados que no presentaron problemas por drogas representaron el 88%. Por otro lado los evangélicos con problemas por drogas representan el 10%, por lo cual el 90% de los evangélicos encuestados no presentaron problemas por drogas. Otras religiones no reportaron prevalencia.

5.4.7. Prevalencia de las dimensiones del consumo de drogas según ocupación.

Se presenta el análisis de la prevalencia para conocer si existe presencia de problemas por drogas comparado según ocupación en la población adulta del departamento de Lempira.

Los problemas por las drogas en cuanto a la ocupación podemos ver que los trabajadores operadores de máquinas industriales representan el 50%, con problemas por el consumo de drogas. En cuanto a los funcionarios directores y jefes con problemas por drogas constituyo un 30%. Por otro lado los trabajadores en actividades agrícolas, ganaderos con problemas por drogas fue del 22%. Por otro lado los trabajadores de servicio de vigilancia con problemas por drogas representaron el 20% en cambio los trabajadores artesanales con problemas por drogas represento el 15%. Los profesionistas y técnicos con problemas por drogas represento un 8%, con un 92%. En cuanto a los comerciantes y ventas con problemas por drogas representan el 7%. Y por último los trabajadores auxiliares en actividades administrativas constituyo un 5% con problemas por drogas.

5.5 Las dimensiones del consumo de drogas en relación con las categorías de los trastornos mentales en la población adulta del departamento de Lempira.

Tabla 3. Análisis estadístico significativo entre las dimensiones del consumo de drogas y las categorías de trastornos mentales.

Dimensiones del consumo de drogas.	Categorías de trastorno mentales
	Correlación de Pearson
	0.244
	Sig. (Bilateral)
	0.010
	Clasificación
	Correlación positiva débil

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

En la Tabla 3, el grado de correlación de las dimensiones del consumo de drogas con las categorías de los trastornos mentales, para obtener así la respectiva significancia estadística, a un nivel significativo de correlación positiva ($r: +1$) es decir, que cuando más alto sea las dimensiones por el consumo de drogas mayor serán los posibles trastornos mentales.

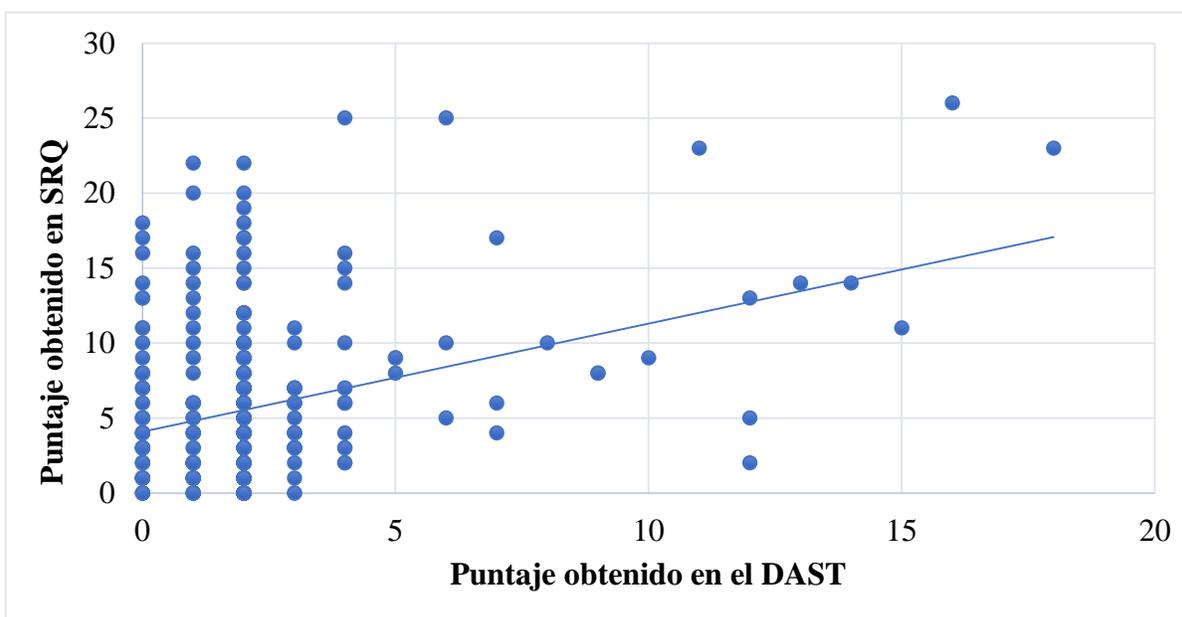


Figura 16. Correlación consumo de drogas y posibles trastornos mentales.

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

5.5.1. Dimensiones del consumo de drogas en relación con el trastorno de depresión.

Tabla 4. Análisis estadístico significativo entre los problemas por el consumo de drogas y el posible trastorno por depresión.

Dimensiones del consumo de drogas.	Trastorno por depresión		
	Correlación de Pearson	0.149	
	Sig. (Bilateral)	0.010	
	Clasificación	Correlación positiva muy débil	

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

En la Tabla 4, el grado de correlación de las dimensiones del consumo de drogas con el trastorno por depresión, para obtener así la respectiva significancia estadística, a un nivel significativo de correlación positiva ($r: +1$) es decir, que cuando más alto sea las dimensiones del consumo de drogas mayor será el trastorno por depresión.

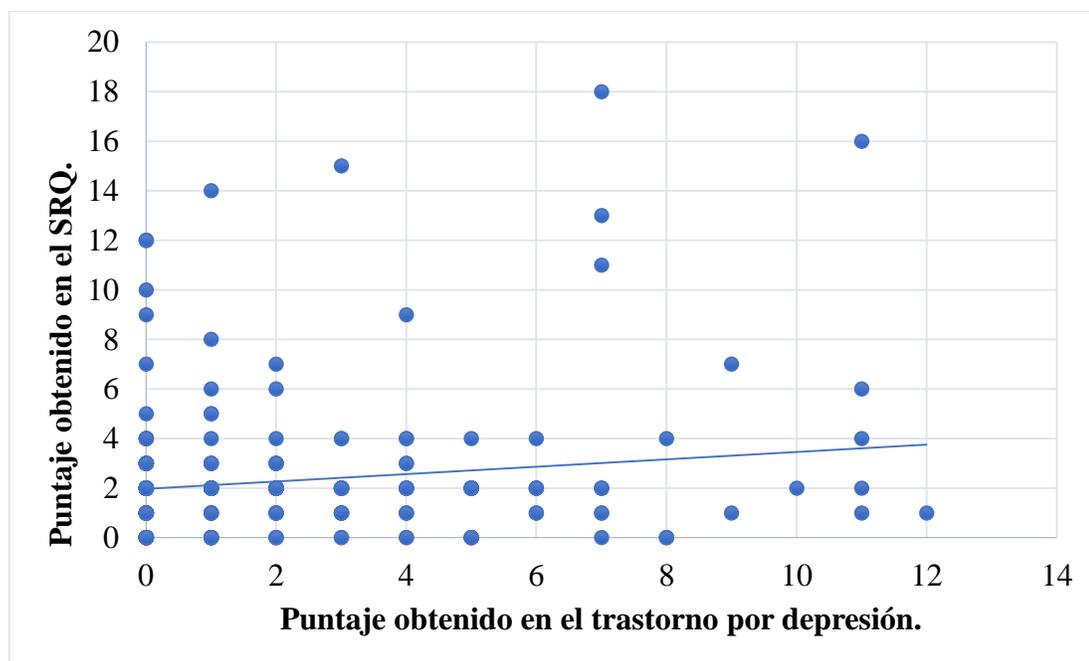


Figura 17. Correlación trastorno por depresión y dimensiones del consumo de drogas

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

5.5.2. Dimensiones del consumo de drogas en relación con el trastorno de estrés postraumático.

Tabla 5. Análisis estadístico significativo entre las dimensiones del consumo de drogas y el posible trastorno por estrés postraumático.

Dimensiones del consumo de drogas.	Trastorno por estrés postraumático	
	Correlación de pearson	0.271
Sig. (Bilateral)	0.000	
Clasificación	Correlación positiva débil	

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

En la Tabla 5, el grado de correlación de las dimensiones del consumo de drogas con el trastorno por estrés postraumático, para obtener así la respectiva significancia estadística, a un nivel significativo de correlación positiva ($r: +1$) es decir, que cuando más alto sea las dimensiones por drogas mayor será el trastorno por estrés postraumático.

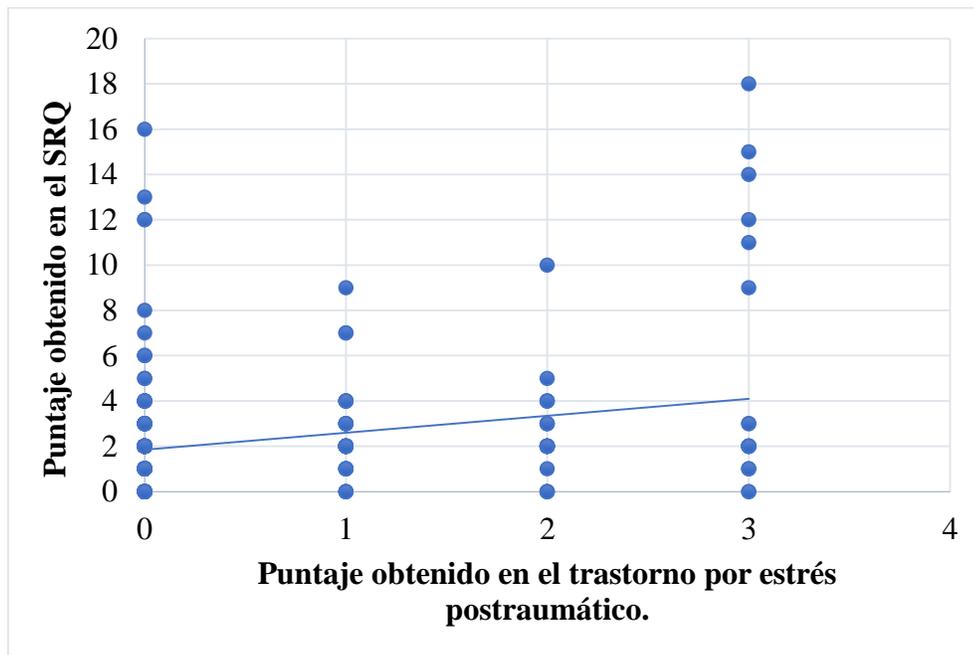


Figura 18. Correlación trastorno por estrés postraumático y dimensione del consumo de drogas

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

5.5.3. Dimensiones del consumo de drogas en relación con el alcohol.

Tabla 6. Análisis estadístico significativo entre las dimensiones del consumo de drogas y su relación con el consumo de alcohol.

Dimensiones del consumo de drogas.	Alcohol	
	Correlación de pearson	0.584
	Sig. (Bilateral)	0.000
	Clasificación	Correlación positiva media

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

En la Tabla 6, el grado de correlación de las dimensiones del consumo de drogas y su relación con el consumo de alcohol, para obtener así la respectiva significancia estadística, a un nivel significativo de correlación positiva ($r: +1$) es decir, que cuando más alto sea las dimensiones del consumo de drogas mayor será el consumo de alcohol.

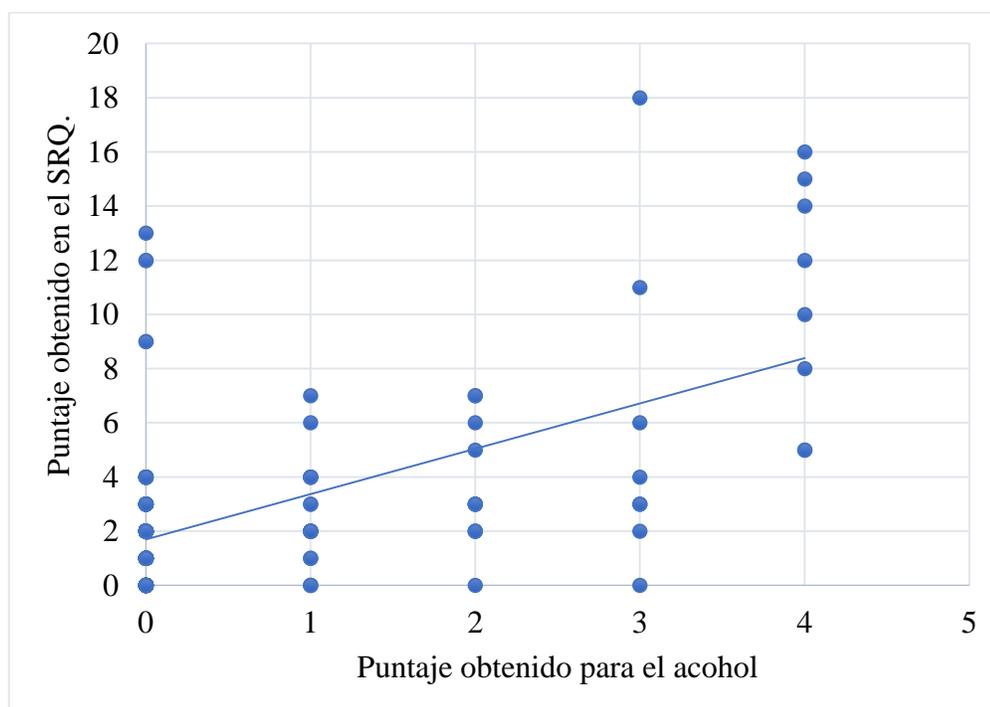


Figura 19. Correlación trastorno por alcohol y dimensiones del consumo de drogas

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

5.6. Jerarquización de las dimensiones del consumo de drogas según trastorno mental

A continuación, se presentan la jerarquización de las dimensiones medidas a través del Test de Evaluación para el Consumo de Drogas que son estadísticamente significativas comparado con los posibles trastornos mentales de mayor prevalencia realizando el análisis de correlación de Pearson (valor – ó +) considerando el 95% de confianza y una significancia bilateral ($\alpha = 0.05$).

Tabla 7. Jerarquización de dimensiones de las dimensiones relacionadas con el consumo de drogas según Ansiedad.

Dimensiones del consumo de drogas	Categorías de trastornos mentales		
	Trastorno por ansiedad		
	Correlación de pearson	Sig. (bilateral)	Clasificación
Problemas médicos	0.164	0.006	Correlación positiva muy débil

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

En la tabla 7, el grado de correlación de una dimensiones de los problemas relacionados con el consumo de drogas con la categoría ansiedad, para obtener así la respectiva significancia estadística, a un nivel significativo de correlación positiva ($r: +1$) es decir, que cuando más alto sea los problemas médicos mayor será el nivel de ansiedad.

Tabla 8. Jerarquización de dimensiones de los problemas relacionados con el consumo de drogas según depresión.

Dimensiones del consumo de drogas	Categorías de trastornos mentales		
	Trastorno por depresión		
	Correlación de pearson	Sig. (bilateral)	Clasificación
Poliusuarios de drogas	0.155	0.007	Correlación positiva muy débil

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

En la tabla 8, el grado de correlación de una dimensión relacionada con el consumo de drogas con la categoría depresión, para obtener así la respectiva significancia estadística, a un nivel significativo de correlación positiva ($r: +1$) es decir, que cuando más alto sea el poliuso de drogas mayor serán los síntomas de depresión.

Tabla 9. Jerarquización de las dimensiones relacionada con el consumo de drogas según alcohol.

Dimensiones del consumo de drogas	Categorías de trastornos mentales		
	Alcohol		
	Correlación de pearson	Sig. (bilateral)	Clasificación
Dependencia de drogas	0.304	0.000	Correlación positiva débil
Problemas sociales	0.617	0.000	Correlación positiva media
Problemas médicos	0.329	0.000	Correlación positiva
Poliuso de drogas	0.312	0.000	Correlación positiva débil
Ayuda previa	0.415	0.000	Correlación positiva débil

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

En la tabla 9, el grado de correlación de cinco dimensiones del consumo de drogas con la categoría alcohol, para obtener así la respectiva significancia estadística, a un nivel significativo de correlación positivo ($r: +1$) es decir, que cuando más alto sea la dependencia de drogas, problemas sociales, problemas médico, poliuso de drogas y ayuda previa, mayor será el nivel alcohol.

Tabla 10. Jerarquización de dimensiones relacionadas con el consumo de drogas según estrés postraumático

Dimensiones del consumo de drogas	Categorías de trastornos mentales		
	Estrés postraumático		
	Correlación de pearson	Sig. (bilateral)	Clasificación
Problemas sociales	0.123	0.034	Correlación positiva muy débil
Problemas médicos	0.142	0.014	Correlación positiva muy débil
Poliuso de drogas	0.240	0.000	Correlación positiva débil

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

En la tabla 10, el grado de correlación de tres dimensiones relacionadas con el consumo de drogas con la categoría estrés postraumático, para obtener así la respectiva significancia estadística, a un nivel significativo de correlación positivo ($r: +1$) es decir, que cuando más alto sea los problemas sociales, problemas médico y poliuso de drogas, mayor será el nivel de estrés postraumático.

Tabla 11. Jerarquización de dimensiones relacionadas con el consumo de drogas según epilepsia.

Dimensiones del consumo de drogas	Categorías de trastornos mentales		
	Epilepsia		
	Correlación de pearson	Sig. (bilateral)	Clasificación
Problemas sociales	0.172	0.003	Correlación positiva muy débil
Problemas médicos	0.227	0.000	Correlación positiva débil
Poliuso de drogas	0.115	0.047	Correlación positiva muy débil
Ayuda previa	0.205	0.000	Correlación positiva débil

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

En la tabla 11, el grado de correlación de cuatro dimensiones relacionadas con el consumo de drogas con la categoría epilepsia, para obtener así la respectiva significancia estadística, a un nivel significativo de correlación positivo ($r: +1$) es decir, que cuando más alto sea los problemas sociales, problemas médicos, poliuso de drogas y ayuda previa, mayor será el nivel de epilepsia.

5.7. Caracterización de los problemas por el consumo de drogas según dimensiones investigadas.

A continuación, se presenta el análisis de las principales dimensiones de los problemas ocasionados por el consumo de drogas, caracterización obtenida para ir más allá de la identificación de un problema de drogas y obtener una estimación fiable de la gravedad del consumo de drogas en la población investigada.

5.7.1. Dependencia de drogas.

Siguiendo los resultados de dependencia a las drogas, el 48% de las personas identificadas con problemas por el consumo de drogas no pueden pasar una semana sin consumir drogas, predominando entre las edades de 51 años a 80 años con un 35.4%, sobresaliendo la población del género masculino con un 56.9% de personas que no pueden pasar una semana sin consumir drogas.

Según los resultados el 31% de las personas identificadas con problemas por el consumo de drogas son incapaces de interrumpir el consumo de drogas cuando quieren, predominando entre las edades de 31 años a 50 años con un 38.7%, sobresaliendo la población del género masculino con un 62.4%.

5.7.2. Ayuda previa

Según los resultados de la población investigada que buscan ayuda previa ante problemas por el consumo de drogas psicotrópicas, tenemos que el 7.7% se ha sentido alguna vez mal por su abuso de las drogas, predominando las personas con rangos de edad entre 18 años a

30 años con el 39%, sobresaliendo el género femenino con el 53.4%, que se han sentido alguna vez mal por su abuso de drogas.

De las personas que buscan ayuda previa ante problemas por el consumo de drogas psicotrópicas tenemos que el 2.3% ha ido alguna vez a pedir ayuda por un problema de drogas, predominando las personas con rango de edad entre 31 años a 50 años con el 33.8%, sobresaliendo el género masculino con el 85.7%, de personas que han ido alguna vez a pedir ayuda por un problema de drogas.

Según los resultados el 2.3% de las personas identificadas con problemas por el consumo de drogas han estado alguna vez en tratamiento por consumo de drogas psicotrópicas, predominando entre las edades de 18 años a 30 años con un 57.1%, sobresaliendo las personas del género masculino con un 100% de personas que han estado alguna vez en tratamiento por consumo de drogas.

5.7.3. Poliuso de drogas

Según los resultados de la población investigada de acuerdo a la práctica de poliuso de drogas, tenemos que el 12.7% ha consumido más de una drogas psicotrópicas, predominando las personas con rangos de edad entre 31 años a 50 años con el 44.7%, sobresaliendo el género masculino con el 63.2% de personas que han consumido más de una droga psicotrópica.

5.7.4. Problemas sociales

Según los resultados de la población investigada en cuanto a los problemas sociales causados por el consumo de drogas, tenemos que el 9.3% reportan las quejas de sus padres, pareja o amigos a causa de su consumo de drogas, predominando las personas con rangos de edad entre 18 años a 30 años con el 42.9%, sobresaliendo el género masculino con el 96.4% que reportan quejas de sus padres, parejas o amigos a causa de su consumo de drogas.

Siguiendo la misma línea de los problemas sociales ocasionados por el consumo de drogas vemos que el 7.3% de la población investigada alguna vez a tenido problemas con sus

padres o pareja, prevaleciendo la población entre las edades de 31 años a 50 años con el 47.8%, destacando las personas del género femenino con el 91.3% de sujetos que alguna vez han tenido problemas con sus padres o pareja.

Por otro lado los problemas sociales por el consumo de drogas nos revelan que el 10.7% de las personas identificadas por consumo de drogas han perdido alguna vez amigos debido a su consumo de drogas, prevaleciendo entre las edades de 31 años a 50 años con el 40.6%, sobresaliendo las personas del género masculino con el 84.4% de personas que han perdido alguna vez amigos debido a su consumo de drogas.

Los problemas sociales por el consumo de drogas también nos muestran que el 6% de la población investiga ha desatendido alguna vez a su familia o no asistió a su trabajo a causa de su consumo de drogas, predominando las personas entre las edades de 18 años a 30 años con el 44.4%, sobresaliendo el género masculino con el 100% de personas que ha desatendido alguna vez a su familia o no asistió a su trabajo a causa de su consumo de drogas.

Continuando con la dimensión sociales y con las personas identificadas con problemas por el consumo de drogas, vemos que el 4% ha tenido alguna vez problemas en el trabajo a causa de su consumo de drogas, prevaleciendo entre las edades de 51 años a 80 años con el 41.7%, destacando el género masculino con el 100% de personas que ha tenido alguna vez problemas en el trabajo a causa de su consumo de drogas.

La población objeto de estudio identificada por el consumo de drogas también presentan problemas sociales en cuanto a las pérdidas de trabajo, se reporta que el 3% ha perdido alguna vez un trabajo a causa del consumo de drogas, predominando entre las edades de 51 años a 80 años con el 44.4%, sobresaliendo el género masculino con el 100% de personas que han perdido alguna vez un trabajo a causa del consumo de drogas.

Siguiendo la dimensión de los problemas sociales y su relación con el consumo de drogas, nos muestran que parte de la población objeto de estudio se ha metido en alguna pelea

cuando estaba bajo la influencia de las drogas o alcohol con un 5.7%, prevaleciendo entre las edades de 18 años a 30 años con el 47.1%, sobresaliendo el género masculino con el 100% de personas que se han metido en alguna pelea cuando estaba bajo la influencia de las drogas o alcohol.

También la dimensión social, nos revela que el 2.3% de la población identificada por problemas de drogas se ha involucrado en actividades ilegales para conseguir drogas, predominando entre las edades de 18 años a 30 años con el 57.1%, sobresaliendo el género masculino con el 85.7% de personas que se han involucrado en actividades ilegales para conseguir drogas.

Por último, los problemas sociales también nos muestran que la población investigada reporta el 1.3% ha sido arrestado alguna vez por posesión de drogas, predominando entre las edades de 18 años a 30 años con el 75%, sobresaliendo el género masculino con el 100% de personas que se han sido arrestado alguna vez por posesión de drogas.

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

DISCUSIÓN

Una vez presentado en la sección anterior los resultados de la investigación, procede ahora la discusión de los mismos, retomando los principales hallazgos en función a los objetivos, resulta conveniente contrastarlos con la teoría expuesta en la investigación.

Este estudio reportó que los principales síntomas de trastornos mentales que prevalecen en el departamento de Lempira es el estrés postraumático con un 31%, y en segundo lugar la depresión con el 20.3%, seguido de los trastornos por el consumo de drogas y el trastorno de ansiedad. Esta prevalencia del trastorno por estrés postraumático se puede relacionar con las investigaciones realizadas por el Instituto Universitario en Democracia, Paz y Seguridad (IUDPAS, 2016) que reportó altos índices de homicidio en este departamento del país, solo en el 2015 se reportó 182 casos de homicidio, lo que determina 54.6 homicidios por cada cien mil habitantes, siendo la ciudad de Gracias el municipio de mayor cantidad de homicidios con el 67.7%, por otro lado en el año 2016 las cifras de casos de homicidio no variaron mucho, mismas investigaciones realizadas de enero hasta junio del presente año reportaron 80 casos de muertes violentas por homicidio principalmente en el municipio de Gracias, por lo que no es de extrañar que los síntomas por estrés postraumático prevalezcan en el departamento de Lempira de manera significativa en comparación con otros síntomas de trastornos mentales.

No es sorpresa que el trastorno por estrés postraumático a causa de la violencia y homicidios prevalezca en los últimos años, sobre todo en los países americanos. Según el informe OMS/OPS (2014) citado por IUDPAS (2016), revela que en el año 2012, el continente americano ocupa el primer lugar a nivel mundial con una tasa de 28.5 homicidios por cada cien mil habitantes, datos que se relacionan con los homicidios a nivel nacional, se estima que durante el periodo años del 2004 a 2012 y 2015 la tasa de homicidios fue creciente en el país hasta llegar a 60 homicidios por cada cien mil habitantes, Honduras reportó 31.5 puntos más de homicidios por cada cien mil habitantes de lo que reportó OMS.

Este estudio también reveló que el segundo trastorno que prevalece en Lempira es el trastorno por depresión seguido del trastorno por el consumo de drogas y el trastorno por ansiedad, esto se puede relacionar con los resultados proporcionados por la OMS (2001), que en su informe sobre la salud en el mundo estima que alrededor de 450 millones de personas padecen de trastornos mentales, donde la depresión alcanza un 10.4% y su variante unipolar un 2.5%, en el caso el alcoholismo existe un 2.7% de la población que presenta dicho trastorno, por su parte el tabaquismo asciende a un 20% y la ansiedad a un 7.9%. Estos datos se pueden relacionar con el plan 2021 que revela que en Honduras los problemas de salud mental más frecuentemente diagnosticados en la red de atención primaria son: trastornos depresivos (27%), trastornos neuróticos (9%), trastornos del desarrollo psicológico (6%), (Secretaría de Salud, 2005).

Esta prevalencia también se puede argumentar con las atenciones realizadas en el hospital psiquiátrico Santa Rosita, donde se pudo constatar que nueve de los departamentos del país son los de mayor demanda en atenciones por el consumo de alcohol y drogas, entre los departamentos de mayor demanda esta Francisco Morazán, Comayagua, Cortés, el Paraíso, Lempira, la Paz, Olancho y en menor demanda Santa Bárbara y Choluteca (Hospital Psiquiátrico Santa Rosita, 2014). Según la UNODC (2016), reportó que a nivel mundial el consumo de droga se incrementa proporcionalmente al crecimiento de la población mundial, Sin embargo a partir del 2010 el consumo del cannabis, cocaína y anfetaminas ha aumentado en algunas subregiones, especialmente de América del Norte y Europa occidental y central.

Esta prevalencia de síntomas de trastornos mentales reportada en el departamento de Lempira se puede sustentar con lo expuesto por la organización médica colegial de España que revela que hay indicios que 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 (Organización Médica Colegial de España, 2016).

Lo antes mencionado se relaciona con la situación actual del departamento de Lempira ya que según PNUD (2009), mediante su Informe sobre Desarrollo Humano Honduras el departamento de Lempira es y ha sido el departamento con menores niveles de desarrollo en el país, lo cual lo sitúa entre los departamentos más pobres de Honduras. Esto podría explicar el incremento de trastornos mentales en este departamento del país, estos datos del Informe de Desarrollo Humano en el departamento de Lempira se pueden relacionar con los informes de la (OMS, 2013), que sugieren que los trastornos mentales van de la mano de las carencias socioeconómicas, por lo que no es de sorprender que la sintomatologías de posibles trastornos mentales prevalezcan en este departamento del país.

La prevalencia de posibles padecimientos mentales en el departamento de Lempira son el claro reflejo de la situación del país, según el PNUD (2009), Honduras constituye el menor logro en el área de salud en centro américa, el único país de la región que no supera los 70 años de vida, esto refleja que el sistema de salud del país es precario y las muertes por homicidios son constantes, también Honduras presenta los ingresos más bajos del área, lo que constituye los niveles de pobreza que atraviesa el país, todo esto podría estar ocasionando estas prevalencias de posibles trastornos mentales en el país.

Esta investigación también nos da resultados de la prevalencia de los problemas relacionados por el consumo de drogas en el departamento de Lempira, reportando que el 14.3% de la población presenta problemas por el consumo de drogas, estos datos se pueden relacionar con las investigaciones del PNUD (2009), que reveló que el departamento de Lempira presenta los menores niveles de desarrollo en el país, por lo que esta prevalencia de problemas de drogas en el departamento de Lempira puede estar relacionado con su bajo índice de desarrollo humano. Según UNODC (2016), expone que los problemas de las drogas están ligados a todos los aspectos del desarrollo social, desarrollo económico, sostenibilidad ambiental, sociedades pacíficas, justas e inclusivas.

También se puede relacionar esta prevalencia de personas con problemas de drogas en el departamento de Lempira con los expuesto por el Instituto Hondureño para la Prevención del Alcoholismo, Drogadicción y Farmacodependencia y la Universidad Nacional Autónoma de Honduras (IHADFA, 2002), que indican un incremento considerable de

personas que consumen drogas en nuestro país. También datos de la UNODC (2016), estima un incremento del consumo de drogas a nivel mundial en los últimos años y reporta que de cada 20 personas de edades comprendidas entre los 15 y 64 años, consumieron drogas ilícitas en 2013.

Este estudio también revela que el principal problema por el consumo de drogas en el departamento de Lempira es la dependencia del consumo de drogas con el 55.7%, seguido de problemas sociales con un 16%, estos resultados se pueden relacionar con lo expuesto por la OMS (2013), que expresa que la dependencia de sustancias es multifactorial y está determinada por factores psicosociales, culturales y ambientales, esto puede explicar los resultados de prevalencia por dependencia de drogas partiendo de los problemas del departamento de Lempira en cuanto al índice de desarrollo humano, que se refleja en pobreza, desempleo y homicidios frecuentes, estos factores podrían ser causales de los problemas por dependencia de drogas. Por otro lado el Instituto Hondureño para la Prevención del Alcoholismo, Drogadicción y Farmacodependencia (IHADFA, 2013), revela que el inicio del consumo de drogas en el país se da en etapas tempranas de la vida, esto ocasiona que los jóvenes desarrollen dependencia a las mismas en la edad adulta (Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE), 2006, pp 5-16). Por lo cual no es de extrañar esta prevalencia de dependencia a las drogas en el país y en específico en el departamento de Lempira.

Asimismo, los problemas sociales constituyen el segundo mayor problema ocasionado por el consumo de drogas en el departamento de Lempira. Según la APA (2013) el deterioro social por el consumo puede llevar a la persona a seguir consumiendo a pesar de tener problemas recurrentes o persistentes en la esfera social o interpersonal causada o exacerbada por los efectos de consumo drogas. Esto se puede argumentar con lo expuesto por el PNUD (2009) que reporta altos índices de violencia en el departamento de Lempira.

Otro resultado interesante de la investigación es el análisis mediante la prueba de Pearson donde se obtuvo correlación positiva para los problemas del consumo de drogas con los posibles trastornos mentales, es decir, que cuando más alto sea los problemas por el

consumo de drogas mayor serán los posibles trastornos mentales. Estos datos se pueden relacionar con el estudio que se realizó en una población general por Epidemiologic Catchment Area, 1990-1994, citados por Gómez, 2010 que reportaron que aquellos que padecen un trastorno mental, presentan una prevalencia de abuso o dependencia a las drogas. Siempre en esta misma investigación, refiere que los sujetos dependientes de las drogas presentan un riesgo 4 veces mayor de padecer otro trastorno mental asociado.

También se puede contrastar con las atenciones realizadas en los dos principales hospitales psiquiátricos del país Dr. Mario Mendoza y el Hospital Nacional Santa Rosita, que determinaron que el consumo de drogas es una de las mayores causas de trastornos mentales de la población hondureña, también dicha investigación refleja el incremento por año de los trastornos mentales por el consumo de drogas (Hospital Psiquiátrico Santa Rosita 2014; Hospital Psiquiátrico Mario Mendoza, 2014).

Las prevalencias de los trastornos mentales cada año va en aumento en nuestro país y en gran parte su prevalencia se relaciona con el consumo de drogas como un importante predictor de los mismos, según las investigaciones del IHADFA, el consumo de drogas legales e ilegales en los jóvenes se ha incrementado en los últimos años con mayor énfasis a partir del año dos mil. Según la UNODC (2016), 247 millones de personas consumieron drogas en el 2015, de los cuales el 29 millones padecen trastornos relacionados con las drogas, pero solo 1 de cada 6 personas reciben tratamiento.

La investigación también revela que mediante el análisis de la prueba de pearson se obtuvo correlación positiva en cuanto a los problemas por el consumo de drogas, con los trastornos mentales por depresión, estrés postraumático, epilepsia, alcohol y drogas. Es decir, que cuando más alto son los problemas por el consumo de drogas mayor es la posibilidad de presencia de estos trastornos mentales. Estos resultados se relacionan con las investigaciones de National Survey of Mental Health and Well Being, Burns, citados por (Gómez, 2010), donde reportan que el 36.5% de los que presentaban un trastorno por uso de alcohol o drogas presentaban un trastorno mental asociado, siendo los más frecuentes la depresión, trastorno de ansiedad generalizada y el trastorno por estrés postraumático.

En este apartado se presentan los resultados de las características sociodemográficas de personas con posibles trastornos mentales, asimismo, se determinaron estas mismas características en personas con problemas por el consumo de drogas, dado su naturaleza ambas problemáticas de salud mental se encuentran relacionadas entre sí, por lo tanto es conveniente hacer comparaciones de prevalencias de ambas problemáticas a la luz de las características sociodemográficas.

En cuanto al género, este estudio ha demostrado que la prevalencia en cuanto al género masculino con posibles trastornos mentales es del 55%, en cambio el género femenino presenta una prevalencia de posibles trastornos mentales del 53%, también este estudio revela que en cuanto a las dimensiones por drogas vemos que el género masculino con problemas por el consumo de drogas es del 25%, en cambio el género femenino presenta una prevalencia de problemas por el consumo de drogas del 3%. Este estudio revela que la prevalencia de los posibles trastornos mentales y la prevalencia de los problemas por el consumo de drogas es mayor en el género masculino, estos resultados se pueden relacionar con las atenciones realizadas en el Hospital Psiquiátrico Santa Rosita (2014), que reporta que las atenciones por trastornos mentales es mayor en el género masculino con el 74%, en comparación con un 26% del género femenino.

Esta alta prevalencia de la población masculina en el departamento de Lempira en cuanto a los problemas por el consumo de drogas también se puede relacionar con las investigaciones en institutos de educación media por parte del IHADFA, que revelan que el mayor consumo drogas se encontró en estudiantes del género masculino, a excepción del consumo de estimulantes y tranquilizantes que se presenta más en el género femenino (IHADFA, 2013). Estos resultados también se relacionan con lo que dice el Plan Nacional sobre Drogas (2002), que manifiesta que ser varón es un factor de riesgo para el consumo de drogas, especialmente las drogas ilegales, dado que el consumo de las drogas legales actualmente es semejante entre varones y mujeres.

Lo antes expuesto nos da luces del impacto del consumo de drogas en la salud mental de la del departamento de Lempira, en específico en los pobladores del género masculino, la prevalencia de posibles trastornos mentales en los hombres de este departamento, sin lugar a dudas se relaciona en gran medida a los problemas por el consumo de drogas. Esto se puede argumentar con lo que revelan los principales hospitales psiquiátricos del país que reportaron que el consumo de alcohol y drogas es el principal problema generador de los padecimientos mentales, en el país, prevalencia que va en aumento cada año (Secretaría de Salud, 2011; Hospital Psiquiátrico Santa Rosita, 2014; Hospital Psiquiátrico Mario Mendoza, 2014). Por otro lado Gómez (2010), refiere que el 36.5% de los trastornos por uso de alcohol o drogas presentan un trastorno mental asociado, siendo los más frecuentes la depresión, trastorno de ansiedad generalizada y el trastorno por estrés postraumático.

A continuación se presentan los rangos de edad con mayor prevalencia de trastornos mentales y de los problemas por el consumo de drogas en el departamento de Lempira. Esta investigación ha demostrado que los rangos de edad de 76 años a 80 años con posibles trastornos mentales es del 92%, en cuanto a los rangos de edad de 31 años a 35 años con posibles trastornos mentales es del 79%, y finalmente los rangos de edad de 71| años a 75 años con posible trastornos mentales es del 69%. Por otro lado muestra que la prevalencia de los rangos de edad de 71 años a 75 años con problemas por el consumo de drogas es del 29%, en cuanto a los rangos de edad de 41 años a 45 años con problemas por drogas es del 28%, y finalmente los rangos de edad de 66 años a 70 años con problemas por drogas es del 27%. Este estudio revela que la prevalencia de los posibles trastornos mentales y la prevalencia de los problemas por el consumo de drogas son mayor entre las personas de la tercera edad.

Estos resultados de la prevalencia de acuerdo a los rangos de edad en el departamento de Lempira nos revelan que los bloques de edad presentan el mismo patrón de prevalencia tanto para los problemas por drogas así como para los posibles trastornos mentales, por lo cual no es de sorprenderse que el consumo de drogas sea uno de los mayores causantes de los padecimientos mentales en este departamento. Según los principales hospitales psiquiátricos del país revelan que el consumo de alcohol y drogas es el principal problema

generador de los trastornos mentales en el país, prevalencia que va en aumento cada año (Secretaría de Salud, 2011; Hospital Psiquiátrico Santa Rosita, 2014; Hospital Psiquiátrico Mario Mendoza, 2014).

En esta investigación la mayor prevalencia se encontró entre los rangos de edad de 71 años a 75 años, de personas que reconocen el consumo de drogas como un problema para sus vidas, esta característica recae en una fase motivacional llamada contemplación, esta característica se da en las personas consumidoras de drogas que están conscientes de que existe un problema y están considerando empezar a afrontarlo, aunque no hay compromiso de tomar acción (Departamento de salud y servicios humanos de los E.E.U.U, 1999). Estos resultados se justifican con el inicio del consumo de drogas ya que entre más joven se comienza el consumo de drogas es más posible que llegue a niveles de problemas por abuso y dependencia en su adultez (CONACE, 2006, pp 5-16).

Según las investigaciones del IHADFA revelan que la edad de inicio del consumo de drogas en el país es de 13 años para drogas legales y 14 años para drogas ilegales (IHADFA, 2013), por lo cual no es de sorprenderse que los jóvenes o menores de edad del departamento de Lempira que iniciaron el consumo de drogas a corta edad, ya en su adultez desarrollen dependencia y puedan contemplar esta problemática a raíz de los problemas sociales, médicos, poli-usos de drogas, y tengan la necesidad de buscar ayuda de algunos centros de atención para drogodependientes.

En cuanto a la procedencia geográfica y su relación con los posibles trastornos mentales se puede observar que en el departamento de Lempira, la prevalencia del área urbana con posibles trastornos mentales es del 51%, en cambio la prevalencia del área rural con posibles trastornos mentales es del 57%. Por otro lado la prevalencia del área urbana con problemas por el consumo de drogas es del 9%, en cambio la prevalencia del área rural con problemas por el consumo de drogas es del 20%. Este estudio revela que la prevalencia de los posibles trastornos mentales y la prevalencia de los problemas por el consumo de drogas es mayor en el área rural del departamento de Lempira. Estos resultados se pueden relacionar con los resultados del INE (2013), en estudios sobre algún retraso o deficiencia

mental en el departamento de Lempira, donde se reportó que en el área rural se encuentra el 95% de estos padecimientos en cambio en el área urbana solo representó el 5%. Por lo cual no es de sorprenderse de estos resultados de prevalencia en el área rural del departamento de Lempira.

Estos datos también se pueden relacionar con los problemas socioeconómicos del área rural, según OMS (2013), sugiere que los trastornos mentales van de la mano de las carencias socioeconómicas. Según el PNUD (2009), en su informe sobre desarrollo humano Honduras, revela que el departamento de Lempira es uno de los departamentos con menores niveles de desarrollo humano, sin lugar a dudas la pobreza del departamento de Lempira se ve atenuada en el área rural, lo cual podría explicar los posibles trastornos mentales.

En cuanto a la mayor prevalencia de los problemas por el consumo de drogas identificados en el área rural del departamento de Lempira, esto podría deberse a lo que revela los informes del PNUD, que el departamento de Lempira es uno de los departamentos con los menores niveles de desarrollo humano, y más atenuado en el área rural, este informe se puede relacionar con lo que expresa la UNODC (2016), que refiere que en las zonas rurales que se presentan problemas socioeconómicos como la pobreza y la falta de medios de vida sostenibles son factores de riesgo importantes que llevan a sus pobladores a caer en la drogodependencia, por otro lado las investigaciones indican que la falta de desarrollo rural propicia que los agricultores se dediquen a los cultivos de drogas a gran escala para mejorar su situación económica, este fenómeno que ocurre en el área rural obedece al bajo nivel de desarrollo humano, lo antes expresado también sugiere que la sintomatología mental identificada en el área rural obedece en parte a los problemas por el consumo de drogas, según Gómez (2010), refiere que el 36.5% de los trastornos por uso de alcohol o drogas presentan un trastorno mental asociado, siendo los más frecuentes la depresión, trastorno de ansiedad generalizada y el trastorno por estrés postraumático.

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos indican que el posible trastorno mental que prevalece en el departamento de Lempira es el trastorno por estrés postraumático, seguido por la depresión, la ansiedad, consumo de drogas, consumo de alcohol y la epilepsia en ese orden de frecuencia. Lo anterior nos muestra que la salud mental de la población del departamento de Lempira está seriamente afectada.

En cuanto a los posibles trastornos mentales según género este estudio ha demostrado que la prevalencia del género masculino con posibles trastornos mentales es del 55%, en cambio el género femenino presenta una prevalencia de posibles trastornos mentales del 53%, Los hombres obtuvieron un margen apenas del 2% por encima del género femenino, lo cual nos muestra que tanto los hombres como las mujeres del departamento de Lempira son afectados de manera significativa por los posibles trastornos mentales.

Según los rangos de edad, esta investigación ha demostrado que las edades con mayor prevalencia de posibles trastornos mentales se encuentran en los rangos de 76 años a 80 años con 92%. En cuanto a los rangos de edad de 31 años a 35 años con posibles trastornos mentales es del 79%, y finalmente los rangos de edad de 71 años a 75 años con posible trastornos mentales es del 69%. Lo que nos muestra que los adultos medios y mayores son más vulnerables a padecer posibles trastornos mentales en el departamento de Lempira. Sin embargo los márgenes de prevalencia entre estos tres rangos de edad no son muy distantes, por lo cual se puede deducir que la mayor parte de la población adulta del departamento de Lempira puede presentar posibles síntomas de trastornos mentales.

En cuanto a los trastornos mentales según procedencia geográfica se puede observar que en el departamento de Lempira, la prevalencia del área urbana con posibles trastornos mentales es del 51%, en cambio la prevalencia del área rural con posibles trastornos mentales es del 57%. Lo cual revela que la mayor concentración de

pobladores con posible sintomatología mental se encuentra en el área rural de del departamento de Lempira. Sin embargo hay un porcentaje significativo en el área urbana de pobladores con posibles padecimientos mentales.

También los resultados obtenidos indican que el problema por el consumo de drogas que prevalece en el departamento de Lempira es la dependencia de las drogas, seguido de los problemas sociales, poliuso de drogas, ayuda previa y problemas médicos en ese orden de frecuencia. Lo anterior nos muestra que los problemas ocasionados por el consumo de drogas se han exacerbado en el departamento de Lempira llegando a serios problemas de dependencia a la misma.

En cuanto a los problemas por el consumo de drogas según género revela que el género masculino con problemas por el consumo de drogas es del 25%, en cambio el género femenino presenta una prevalencia de problemas por el consumo de drogas del 3%. Esto muestra que la población masculina es seriamente afectada por los problemas ocasionados por el consumo de drogas en el departamento Lempira.

Según los rango de edad en este estudio, se presentan los de mayor prevalencia, esta investigación ha demostrado que los problemas por el consumo de drogas según rango de edad son los siguientes, de 71 años a 75 años con problemas por el consumo de drogas es del 29%, en cuanto a los rangos de edad de 41 años a 45 años con problemas por drogas es del 28%, y finalmente los rangos de edad de 66 años a 70 años con problemas por drogas es del 27%. Lo que nos muestra que los adultos medios y adultos mayores son más vulnerables a padecer los problemas por el consumo de drogas en el departamento de Lempira.

En cuanto a los problemas por el consumo de drogas según procedencia geográfica se concluye que la prevalencia del área urbana con problemas por el consumo de drogas es del 9%, en cambio la prevalencia del área rural con problemas por el consumo der drogas es del 20%. Lo cual revela que la mayor concentración de pobladores con problemas por el consumo de drogas se presenta en el área rural de Lempira.

También se concluye mediante el análisis de la prueba de Pearson donde se obtuvo correlación positiva para los problemas del consumo de drogas con los posibles trastornos mentales, es decir, que cuando más alto sea los problemas por el consumo de drogas mayor serán los posibles trastornos mentales.

RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES

1. Se recomienda utilizar estos nuevos datos de la situación del departamento de Lempira para la elaboración de propuestas en salud mental y prevención del consumo de drogas, donde los recursos de las instituciones encargadas sean destinados en conformidad a las características sociodemográficas detectadas con los posibles trastornos mentales y con los problemas por el consumo de drogas en el departamento de Lempira.
2. Asimismo, estos resultados podrían contribuir a la formación del personal encargado de las intervenciones preventivas sobre todo a entender la correlación directa y estrecha de los problemas por el consumo de drogas con los posibles trastornos mentales en este departamento del país.
3. Es recomendable que las instituciones encargadas realicen e implementen un sistema de seguimiento, evaluación y control que permita monitorear este departamento del país y crear proyectos de prevención a partir de los datos reportados por esta investigación, debido a que en la actualidad se desconocen o no se realizan estos procesos evaluativos.
4. Partiendo que la salud mental es un fenómeno multidimensional y que las teorías fundamentales han sido elaboradas en los países desarrollados, se recomienda que estos nuevos datos se vuelvan prioritarios para aportar a nuevas conceptualizaciones y teorías que se ajuste a nuestra realidad nacional en materia de salud y concretamente en el tema de salud mental.
5. Se vuelve prioritario establecer una coordinación permanente y oficial, donde puedan participar tanto instituciones públicas como privadas del sector social, organizaciones comunitarias, organismos internacionales y otros con el propósito de realizar acciones conjuntas que den solución a los problemas derivados de los padecimientos mentales en esta investigación.

6. Es necesario continuar realizando investigaciones sobre los problemas de salud mental, tanto de los trastornos mentales, así como de los problemas que ocasionan el consumo de drogas en Honduras, para mantener un conocimiento actualizado y más profundo y poder implementar políticas y estrategias institucionales.
7. Los resultados de este estudio deben de ser divulgados entre todas aquellas instituciones y organizaciones comprometidas en contribuir con la solución de los problemas derivados del consumo de drogas, así como de las instituciones públicas y privadas garantes de la salud mental en el país.
8. Se recomienda planificar y ejecutar programas de prevención integral en el departamento de Lempira, que permitan fortalecer los factores de protección para prevenir el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, desde temprana edad.
9. Entender la complejidad de este problema relacionado con los factores de riesgo que prevalecen en el consumo de drogas, nos permitirá comprender que la gestión del conocimiento debe ser un proceso que involucre a todos los actores que participan en las acciones preventivas del consumo de estas sustancias adictivas, generando aprendizaje, capaces de propiciar transformaciones en la sociedad; seguidamente la gestión de la organización debe tener la capacidad de establecer una coordinación interinstitucional permanente con las diversas instituciones que contribuyen a la disminución de dichos factores de riesgo a través de acciones educativo-preventivas del consumo de drogas.

FUENTES BIBLIOGRÁFICAS

FUENTES BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association (APA). (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5*. Barcelona : Masson.
- Abeldaño, R., y Fernández, R. (2016). *Salud Mental en la comunidad en situaciones de desastre*. Una revisión de los modelos de abordaje en la comunidad. (U. N. Córdoba, Ed.) *Ciencia & Saúde colectiva*, 21(2), 02-10.
- Bachman, J. G., Johnston, L. D., O'Malley, P. M., & Humphrey, R. H. (1988). *Differentiating the effects of perceived risks, disapproval, and general lifestyle factors*. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>
- Constitución Política de la República de Honduras. (1982). Capítulo VII de la salud.
- Climent, C., y Guerrero, M. (1990). “*Como Proteger a sus Hijos de las Drogas*”. Bogotá, Colombia. Editorial Leyer LTDA.
- Colegio de Psicólogos de Honduras (COPSIH) y Asociación de Psiquiatría en Honduras, (2013). *Servicios de salud pública, Honduras, Tegucigalpa*.
- Código de Salud, Acuerdo 65-91. (1991). TITULO IV Vigilancia y Control Epidemiológico (Art. 177) y Desastres y Emergencias (Art. 185). Honduras.
- Chirinos-Flores, A., Munguía-Matamoros, A., Lagos-Velásquez, A., Salgado-David, J., Reyes-Ticas, A., Padgett-Moncada, D., Donaire-Garcia, I. (2002). Prevalencia de los Trastornos Mentales en la población mayor de 18 años en 29 comunidades urbanas en Honduras, 2001. *Revista Médica Postgrado UNAH*, 7(1), 42-48.
- Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes. (CONACE). (2006). *El ABC de la prevención temprana del consumo de drogas: Aspectos teóricos y prácticos para la utilización del material preventivo*. Primera parte, pp. 5-16.

Departamento de Salud y Servicios Humanos de los E.E.U.U. (1999). *Mejorando la motivación para el cambio en el tratamiento de abusos de sustancias*. E.E.U.U: Junta Editorial.

Gómez, F. M. (2007). *Concepto de Enfermedad Mental*. Barranquilla, Colombia: Facultad de Psicología, Cooperación Universitaria de la Costa.

Gómez, C. P. (2010). *Manual de adicciones para médicos especialistas en formación*. España: Socidrogalcohol.

Hospital Psiquiátrico Mario Mendoza. (2014). Departamento de Estadística . Tegucigalpa.

Hospital Psiquiátrico Santa Rosita. (2014). Departamento de estadística. Tegucigalpa.

Hernández, S., Fernández, C., y Pilar, B. (2014). *Metodología de la Investigación*. México D.F.: McGRAW-HILL.

Instituto Hondureño para la Prevención del Alcoholismo, Drogadicción y Farmacodependencia (IHADFA). Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH). (2002). Prevalencia del consumo de drogas en estudiantes de educación secundaria a nivel nacional. Tegucigalpa, Honduras.

Instituto Hondureño para la Prevención del Alcoholismo, Drogadicción y Farmacodependencia (IHADFA). (2004). Consumo de drogas y salud mental en Honduras. Tegucigalpa.

Instituto Hondureño para la Prevención del Alcoholismo, Drogadicción y Farmacodependencia (IHADFA). (2013). Prevalencia del Consumo de Drogas en Institutos Públicos de educación secundaria del distrito central. Tegucigalpa, Honduras.

Instituto Nacional de Estadística. (2013). Censo de XVII población y vivienda. Honduras.

- Instituto Universitario en Democracia, Paz y Seguridad (IUDPAS). (2015-2016). *Mortalidad y Otros*. Honduras, Tegucigalpa.
- Instituto Hondureño para la Prevención del Alcoholismo Drogadicción y Farmacodependencia (IHADFA). (2014). *Consumo de Drogas y Alcohol*. Honduras, Tegucigalpa.
- Instituto Hondureño para la Prevención del Alcoholismo Drogadicción y Farmacodependencia (IHADFA). (2014). *Marco Legal de Honduras del consumo de drogas*. Honduras, Tegucigalpa.
- Klerman, G. L. (1986). The National Institute of Mental Health — Epidemiologic Catchment Area (NIMH-ECA) program. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 21, 159-166.
- Mechon, J. U. (2000). *Trastornos Afectivos*. Madrid, España: Grupo Aula Médica.
- Molina-Cruz, L., y Medina-Hernández, M. T. (2003). Prevalencia e incidencia de las epilepsias en honduras. *Revista de los Postgrados de Medicina de la UNAH*, 8 (2), 40-52.
- Muñoz, R., José, G. (2000). Estudio Exploratorio de los Factores de Riesgo y de Protección Psicosociales Asociados al Consumo de Drogas en la Población Infanto-Juvenil de la Red de Centros de Protección de Menores de la Comunidad de Madrid.
- Mueser K. T., Drake, R.E. y Miles, K.M. (1997). The course and treatment of substance use disorders in persons with severe mental illness. En: Treatment of drug-dependent individuals with comorbid mental disorders. *NIDA Research Monograph*, 172, 86-109.

- Ortega, R., y Mínguez, V. (1990). *Actitudes hacia la droga en los alumnos de E.G.B. de la Región Murciana*. Universidad de Murcia, España.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (1994). *Cuestionario de Auto Reporte (SRQ)*. Ginebra: Ediciones de la OMS.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2001). *Informe sobre la salud en el mundo 2001, Salud Mental nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Ginebra.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2009). *Estrategia y Plan de Acción sobre Salud Mental*. Washington, D.C. EUA.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2006). *Informe sobre los Sistemas de Salud Mental en Nicaragua, El Salvador y Guatemala..* Washington, D.C. EUA.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2013). *Plan de acción sobre salud mental 2013-2020*. .Ginebra: Ediciones de la OMS.
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC). (2015). *Informe mundial sobre las drogas*. Ginebra
- Organización Médica Colegial de España. (2016). *Médicos y pacientes*. Recuperado de <http://www.medicosypacientes.com/articulo/los-trastornos-mentales-afectan-al-10-por-ciento-de-la-población-mundial>.
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC). (2016). *Informe mundial sobre las drogas*. Ginebra
- Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA). (2006). *Informe anual 2004. El problema de la drogodependencia en la UE y en Noruega*. Disponible en URL [consultado 02/05/2008]: annualreport.emcdda.eu.int/es/home-es.

- Peggy, L., Peterson, J., David, H., Richard, F. (1992). Evaluating Comprehensive Community Drug Risk Reduction Interventions. Design Challenges and Recommendations. US.
- Pollard, J (1997). Risk and protection: Are both necessary to understand diverse behavioral outcomes in adolescence. US.
- Plan Nacional sobre Drogas. (2002). *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas*. España, Madrid.
- Pereira, L. A. (Febrero de 2008). *Concepto de salud mental*. Recuperado de Biblio tesis. Recuperado <http://biblioteca.icap.ac.cr/BLIVI/TESIS/2008/>.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). (2009). *Informe sobre el Desarrollo Humano*, Honduras. San José, Costa Rica: Litografía e Imprenta Lil, S.A
- Ruiz, C., Lozano, S., Polaino, L. (1994). *Factores Psicológicos de Riesgo y de Protección para el Consumo de Drogas en Adolescentes*. Madrid, España.
- Rossi, R. (Agosto de 2005). *Concepto de salud mental*. Recuperado de www.medicgraphic.com. Obtenido de www.medicgraphic.com
- Rodriguez, J. (2009). Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe. En J. Rodríguez, R. Kohn, & S. Aguilar. Washington: OPS.
- Reyes, A., Moncada, R., Romero, G., y Paz, A. (2008). La prevalencia de trastornos mentales y su relación con antecedentes de violencia en la infancia. *Revista de post grado Psiquiatria UNAH*, 21-29.
- Reyes, A., Moncada, R., Sosa, C., Romero, G., Paz, A., y Murcia, H. (1999). Prevalencia de trastornos mentales en la comunidad de Villa Nueva, Region Metropolitana. *Revista Hondureña Postgrado de Psiquiatría UNAH*, 74-85.

- Reyes, A., Romero, G., y Paz, A. (2011). Prevalencia de trastorno de estrés post-traumático en la población de Morolica a los 9 meses del huracán Mitch. *Revista Hondureña del Postgrado de Psiquiatría*, 8 -19.
- Regier DA y colab. (1990) Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: results from the Epidemiological Catchment Area (ECA) Study. *Journal of the American Medical Association*, 264:2511–2518.
- Skinner, H. A. (1982). *Test de evaluación para el consumo de drogas (DAST)*.
- Secretaría de Estado en el Despacho de Salud. (2004). *Política Nacional de Salud Mental*. Honduras, Tegucigalpa.
- Secretaría de Salud. (2005). *Plan Nacional de Salud*. Honduras, Tegucigalpa.
- Secretaría de Salud. (2011). *Impacto del consumo de Drogas en el sector salud*. Honduras, Tegucigalpa.
- Ubilla, E. (2009). El concepto de salud mental en la obra de Erich Fromm. *Rev Chil Neuro-Psiquiat*, 47 (2): 153-162.
- Villalbi, R. (1998). *El Tabaquismo en España: Situación actual y perspectivas para el movimiento de prevención*. Barcelona, España.
- Verheul, R. (2001). Comorbilidad de trastornos de la personalidad en individuos con trastornos por uso de sustancias. *European Psychiatry (Edición Española)*, 8, 520-529.

ANEXOS



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA



PRESENTACIÓN

Buen día. Reciba un cordial saludo. Mi Nombre es **MARIO ADALY FLORES MALDONADO**, 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	1. Soltero (a)	2. Casado (a)		3.Unión libre	4.Viudo	5.Separado	6.Divorciado	
Religión	1. Católico	2. Evangélico		3.Ninguna	4.Otro			
Área	1. Urbano			2. Rural				
Dirección exacta								
Ocupación	1. Funcionarios, directores y jefes 2. Profesionistas y técnicos 3. Trabajadores auxiliares en actividades administrativas 4. Comerciantes, empleados en ventas y agentes de ventas 5. Trabajadores en servicios personales y vigilancia 6. Trabajadores en actividades agrícolas, ganaderas, forestales, caza y pesca 7. Trabajadores artesanales 8. Operadores de maquinaria industrial, ensambladores, choferes y conductores de transporte 9. Trabajadores en actividades elementales y de apoyo 10. Otros.							
Con quien vive	Madre	Padre	Hijos	Hermanos	Abuelos	Pareja	Amigos	Otro
Escolaridad	1.Sin educación formal 2.Educacion básica incompleta 3.Educacion básica completa 4.Educacion media incompleta 5.Educacion media completa				6.Estudios técnicos 7.Estudios universitarios incompletos 8.Estudios universitarios completos 9.Otros			



INSTRUCCIONES

Al encuestador:

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

Al encuestado (a)

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

SI NO

- | | | |
|-------|-------|--|
| _____ | _____ | 1. ¿Tiene frecuentes dolores de cabeza? |
| _____ | _____ | 2. ¿Tiene mal apetito? |
| _____ | _____ | 3. ¿Duerme mal? |
| _____ | _____ | 4. ¿Se asusta con facilidad? |
| _____ | _____ | 5. ¿Sufre de temblor de manos? |
| _____ | _____ | 6. ¿Se siente nervioso o tenso? |
| _____ | _____ | 7. ¿Sufre de mala digestión? |
| _____ | _____ | 8. ¿Le cuesta pensar con claridad? |
| _____ | _____ | 9. ¿Se siente triste? |
| _____ | _____ | 10. ¿Llora usted con mucha frecuencia? |
| _____ | _____ | 11. ¿Tiene dificultad en disfrutar sus actividades diarias? |
| _____ | _____ | 12. ¿Tiene dificultad para tomar decisiones? |
| _____ | _____ | 13. ¿Tiene dificultad en hacer su trabajo? |
| _____ | _____ | 14. ¿Se siente incapaz de desempeñar un papel útil en su vida? |
| _____ | _____ | 15. ¿Ha perdido interés en las cosas? |
| _____ | _____ | 16. ¿Siente que usted es una persona inútil? |
| _____ | _____ | 17. ¿Ha tenido la idea de acabar con su vida? |

- _____ 18. ¿Se siente cansado todo el tiempo?
- _____ 19. ¿Tiene sensaciones desagradables en su estómago?
- _____ 20. ¿Se cansa con facilidad?
- _____ 21. ¿Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo, con movimientos de brazos y piernas; con mordedura de la lengua o pérdida del conocimiento?
- _____ 22. ¿Alguna vez personas cercanas a usted, le han dicho que ha estado bebiendo demasiado alcohol?
- _____ 23. ¿Alguna vez ha querido dejar de beber, pero no ha podido?
- _____ 24. ¿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?
- _____ 25. ¿Le ha parecido alguna vez que usted bebía demasiado?
- _____ 26. ¿Le han sugerido, alguna vez, sus amigos o su familia que disminuya el consumo de drogas?
- _____ 27. ¿Ha usado, alguna vez drogas para relajarse, para sentirse mejor consigo mismo o para integrarse a un grupo?
- _____ 28. ¿Tiene sueños angustiantes sobre algún suceso violento que experimento o hay momentos en los que le parece como si estuviera reviviendo la experiencia violenta?
- _____ 29. ¿Evita actividades, lugares, personas o pensamientos que le recuerdan la experiencia violenta?
- _____ 30. ¿Se sobresalta o alarma fácilmente desde el suceso violento?



INSTRUCCIONES

Las siguientes preguntas se refieren a su consumo de sustancias durante los últimos 12 meses. Si hace más de un año que ha dejado de consumir drogas, alcohol, tabaco o medicamentos y en estos momentos no consume, recuerde el período anterior en el cual consumía. Lea cuidadosamente cada pregunta y rodee con un círculo la respuesta «Sí» o «No» según sea su caso. Por favor, conteste a todas las preguntas. Si tiene dudas con alguna pregunta, elija la respuesta que más se aproxime a su caso.

1. ¿Ha consumido otras drogas o medicamentos que no sean las recetadas por razones médicas?	Sí	No
2. ¿Ha abusado de medicamentos recetados?	Sí	No
3. ¿Abusa de más de una droga a la vez?	Sí	No
4. ¿Puede pasar una semana sin consumir drogas, alcohol o tabaco?	Sí	No
5. ¿Es siempre capaz de interrumpir el consumo de drogas, alcohol o tabaco cuando quiere?	Sí	No
6. ¿Ha tenido pérdida de memoria por el consumo de drogas, alcohol o tabaco?	Sí	No
7. ¿Se ha sentido alguna vez mal por su abuso de las drogas, alcohol o tabaco?	Sí	No
8. ¿Se quejan sus padres, pareja o amigos a causa de su consumo de drogas, alcohol o tabaco?	Sí	No
9. ¿Ha creado alguna vez su consumo de drogas, alcohol o tabaco problemas entre usted y sus padres o su pareja?	Sí	No
10. ¿Ha perdido alguna vez amigos debido a su consumo de drogas, alcohol o tabaco?	Sí	No
11. ¿Ha desatendido alguna vez a su familia o no asistió a su trabajo a causa de su consumo de drogas, alcohol o tabaco?	Sí	No
12. ¿Ha tenido alguna vez problemas en el trabajo a causa de su consumo de drogas, alcohol o tabaco?	Sí	No
13. ¿Ha perdido alguna vez un trabajo a causa del consumo de drogas, alcohol o tabaco?	Sí	No
14. ¿Se ha metido en alguna pelea cuando estaba bajo la influencia de las drogas o alcohol?	Sí	No
15. ¿Se ha involucrado en actividades ilegales para conseguir drogas, alcohol o tabaco?	Sí	No
16. ¿Ha sido arrestado alguna vez por posesión de drogas?	Sí	No
17. ¿Ha experimentado alguna vez síntomas de abstinencia al interrumpir el consumo de drogas, alcohol o tabaco?	Sí	No
18. ¿Ha tenido problemas médicos a causa de su consumo de drogas, alcohol o tabaco (por ejemplo, pérdida de memoria, hepatitis, convulsiones, hemorragias)?	Sí	No
19. ¿Ha ido alguna vez a pedir ayuda por un problema de drogas, alcohol o tabaco?	Sí	No
20. ¿Ha estado alguna vez en tratamiento por consumo de drogas, alcohol o tabaco?	Sí	No

Resultados Curva ROC

ANSIEDAD

Resumen de procesamiento de casos	
Trastorno_Mental	N válido (por lista)
Positivo ^a	20
Negativo	220

Los valores más grandes de las variables de resultado de prueba indican una prueba mayor para un estado real positivo.

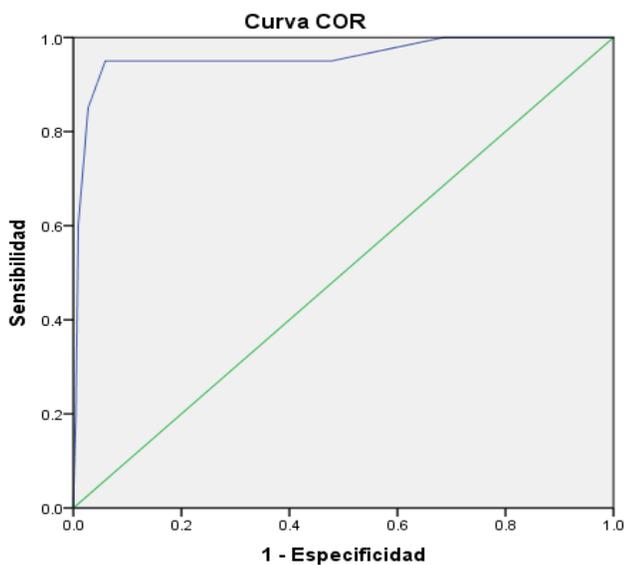
a. El estado real positivo es Ansiedad.

Área bajo la curva				
Variables de resultado de prueba:		Ansiedad		
Área	Error estándar ^a	Significación asintótica ^b	95% de intervalo de confianza asintótico	
			Límite inferior	Límite superior
.959	.029	.000	.903	1.000

Las variables de resultado de prueba: Ansiedad tienen, como mínimo, un empate entre el grupo de estado real positivo y el grupo de estado real negativo. Las estadísticas podrían estar sesgadas.

a. Bajo el supuesto no paramétrico

b. Hipótesis nula: área verdadera = 0,5



Los segmentos de diagonal se generan mediante empates.

Coordenadas de la curva		
Variables de resultado de prueba:		Ansiedad
Positivo si es mayor o igual que ^a	Sensibilidad	1 - Especificidad
-1.0000	1.000	1.000
.5000	1.000	.686
1.5000	.950	.477
2.5000	.950	.291
3.5000	.950	.155
4.5000	.950	.059
5.5000	.850	.027
6.5000	.600	.009
7.5000	.200	.005
9.0000	0.000	0.000

Las variables de resultado de prueba: Ansiedad tienen, como mínimo, un empate entre el grupo de estado real positivo y el grupo de estado real negativo.

a. El valor de corte más pequeño es el valor mínimo de prueba observado menos 1 y el valor de corte más grande es el valor máximo de prueba observado más 1. Todos los demás valores de corte son los promedios de los dos valores de prueba observados solicitados consecutivos.

DEPRESIÓN

Resumen de procesamiento de casos

Trastorno_Mental	N válido (por lista)
Positivo ^a	20
Negativo	220

Los valores más grandes de las variables de resultado de prueba indican una prueba mayor para un estado real positivo.

a. El estado real positivo es Depresion.

Área bajo la curva

Variables de resultado de prueba: Depresion

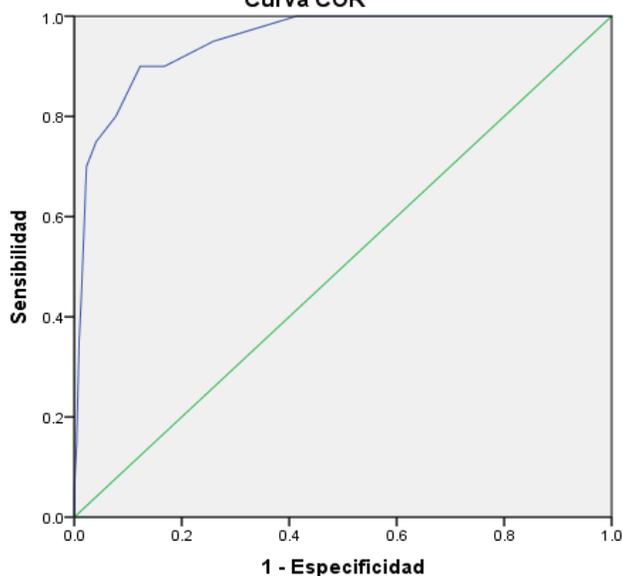
Área	Error estándar ^a	Significación asintótica ^b	95% de intervalo de confianza asintótico	
			Límite inferior	Límite superior
.951	.020	.000	.911	.991

Las variables de resultado de prueba: Depresion tienen, como mínimo, un empate entre el grupo de estado real positivo y el grupo de estado real negativo. Las estadísticas podrían estar sesgadas.

a. Bajo el supuesto no paramétrico

b. Hipótesis nula: área verdadera = 0,5

Curva COR



Los segmentos de diagonal se generan mediante empates.

Coordenadas de la curva

Variables de resultado de prueba: Depresion

Positivo si es mayor o igual que ^a	Sensibilidad	1 - Especificidad
-1.0000	1.000	1.000
.5000	1.000	.577
1.5000	1.000	.414
2.5000	.950	.259
3.5000	.900	.168
4.5000	.900	.123
5.5000	.800	.077
6.5000	.750	.041
7.5000	.700	.023
8.5000	.450	.014
9.5000	.350	.009
10.5000	.150	.005
11.5000	.050	0.000
13.0000	0.000	0.000

Las variables de resultado de prueba: Depresion tienen, como mínimo, un empate entre el grupo de estado real positivo y el grupo de estado real negativo.

a. El valor de corte más pequeño es el valor mínimo de prueba observado menos 1 y el valor de corte más grande es el valor máximo de prueba observado más 1. Todos los demás valores de corte son los promedios de los dos valores de prueba observados solicitados consecutivos.

DROGADICCIÓN

Resumen de procesamiento de casos	
Trastorno_Mental	N válido (por lista)
Positivo ^a	20
Negativo	220

Los valores más grandes de las variables de resultado de prueba indican una prueba mayor para un estado real positivo.

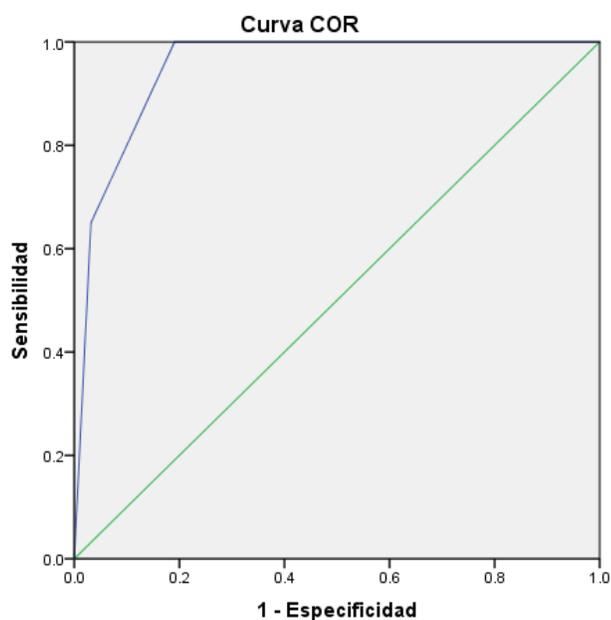
a. El estado real positivo es Drogas.

Área bajo la curva				
Variables de resultado de prueba: Drogadicción				
Área	Error estándar ^a	Significación asintótica ^b	95% de intervalo de confianza asintótico	
			Límite inferior	Límite superior
.951	.015	.000	.920	.981

Las variables de resultado de prueba: Drogadicción tienen, como mínimo, un empate entre el grupo de estado real positivo y el grupo de estado real negativo. Las estadísticas podrían estar sesgadas.

a. Bajo el supuesto no paramétrico

b. Hipótesis nula: área verdadera = 0,5



Coordenadas de la curva		
Variables de resultado de prueba: Drogadicción		
Positivo si es mayor o igual que ^a	Sensibilidad	1 - Especificidad
-1.0000	1.000	1.000
.5000	1.000	.191
1.5000	.650	.032
3.0000	0.000	0.000

Las variables de resultado de prueba: Drogadicción tienen, como mínimo, un empate entre el grupo de estado real positivo y el grupo de estado real negativo.

a. El valor de corte más pequeño es el valor mínimo de prueba observado menos 1 y el valor de corte más grande es el valor máximo de prueba observado más 1. Todos los demás valores de corte son los promedios de los dos valores de prueba observados solicitados consecutivos.

ALCOHOLISMO

Resumen de procesamiento de casos	
Trastorno_Mental	N válido (por lista)
Positivo ^a	20
Negativo	220

Los valores más grandes de las variables de resultado de prueba indican una prueba mayor para un estado real positivo.

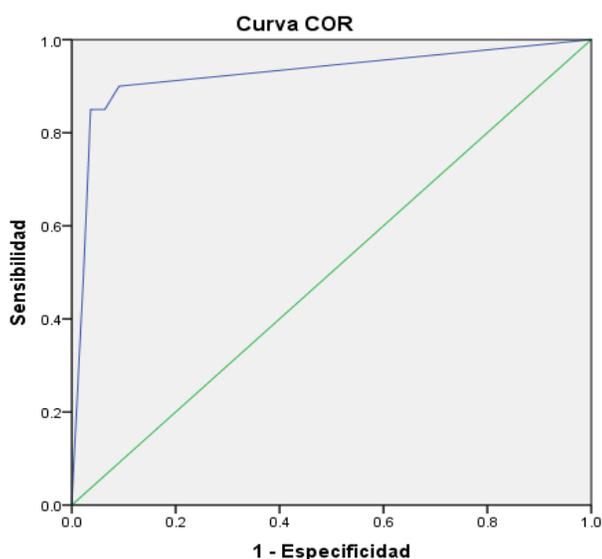
a. El estado real positivo es Alcohol.

Área bajo la curva				
Variables de resultado de prueba: Alcoholismo				
Área	Error estándar ^a	Significación asintótica ^b	95% de intervalo de confianza asintótico	
			Límite inferior	Límite superior
.926	.041	.000	.846	1.000

Las variables de resultado de prueba: Alcoholismo tienen, como mínimo, un empate entre el grupo de estado real positivo y el grupo de estado real negativo. Las estadísticas podrían estar sesgadas.

a. Bajo el supuesto no paramétrico

b. Hipótesis nula: área verdadera = 0,5



Los segmentos de diagonal se generan mediante empates.

Coordenadas de la curva			
Variables de resultado de prueba: Alcoholismo			
Positivo si es mayor o igual que ^a	Sensibilidad	1 - Especificidad	
-1.0000	1.000	1.000	1.000
.5000	.900	.091	.091
1.5000	.850	.064	.064
2.5000	.850	.036	.036
3.5000	.500	.023	.023
5.0000	0.000	0.000	0.000

Las variables de resultado de prueba: Alcoholismo tienen, como mínimo, un empate entre el grupo de estado real positivo y el grupo de estado real negativo.

a. El valor de corte más pequeño es el valor mínimo de prueba observado menos 1 y el valor de corte más grande es el valor máximo de prueba observado más 1. Todos los demás valores de corte son los promedios de los dos valores de prueba observados solicitados consecutivos.

ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

Resumen de procesamiento de casos	
Trastorno_Mental	N válido (por lista)
Positivo ^a	13
Negativo	220

Los valores más grandes de las variables de resultado de prueba indican una prueba mayor para un estado real positivo.

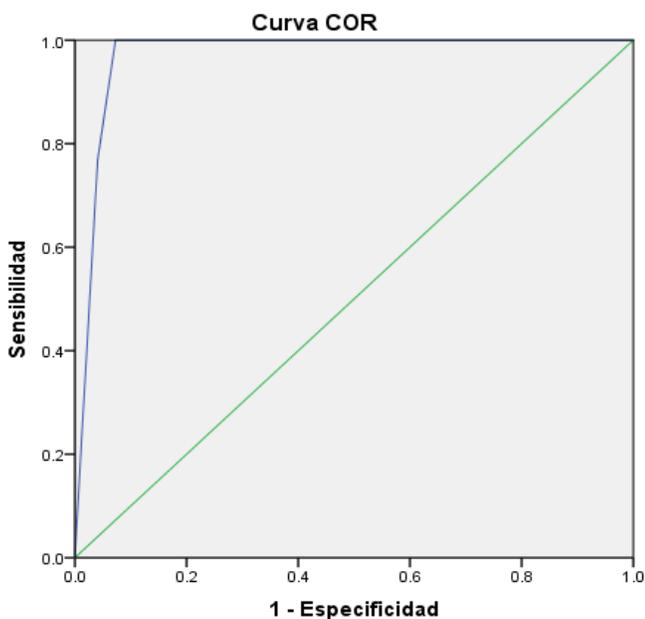
a. El estado real positivo es Estres posttraumatico.

Área bajo la curva				
Variables de resultado de prueba:		Estres_Postrumatico		
Área	Error estándar ^a	Significación asintótica ^b	95% de intervalo de confianza asintótico	
			Límite inferior	Límite superior
.971	.010	.000	.951	.992

Las variables de resultado de prueba: Estres_Postrumatico tienen, como mínimo, un empate entre el grupo de estado real positivo y el grupo de estado real negativo. Las estadísticas podrían estar sesgadas.

a. Bajo el supuesto no paramétrico

b. Hipótesis nula: área verdadera = 0,5



Coordenadas de la curva			
Variables de resultado de prueba:		Estres_Postrumatico	
Positivo si es mayor o igual que ^a	Sensibilidad	1 - Especificidad	
-1.0000	1.000	1.000	
.5000	1.000	.145	
1.5000	1.000	.073	
2.5000	.769	.041	
4.0000	0.000	0.000	

Las variables de resultado de prueba: Estres_Postrumatico tienen, como mínimo, un empate entre el grupo de estado real positivo y el grupo de estado real negativo.

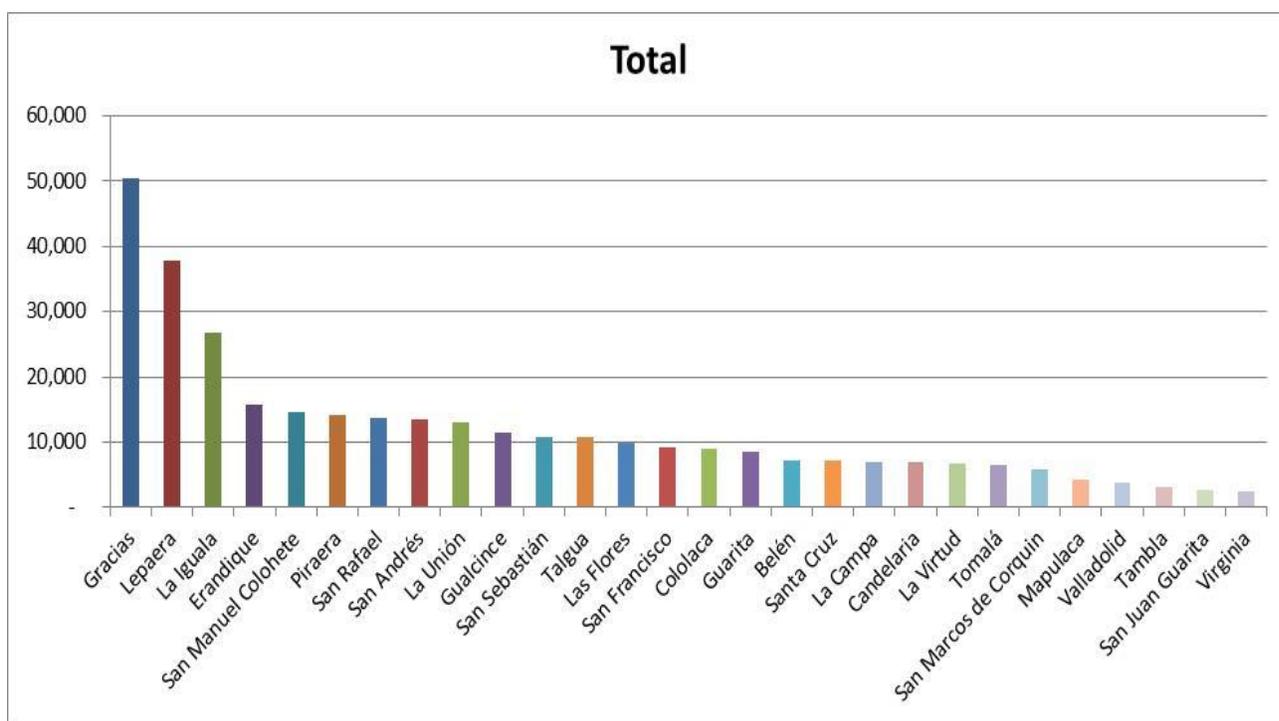
a. El valor de corte más pequeño es el valor mínimo de prueba observado menos 1 y el valor de corte más grande es el valor máximo de prueba observado más 1. Todos los demás valores de corte son los promedios de los dos valores de prueba observados solicitados consecutivos.

En base a la validación de la sensibilidad y especificidad se determinaron los puntos de corte de las categorías diagnósticas de los trastornos propuestos por el cuestionario de auto-reporte de síntomas psiquiátricos (SRQ)

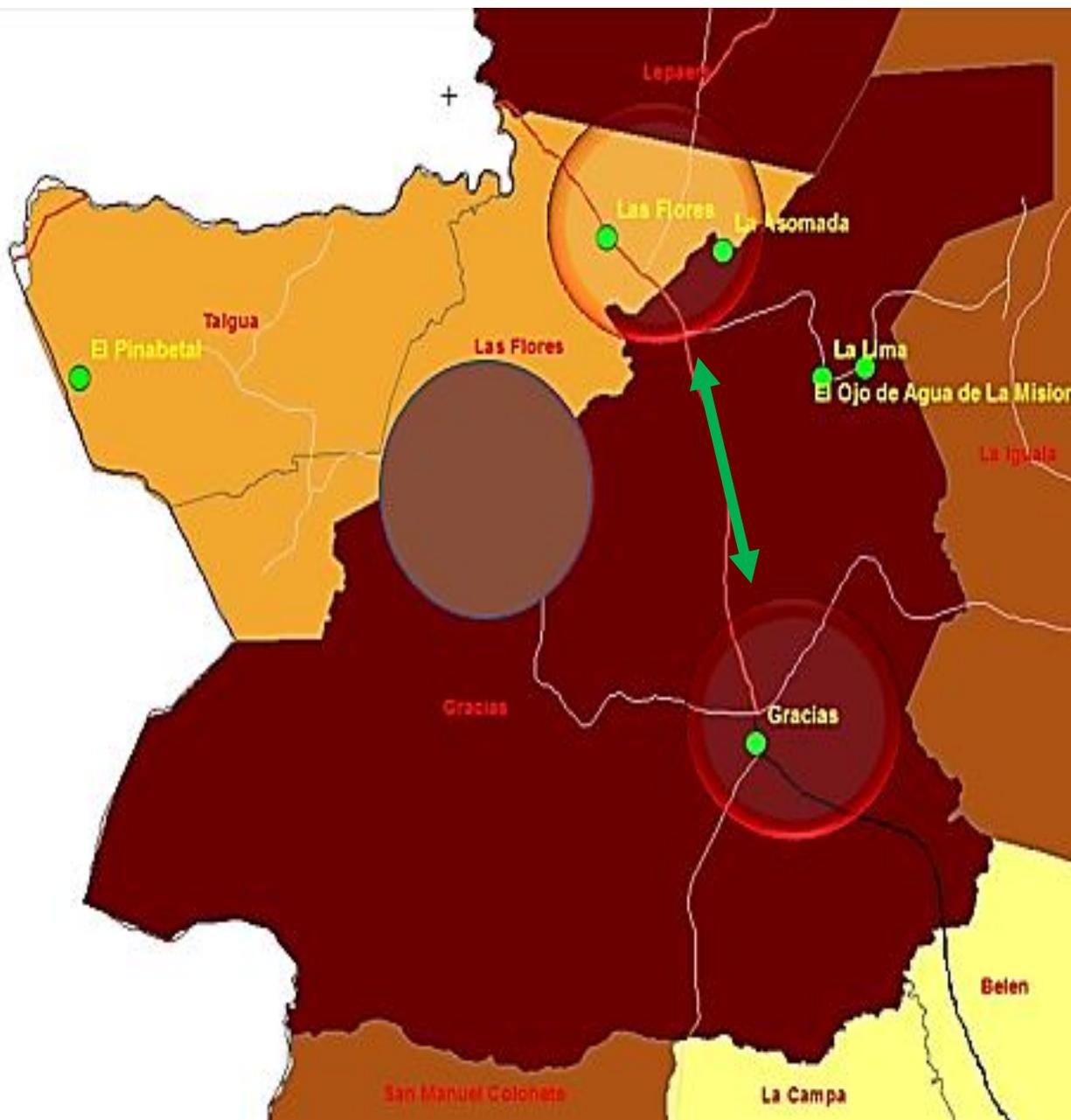
TRASTORNOS	PUNTOS DE CORTE	ITEMS
Ansiedad	4	7
Depresión	4	13
Alcoholismo	1	4
Drogadicción	1	2
Estrés postraumático	1	3
Epilepsia	1	1

MAPAS

Municipios más poblados del departamento de Lempira



Ubicación geográfica de los municipios de Gracias y el municipio de las Flores del departamento de Lempira.



Mapa de los cuatros cuadrantes de las colonias o barrios con mayor representatividad del municipio de Gracias. Departamento de Lempira.

