

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



TESIS

**PREVALENCIA DE LOS TRASTORNOS MENTALES EN RELACIÓN CON
ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRASMISIBLES EN ADULTOS DE 18 AÑOS
EN ADELANTE DEL DEPARTAMENTO DE OLANCHO 2016**

**SUSTENTADA POR
ISAURA ESMERALDA HERRERA**

**PREVIO A OPTAR AL TÍTULO DE
MÁSTER EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

Asesora Temática: MSc. María Judith Arrazola
Asesor Metodológico: Doctor German Moncada

Tegucigalpa, M.D.C. Honduras.

Diciembre, 2018

AUTORIDADES UNIVERSITARIAS

Doctor Francisco Herrera
Rector Interino

Master Belinda Flores
Vice-Rectora Académica

Abogada Emma Virginia Rivera Mejía
Secretaria General

Master Magda Elsy Hernández
Directora de Docencia

Doctor Armando Euceda
Director del Sistema de Postgrado

Doctora Martha Lorena Suazo
Decana de La Facultad de
Ciencias Sociales

Doctora Mirna Flores
Coordinadora General de Postgrado
Facultad de Ciencias Sociales

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

DEDICATORIA

Dedicado a Dios todopoderoso quien me dio la vida, la salud el tiempo y el espacio para terminar mi proyecto de Postgrado.

A mi madre Mariana Herrera (QDDG), quien fue una mujer luchadora un ejemplo a seguir, nunca se rindió ante las adversidades y siempre se sentía orgullosa de sus hijos e hijas.

Mis hermanos Rigoberto y Elsa Ruví quienes han sido un pilar importante en mi vida por la motivación que me inspiraban para continuar mis estudios.

A mis amados hijos Ana Marcela, Gabriela María y Erick Salvador por el apoyo incondicional que me brindaron para obtener este logro académico.

AGRADECIMIENTOS

A la Dirección de Investigación Científica y de Postgrado de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras por proporcionarme los recursos financieros para la ejecución de este proyecto de Investigación.

A los **docentes de la Maestría** que con su alto grado de conocimiento académico y su generosidad me brindaron aprendizaje significativo e hicieron posible aumentar mi comprensión en el área de trabajo de la psicología clínica.

De manera especial a la Coordinadora de la Maestría **Doctora: Vilma Escoto** por su comprensión y apoyo con los obstáculos que se me presentaron durante el proceso.

A mí asesora temática **Master María Judith Arrazola** por aceptar dedicar tiempo, esfuerzo, confianza, asesorías y recomendaciones, me motivo a comprometerme y culminar con éxito mis estudios de postgrado.

Mi especial agradecimiento a mi asesor metodológico **Doctor German Moncada** por sus sabios consejos.

A mis compañeros de maestría con quienes formamos grupos de estudio y fuertes lazos de amistad.

Gracias a todas las personas que me apoyaron para que este proyecto que un día inicie llegara a feliz término.

RESUMEN

En Honduras no existen muchos estudios que analicen de manera global los trastornos mentales relacionados con los padecimientos de enfermedades crónicas no transmisibles que afectan a los adultos.

Objetivos: Se planteó analizar la relación entre prevalencia de trastornos mentales y la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles en adultos del departamento de Olancho, en el año 2016, a fin de conocer la presencia de estos trastornos y padecimientos.

Métodos: Se estudiaron 300 adultos hombres y mujeres del departamento de Olancho que residen en la cabecera departamental que es Juticalpa, zona urbana y rural a través del Cuestionario de Auto-reporte o Self Reporting Questionnaire **SRQ:** Sirve para la detección de alteraciones a la salud mental en adultos, y un cuestionario para detectar síntomas de enfermedades crónicas no transmisibles. Esta investigación utilizó el enfoque cuantitativo, con alcance de significancia estadística y un diseño no experimental. **Resultados:** Se encontró que un 55.7 % de las personas mayores de 18 años de Olancho presentan sintomatología de probable existencia de un trastorno mental siendo los de mayor prevalencia: drogas con un 31,1%, la depresión 30.7%, y la ansiedad con un 26%. En las enfermedades crónicas las personas de 51 a 110 años presentaron los mayores porcentajes de padecer posibles trastornos mentales. **Conclusión:** A través de este estudio se puede observar la importancia de conocer manifestaciones psicológicas y emocionales que pueden presentar las personas encuestadas que presentan padecimientos crónicos y la necesidad de implementar estrategias de prevención.

Palabras clave: Trastornos mentales, Enfermedades crónicas no transmisibles

INDICE GENERAL

	Página
DEDICATORIA.....	iii
AGRADECIMIENTO.....	iv
RESUMEN.....	v
INTRODUCCION.....	1
CAPITULO I. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACION.....	3
1.1 Situación Problemática.....	3
1.2 Pregunta Problema.....	4
1.3 Objetivos de la Investigación.....	5
1.3.1 Objetivo General.....	5
1.3.2 Objetivos Específicos.....	5
1.4 Preguntas de Investigación.....	5
1.5 Justificación.....	6
CAPITULO 2. MARCO TEORICO.....	8
2.1 Conceptualizaciones y Definiciones.....	8
2.1.1. Salud Mental.....	8
2.1.1.1. Determinantes de la salud mental.....	12
2.1.1.1.1. Sociales.....	13
2.1.1.1.2. Determinantes Psicológicas.....	14
2.1.1.1.3. Determinantes Biológicas.....	14
2.1.2. Trastornos Mentales.....	14
2.1.3. Enfermedades Crónicas no Transmisibles.....	24
2.1.3.1 Características de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles.....	26
2.1.3.1.1. Cardiovasculares.....	26
2.1.3.1.2 Endocrinólogas.....	30
2.1.3.1.3. Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.....	33

2.1.3.1.4. Cáncer.....	36
2.2 Teoría que sustenta el estudio de Investigación.....	40
CAPITULO III. MARCO CONTEXTUAL.....	48
3.1 Ubicación Geográfica de Honduras.....	48
3.2 Olancho.....	48
3.3 Municipio de Juticalpa.....	49
CAPITULO IV. METODOLOGIA.....	54
4.1 Tipo de Investigación.....	54
-Profundidad del Estudio.....	54
-Tipo de Datos.....	54
-Temporalidad.....	55
-Su fuente de Datos.....	55
-Su Finalidad.....	55
4.2 Población y Muestra.....	55
4.3 Variables, Hipótesis e Indicadores.....	60
4.4 Instrumentos de Medición /Técnicas de recolección de datos.....	64
4.5 Procedimiento.....	67
CAPITULO V. RESULTADOS DE LA INVESTIGACION.....	70
CAPITULO VI. DISCUSION DE LOS RESULTADOS.....	86
6.1 CONCLUSIONES.....	89
6.2 RECOMENDACIONES.....	90
Referencias Bibliográficas.....	92
Anexos.....	102

Lista de Tablas	pág.
Tabla 1: Cuadrantes a Muestrear.....	56
Tabla 2: Viviendas por Municipio	56
Tabla 3: Población del Municipio de Juticalpa Área Urbana y Rural.....	57
Tabla 4: Poblaciones Infinitas \geq o = 100, 000	57
Tabla 5: Matriz de operacionalizacion de variables.....	61
Tabla 6: Prevalencia de Enfermedades Crónicas no Transmisibles ECNT según rangos de edad en el Departamento de Olancho	77
Tabla 7: Prevalencia de Enfermedades Crónicas no Transmisibles ECNT Según Genero en el Departamento de Olancho.....	78
Tabla 8: Prevalencia de Enfermedades Crónicas no Transmisibles ECNT Según Nivel de Escolaridad.....	79
Tabla 9: Prevalencia de Enfermedades Crónicas no Transmisibles ECNT del Departamento de Olancho.	81
Tabla 10: Prevalencia de Enfermedades Crónicas no Transmisibles ECNT del Departamento de Olancho Según los 4 Tipos Principales de Enfermedades	82
Tabla 11: Asociación de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles ECNT y la Presencia de Trastornos Mentales del Departamento de Olancho.....	83
Tabla 12: Asociación de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles ECNT y la Ansiedad	84
Tabla 13:Asociación de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles ECNT y la Depresión	84

Índice de Figuras	Pág.
Figura 1: Barrios de Juticalpa Área Urbana	59
Figura 2: Prevalencia de Trastornos Mentales Según Rangos de Edad.....	71
Figura 3: Prevalencia de Trastornos Mentales según Genero.....	72
Figura 4: Prevalencia de Probables Trastornos Mentales según Estado civil.....	72
Figura 5: Prevalencia de Probables Trastornos Mentales Según Procedencia Geográfica	73
Figura 6: Prevalencia de Trastornos Mentales Según Nivel de Escolaridad	74
Figura 7: Prevalencia de Probables Trastornos Mentales en el Departamento de Olancho.....	75
Figura 8: Trastornos Mentales de Mayor Prevalencia en el Departamento de Olancho.....	76

INTRODUCCIÓN

La salud mental es tan importante como la salud física para el bienestar general de los individuos, las sociedades y los países. Pese a ello, sólo una pequeña minoría de los 450 millones de personas que padecen un trastorno mental o del comportamiento está en tratamiento, lo que corresponde a una prevalencia del 25% de la población (DSM5, 2013).

En Honduras (Chirinos , Munguia,Lagos, Salgado, 2002), establecieron que un 35% de hondureños está afectado por estos padecimientos, estos autores atribuyen este aumento a las condiciones socioeconómicas, la inseguridad ciudadana y desastres naturales.

Por primera vez en Honduras se realiza este estudio, para conocer la prevalencia de los trastornos mentales en relacion con la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles en adultos de 18 años en adelante del departamento de Olancho, a través de una muestra aleatoria probabilística y poder determinar la asociación entre ambas variables.

El instrumento que se va utilizar es el SRQ, que mide síntomas de algunas de las categorías diagnósticas, pero sin alcanzar suficiente especificidad en el diagnóstico. Por lo que se propone establecer la posible prevalencia de las siguientes categorías diagnósticas: Ansiedad, Depresión, Epilepsia, Dependencia de alcohol, Abuso de sustancias psicoactivas, Estrés Postraumático.

Las enfermedades crónicas incluidas en esta investigación se agruparon de la siguiente forma; las: cardiovasculares que incluyen: la hipertensión arterial, cardiopatía isquémica crónica o infarto agudo al miocardio, insuficiencia cardiaca y accidente cerebrovascular. El segundo grupo lo forman las enfermedades endocrinológicas como ser la diabetes y la tiroides. El tercer grupo es la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Esta incluye la bronquitis crónica, el asma bronquial y la enfermedad crónica pulmonar obstructiva. Por ultimo está el cáncer, seleccionando entre los múltiples tipos el cáncer cervicouterino /matriz, cáncer de mama, próstata y colorrectal.

Para la recolección de los datos se contó con el apoyo de seis encuestadores y un supervisor, quienes se trasladaron por dos días continuos al municipio de Juticalpa, Olancho, allí se aplicaron los instrumentos en los cuatro barrios seleccionados de la zona urbana como ser: Barrió la Hoya, La Soledad, Miguel Barahona y Las Acacias, y se incluye a la vez el caserío

de Jutiquile que pertenece al área rural que está en la carretera hacia Catacamas sobre la calle pavimentada. La base de datos que se utilizó para la digitación y análisis de los datos es el SPSS, utilizando chi cuadrada como prueba de significancia para el análisis bivariado. La presente investigación es de notable conveniencia ya que generará datos epidemiológicos significativos sobre la situación nacional que servirá como referencia para la reorganización y elaboración de nuevas propuestas en salud mental.

CAPITULO I. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACION

Tema de Investigación

Prevalencia de los trastornos mentales en relación con las enfermedades crónicas no trasmisibles en adultos de 18 años en adelante del Departamento de Olancho 2016.

1.1. Situación Problemática

En Honduras la mayoría las personas con problemas mentales o emocionales no asisten a recibir atención, por lo que la salud mental es un componente crítico de la salud general de los niños, adolescentes y adultos. Esta situación se presenta con frecuencia debido a factores como falta de compromiso del gobierno para integrar la salud mental como parte de la atención en salud, así como la falta de descentralización de los servicios para que se brinden atenciones en las comunidades, con suficiente personal que trate estos padecimientos. En la actualidad existen pocos hospitales a los que las personas pueden acudir para ser atendidos y estos son poco accesibles por su ubicación ya que están concentrados en Tegucigalpa, sobre todo para las personas que residen en el área rural. Conociendo los antecedentes de esta problemática surge la idea de investigar la prevalencia de los trastornos mentales en relación a las enfermedades no trasmisibles del Departamento de Olancho.

Contextualización

En Honduras los problemas de salud mental más frecuentes diagnosticados en la red de atención primaria son: violencia 30%, trastornos depresivos 27%, trastornos epilépticos 11%, trastornos neuróticos 9%, trastornos del desarrollo psicológico 6%, trastornos de comportamiento en la infancia 5%. En el ámbito hospitalario los diagnósticos más frecuentes son debidos al consumo de alcohol, el trastorno afectivo bipolar y el episodio maniaco depresivo con síntomas psicóticos. Los dos hospitales de nivel nacional que prestan cuidados en salud mental son: el Hospital Santa Rosita, que atiende adultos y jóvenes y cuenta con una unidad de alcohólicos y el Hospital Mario Mendoza que también atiende adultos y adolescentes, estos últimos demandan atención por trastornos depresivos, intento de suicidio y víctimas de abuso sexual. Los problemas de salud mental pueden afectar la calidad de vida de las personas y las de su entorno, las personas que padecen enfermedades crónicas o son

discapacitadas físicamente, suelen padecer más depresiones graves que la población general (Secretaría de Salud, 2005).

El último estudio realizado en Honduras (Chirinos , Munguia,Lagos, Salgado, 2002) sobre prevalencia de trastornos mentales en población mayor de 18 años considero 29 comunidades del área urbana, se incluyeron por el departamento de Olancho tres comunidades que mostraron los siguientes resultados en relación a la prevalencia de trastornos mentales: Catacamas con un 36% , Juticalpa 37% y Lepaguare 21% , por lo que 14 años después se ve la necesidad de actualizar datos en este departamento en relación a esta problemática considerando a la vez el área rural con el caserío de Jutiquile. Si bien es cierto en ese momento Olancho no aparecía entre las 5 comunidades de mayor prevalencia de trastornos mentales en Honduras se considera oportuno hacer nuevamente un análisis comparativo incluyendo otras variables relacionadas.

En el presente estudio se propuso conocer cuál es la situación actual de esa problemática determinando ¿Cuál es la prevalencia de los trastornos mentales en relación a la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles en adultos de 18 años en adelante del departamento de Olancho en el año 2016?.

1.2. Pregunta Problema

En el presente estudio se dan a conocer datos relevantes de la salud mental de la población mayor de 18 años del departamento de Olancho en relación a su estado de salud física , considerando tendencias diagnosticas de la prevalencia de trastornos mentales como: la depresión, ansiedad , estrés postraumático, epilepsia, dependencia al alcohol y consumo de sustancias psicoactivas, estableciendo una relación con la aparición de otras enfermedades crónicas no trasmisibles que afecten el funcionamiento global de las personas en sus diferentes áreas.

Por lo tanto, se plantea la siguiente pregunta problema ¿cuáles son las enfermedades crónicas no trasmisibles, que puedan estar causando sintomatología de trastornos mentales a personas mayores de 18 años residentes en el departamento de Olancho durante el año 2016?. Considerando que los resultados de este estudio puedan servir de referencia para próximas investigaciones. Tomando como base el problema descrito anteriormente, a continuación, se describe los objetivos de la investigación:

1.3. Objetivos de la Investigación

Con esta Investigación se pretende detectar el estado de salud mental de la población de Olancho, identificando la presencia de sintomatología de trastornos mentales y su relación con enfermedades crónicas no transmisibles en la población adulta. Para desarrollar este estudio se plantearon los siguientes objetivos:

1.3.1. Objetivo General

Determinar la prevalencia de trastornos mentales y en relación con las enfermedades crónicas no transmisibles en población adulta del departamento de Olancho, en el año 2016

1.3.2. Objetivos Específicos

1. Describir las principales características sociodemográficas de las personas con trastornos mentales.
2. Identificar los trastornos mentales de mayor prevalencia en el departamento de Olancho.
3. Caracterizar el tipo de enfermedades crónicas que más prevalece en el departamento de Olancho.
4. Determinar si la asociación entre la prevalencia de trastornos mentales y la presencia de enfermedades crónicas no transmisibles es significativa

1.4 Preguntas de Investigación

1. ¿Cuáles son las principales características sociodemográficas de las personas que presentan trastornos mentales?
2. ¿Cuáles son los principales trastornos mentales que se presentan en las personas que habitan en el departamento de Olancho?
3. ¿Cuáles son las enfermedades crónicas de mayor prevalencia en Olancho?.
4. ¿Qué tan significativa es la asociación que se presenta entre la prevalencia de trastornos mentales y la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles en las personas que habitan en el departamento de Olancho?.

1.5. Justificación

La presente propuesta investigativa es un aporte metodológico que sirve como referente para contextualizar la realidad nacional acerca de la salud mental de los hondureños. En este caso se analiza la prevalencia de sintomatología de padecer trastornos mentales como: la depresión, ansiedad, epilepsia, dependencia al alcohol, drogas y estrés postraumático en la población mayor de 18 años de Olancho Honduras, relacionándolos a la vez con un grupo de enfermedades crónicas no transmisibles. El presente estudio también se realiza considerando como marco de referencia la literatura acerca de estudios que sobre salud mental se han desarrollado a nivel mundial, latinoamericano y nacional, que indican que la atención a la salud mental de la población se ve afectada por la escasa formulación y aplicación de estrategias y legislaciones que garanticen la protección y atención primaria en salud mental desde las comunidades a la población, lo que aumenta el riesgo de que la prevalencia de trastornos mentales.

Aporte y beneficio social del estudio

El presente estudio constituye una aproximación al abordaje del tema de salud mental en poblaciones adultas que han padecido de enfermedades crónicas no transmisibles. Abordar este problema, es abordar la creciente carga de trastornos mentales que afecta a las poblaciones de América Latina, la cual ha ido en aumento, por tal motivo no se puede hacer caso omiso a la carga sanitaria que esto representa para los países del área, y Honduras no está ajena a esta situación.

En la actualidad los avances científicos y tecnológicos han permitido que las personas con padecimientos de enfermedades crónicas no transmisibles tengan mayores posibilidades de prolongar su vida por medio de tratamientos oportunos. El estado de ánimo tiene un valor significativo para esta población debido a que dependiendo del mismo la persona reaccionara de manera positiva o negativa al cuidado de su enfermedad, no solo con respecto a su actitud, también a nivel biológico dentro del sistema inmunológico. Las personas con enfermedades crónicas como las cardiovasculares, endocrinológicas, problemas respiratorios, cáncer es susceptible a padecer trastornos mentales, siendo la depresión, la ansiedad, el consumo de sustancias los de más altos porcentajes, lo que hace necesario hacer este tipo de estudios.

Se espera que con los resultados de este estudio se puedan desarrollar o implementar nuevas estrategias en salud mental, como la creación de legislaciones, o de intervenciones psicosociales para que Honduras avance en la protección de los derechos humanos de la población. La conveniencia de realizar esta investigación es que generara datos epidemiológicos sobre la situación nacional la que será útil para organizar y elaborar nuevas propuestas en salud mental.

El poder contextualizar y documentar la realidad nacional le da valores teóricos y una característica metodológica innovadora al estudio de parte de los maestrantes de Psicología Clínica de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras quienes además realizaron un análisis cualitativo de variables que inciden en el comportamiento de la población a estudiar, medidas con diferentes instrumentos previamente validados científicamente.

CAPITULO II. MARCO TEORICO

2.1. Conceptualizaciones y Definiciones

2.1.1. Salud Mental

La fundamentación teórica de este estudio se desarrolla en función de la conceptualización de la salud mental, la pérdida de esta que son los trastornos mentales y sus determinantes, especialmente relacionados con las enfermedades.

La salud a nivel general es el bienestar físico, psicológico y social, que va más allá del esquema biomédico. La salud no significa la ausencia de alteraciones y de enfermedad, sino distintos grados de vitalidad y funcionamiento adaptativo. Y según este autor un individuo es normal si se relaciona de una manera constructiva, flexible, productiva y la percepción de sí mismo y del entorno muestran equilibrio cognitivo-afectivo, manteniendo relaciones interpersonales duraderas y patrones de comportamiento funcionales (Mebarack, 2009).

Para Erich Fromm la salud mental tiene que ver con la superación del narcisismo, alcanzar la meta del amor y la objetividad; con la superación de la enajenación y así alcanzar identidad e independencia; con la superación de la enemistad y con ello la capacidad de vivir pacíficamente y lograr ser productivo. Fromm parte de la base que así como hay cosas buenas y malas en la fisiología del hombre, también las hay para la vida mental. Ciertas cosas lo estimulan y otras lo impiden y es imposible separar la salud mental de la sociedad (Ubilla, 2009).

En cambio para Melanie Klein la base de la salud mental vista desde la perspectiva psicoanalítica no es tan solo un producto de la personalidad madura, sino que se aplica en cada momento del desarrollo del individuo, la capacidad de amar ligada a un yo fuerte con una personalidad con madurez emocional, fuerza del carácter, capacidad para manejar las emociones conflictivas, equilibrio entre la vida interior y la adaptación a la realidad. Mencionando que ciertas actitudes en los primeros estadios del desarrollo continúan en cierto grado en la vida adulta, que solo si son modificados es posible la salud mental. Dichas actitudes al no ser superadas nunca, desempeñan un papel en las variadas defensas que utiliza el yo para combatir la angustia (Miguel, 2011).

La salud mental vista desde la perspectiva del conductismo considera el ambientalismo como un elemento central en la concepción de la salud mental. Para Watson creador del conductismo (1878-1958) los estímulos ambientales se consideran determinantes en la modificación del comportamiento, se plantea que la conducta puede moldearse, en la medida en que se conozcan las leyes que rigen el comportamiento y que se modifiquen las condiciones ambientales que lo determinan. Otra concepción de la salud mental que emerge con el enfoque comportamental es la cognitiva, que entiende lo mental en términos de estructuras y procesos cognitivos no observables que determinan la manera de pensar, sentir y cómo se comportan las personas (Just another WordPress.com weblog, 2010).

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

A la vez la OMS se refiere a la salud mental en que es una condición sujeta a fluctuaciones debidas a factores biológicos y sociales, que permite al individuo lograr realizar una síntesis satisfactoria de sus propios instintos que se hallan potencialmente en conflicto, poder establecer y mantener relaciones armónicas con la otra gente y participar en los cambios constructivos que ocurran en su medio ambiente social y físico. En esta definición la referencia a lo psicológico se hace maquillada. El eje psicosocial se puede ver en la segunda definición que plantea la salud mental 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 la sociedad (Giraldo, 2015).

En el contexto disciplinar según Erich Fromm el grado de salud mental en que una persona se puede desarrollar esta en función de la satisfacción de sus necesidades. A la vez otros autores como Frontera (2009) refieren que la salud mental se obtiene gracias al logro de un régimen de vida sano y añade que para que un sistema de cuidado en salud mental funcione de manera ética y este integrado en el sistema general de salud, debe guiarse por dar prioridad a todos los problemas que afectan a todas las actividades del ser humano visto desde el paradigma biopsicosocial y espiritual (José Domingo Flórez Moreno, 2001).

Según la literatura no existe un solo concepto de salud mental y los diversos autores tienen diferentes concepciones sobre lo que significa salud mental y coinciden en que es un estado de bienestar físico, psicológico, tener comportamientos adaptativos, mantener buenas relaciones interpersonales, la creatividad o todo lo que lleve a las personas a sentirse satisfechas a nivel biopsicosocial y espiritual.

La salud mental desde la psicología de la salud integra conocimientos de psicología y sus extensiones en el ámbito de la salud. Incorpora la psiconeuroendocrinoinmunología, psicología social y comunitaria y abarca un estudio y aplicación más amplio que el de la medicina comportamental. Para la psicología de la salud el fenómeno vital del humano está en permanente variación no solo en función de factores orgánicos, sino también en función de factores ambientales y psicosociales, estilo de vida y ambiente social que en el proceso salud enfermedad y hoy en día es superior al de los factores orgánicos. Los aportes de la psicología de la salud abarcan soluciones de problemas que escapan al alcance del modelo biomédico tradicional (Alarcon, 2004).

Existieron varios factores que contribuyeron al interés de los psicólogos por una aproximación teórica y clínica más comprensiva de la salud que el tradicional modelo médico de enfermedad entre ellos: el cambio en la prevalencia de enfermedades infecciosas a enfermedades crónicas, el costo elevado de los cuidados de salud y un mayor énfasis en la calidad de vida. Según lo expresa Oblitas, (2007) se planteó un modelo alternativo biomédico, biopsicosocial apoyando esta alternativa en argumentos sólidos considerando factores psicológicos, sociales y culturales junto a los biológicos como determinantes de la enfermedad y su tratamiento.

En 1978 un grupo de disciplinas se reunió como ser la Psicología Clínica, Social, Experimental entre otras, con un interés común en cuestiones relacionadas con la salud para formar la división de la Psicología de la Asociación Americana de Psicología (APA), naciendo así la Psicología de la Salud (Guadalupe, 2008).

La psicología de la salud estudia los procesos psicológicos y de comportamiento en materia de salud y la enfermedad este modelo trata de comprender como los factores psicológicos,

conductuales y culturales contribuyen a la salud física y la enfermedad. Según Cruzado y Olivares, (2000), Esta incluye la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades. En Latinoamérica países como Colombia, Paraguay, Ecuador, Argentina, Uruguay, Brasil y Perú tienen política pública en salud mental elaboradas entre el siglo XX y XXI, que asiste a las personas independientemente de las características sociodemográficas obedeciendo al contexto mundial, donde las organizaciones internacionales de salud OPS-OMS y los estados nacionales empiezan a reconocer la salud mental como un derecho. Cada país elaboro sus políticas de acuerdo a las características culturales y socioeconómicas, todas a la vez tienen diferentes concepciones sobre salud mental pero coinciden en garantizar la protección de los derechos humanos de la población. (Henaos S, 2016).

Para la (OMS, 2013) la buena salud mental hace que las personas pongan en práctica todo su potencial, canalicen de manera efectiva el estrés normal de la vida, se enfoquen a la vez en la productividad y se involucren en las actividades de su comunidad. La salud mental es importante, pero hay aspectos que resolver, como el descuido de los servicios en la atención a la salud mental o las violaciones de los derechos humanos y la discriminación de las personas con trastornos mentales y discapacidades psicosociales. La visión del plan de acción es la protección de la salud mental y la prevención de trastornos mentales teniendo en cuenta lo siguiente:

- 1) Cobertura sanitaria universal: de acuerdo al principio de equidad las personas con trastornos mentales deberán poder ser asistidas en los servicios de salud y sociales que les permita recuperarse y disfrutar de buena salud, independientemente de la edad, sexo, estatus socioeconómico, raza, etnia u orientación sexual.
- 2) Derechos humanos: para brindar atención integral en la protección de los derechos de las personas se deben considerar instrumentos internacionales y regionales de derechos humanos o ajustarse a la convención sobre derechos de las personas con discapacidad.
- 3) Práctica basada en evidencia: En las diferentes atenciones que se realicen para atender la salud mental se deben usar pruebas científicas según la cultura.
- 4) Enfoque que abarca la totalidad del ciclo vital: los distintos planes, políticas y servicios para atender la salud mental tienen que considerar las diferentes etapas de vida en que se encuentre cada persona.

5) Enfoque multisectorial: Las respuestas integral y coordinada en relación a salud mental requiere de coordinaciones con el sector público y sociedad civil.

6) Emancipación multisectorial: Se debe promover el involucramiento activo de las personas con trastornos mentales y discapacidades psicosociales en la promoción, políticas, legislación, seguimiento, investigación y evaluación de salud mental.

En Honduras el informe 2008 sobre salud mental reporta que el programa de salud mental se encuentra restringido a las consejerías de familia relacionadas con violencia domestica e intrafamiliar y actualmente fue disgregado del sistema de salud. Este programa no contaba con suficientes recursos humanos y financieros para la implementación de estrategias a nivel nacional sobre salud mental. A la vez Honduras no existe una legislación específica para salud mental solo hay referencias puntuales a aspectos de salud mental en el código civil y código sanitario (Ministerio de salud de Honduras, OPS-OMS, 2008)

En la Política Nacional de Salud Mental se aprobó en el año 2004 tomando en cuenta la magnitud de los problemas que enfrenta la salud mental en Honduras describe seis áreas estratégicas para lograr el bienestar físico, mental, emocional y espiritual de la población a lo largo de su ciclo de vida y son: ética y derechos humanos, Violencia Intrafamiliar, promoción y prevención, Identidad, cultura y migración, Fortalecimiento Institucional y la investigación científica. Visualizando la equidad de género, ética y derechos humanos (Secretaria de salud de Honduras, 2005).

Se puede observar en cuanto a la protección de los Derechos Humanos en Honduras, existe una política Nacional de salud mental, pero no una Legislación en salud mental que vele por la implementación y el cumplimiento de estas estrategias. Hay varios factores que impiden a la mayoría de la población de Honduras con problemas emocionales o mentales acceder a los hospitales de atención en salud mental.

2.1.1.1. Determinantes de la Salud Mental

La salud mental individual está determinada por múltiples factores sociales, psicológicos y biológicos, entre ellos se pueden mencionar:

2.1.1.1.1. Determinantes Sociales

Los problemas sociales que constituyen un riesgo que afecta la salud mental de las personas y las comunidades entre ellos están los socioeconómicos. Entre los indicadores que más sobresalen están: la pobreza y el bajo nivel educativo, condiciones de trabajo estresantes, discriminación de género, exclusión social, la violencia, la falta de salud física, modos de vida poco saludables, violaciones a los derechos humanos. A la vez cabe mencionar que los trastornos mentales tienen también causas genéticas o de desequilibrios bioquímicos del cerebro. (OMS, 2018).

El lugar de procedencia para buscar atención en salud mental es parte de las características sociales que afectan a la población. Los determinantes relacionados con el sistema de salud son eje central para la respuesta al usuario. Cuando solo hay dos hospitales de referencia a nivel nacional atendiendo la demanda lo cual se puede ver reflejado en la investigación realizada por la maestría de psicología clínica en el Hospital Psiquiátrico Santa Rosita y el Hospital Mario Mendoza. Los resultados indican que en el periodo comprendido entre los años 2009 al 2013, los departamentos que tienen mayor demanda en atenciones psiquiátricas son: Francisco Morazán en primer lugar, en segundo lugar Comayagua y Cortés, en similar ubicación están los Departamentos del Paraíso, La Paz, Lempira y Olancho y en tercer lugar Santa Bárbara y Choluteca, Los trastornos mentales y del comportamiento son el mayor número de atenciones que se realizan en el Hospital Nacional Psiquiátrico Santa Rosita. Seguidamente de los trastornos del humor (afectivo) y en tercer lugar la esquizofrenia y el trastorno de ideas delirantes, El consumo de sustancias psicotrópicas es el que más afecta a la población hondureña, los trastornos del humor como la bipolaridad, depresión, distimias representan la segunda búsqueda de atención médica, en tercer lugar la esquizofrenia, en cuarto lugar los trastornos neuróticos secundarios a situaciones.

(Hospital Psiquiátrico Santa Rosita, 2014).

En el Hospital Dr. Mario Mendoza los resultados indican que; según los registros estadísticos durante los últimos 5 años a nivel de los servicios que presta este hospital están: Adolescentes en Crisis, Consulta Externa, Psicología, Emergencia y Hospital de Día. Los Trastornos del humor representan el mayor porcentaje de atenciones (160,949); seguido de los Trastornos

Neuróticos secundarios a Situaciones Estresante y Somatomorfos (39,057) y en 3er lugar, la Epilepsia (35,238). (Maestria de Psicología Clínica, 2014).

Es notable la necesidad que se tiene de descentralizar los servicios de atención comunitarios y poder así brindar atención de calidad a los usuarios demandantes de atención, por las limitantes en el acceso que se presentan en el sistema Nacional de salud.

2.1.1.2. Determinantes Psicológicas

Según la OMS (2004) la salud mental se relaciona con la calidad de vida, el cual cambia según las perspectivas socioeconómicas, culturales, geográficas e históricas.

La calidad de vida como factor determinante psicológico de la salud mental no posee una definición única puede estar influida por varios factores entre ellos: salud física, el sentido de pertenencia, la autopercepción, la autonomía, el bienestar versus malestar. Su presencia negativa influye en calidad de vida pobre. La calidad de vida de las personas mejora su salud mental y a la inversa (Alan Ornelas Ramírez, 2017).

2.1.1.3. Determinantes Biológicas

El factor biológico a los que pertenecen los factores genéticos tiene influencia en el desarrollo de la enfermedad mental. El riesgo de sufrir la enfermedad dependerá de la cercanía genética con sus padres biológicos. Se ha demostrado que muchos de los trastornos psiquiátricos están asociado a factores hereditarios como en el caso de la esquizofrenia en el que si hay un familiar con un grado de consanguinidad de primer grado tiene alrededor de un 10% de posibilidades de padecer la enfermedad y puede aumentar hasta un 50% si el afectado es un hermano gemelo. El trastorno depresivo presenta una agrupación familiar similar. (programa de accion en salud mental, s.f.)

2.1.2. Trastornos Mentales

No existe un concepto unificado acerca de lo que son los trastornos mentales pero la mayoría coincide en que es una alteración de tipo emocional, cognitivo y del comportamiento en que

quedan afectados los procesos psicológicos que producen en las personas dificultades en su adaptación al medio.

Conceptualizaciones de Trastorno Mental

Los trastornos mentales son una combinación de alteraciones del pensamiento, la percepción, las emociones, la conducta y las relaciones con los demás (OMS, 2017).

Algunos autores se refieren a los trastornos mentales nombrándolas como enfermedades mentales y las describen de la siguiente forma: Son enfermedades que tienen síntomas y signos como el sufrimiento, dolor, o la muerte. El sufrimiento que las acompaña afecta la totalidad de la persona. Las pesadillas, las alucinaciones, los dolores físicos inexplicables, los sufrimientos psíquicos, los trastornos emocionales, las explosiones de violencia, la melancolía y la depresión es a veces la destrucción de la persona .la historia de la enfermedad mental es la historia de la felicidad y la infelicidad. (Bermejo, 2007).

Según la psicología los trastornos mentales son estados patológicos que se caracterizan por confusión de ideas, perturbación emocional y conducta inadaptada que puede tener un origen orgánico o funcional. (Psicoactiva, s.f.)

Para el DSM-5, un trastorno mental es un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo, que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental . Habitualmente los trastornos mentales van asociados a un estrés significativo o una discapacidad, ya sea social, laboral o de otras actividades importantes (Tomas, 2014).

A si mismo se puede decir que un trastorno mental aparece en un contexto determinado (biológico) que puede ser influido por los recursos existentes ya sean internos o externos, pensamientos, comportamientos y formas de interpretar la realidad de la persona (psicológico) que va afectar su entorno y las relaciones con los otros (social); sin embargo en ocasiones resulta complicado determinar cuando alguien tiene un trastorno mental por lo que

hay que delimitar lo que es normal de lo que no es (Herranz Bellido, Diez Jorro, Albaladejo Blázquez, Cerezo Martinez, & Oltra Taverner, 2006).

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

El concepto de trastorno mental al igual que sus formas de tratamiento ha evolucionado con el pasar del tiempo, ya que en sus comienzos se hablaba de la locura y se consideraba como un problema moral, incluso se llegó a pensar en que era una posesión demoníaca o maldición; posteriormente en la Edad Media las personas creían que era cosa de posesiones por espíritus y lo relacionaban con la brujería y como tratamiento utilizaban la oración o confesión penitencial para liberar el alma (Kendler, 2012).

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

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

emocionalmente a un individuo y provoca un deterioro en las áreas social, laboral o en las actividades importantes del este y son reflejados en una disfunción de los procesos biológicos y psicológicos que prevalecen en su función mental (DSM-5, 2013).

Así que, los trastornos mentales como hemos visto se vuelven en un importante grupo de entidades que llegan a 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, Informe sobre la Salud en el mundo 2001. Salud mental: Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas, 2001).

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

Es valioso resaltar que las enfermedades mentales a pesar de su alta prevalencia -12% de la población entre 18 y 65 años- sólo una pequeña proporción de los enfermos recibe tratamiento (17.7%) que se duplica (34.4%) en los casos de trastornos graves (Medina-Mora, Sarti-Gutierrez, & Real Quintanar, 2015).

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 y permiten al profesional de la salud obtener información confiable y en este estudio las categorías Diagnósticas que mide el instrumento que se va utilizar son las siguientes y se describen de la siguiente forma:

Ansiedad

La ansiedad es una experiencia emocional considerado dentro de la normalidad que moviliza las defensas del organismo, es base para el aprendizaje, estimula el desarrollo de la personalidad, motiva al logro de metas y contribuye a mantener un elevado nivel de trabajo y conducta pero que en exceso es nociva, compromete el funcionamiento del individuo, provoca problemas de adaptación, y conduce a las enfermedades. La ansiedad puede significar también sentimiento de angustia, tensión, miedo, estrés y sufrimiento mórbido o trastorno de ansiedad. En psiquiatría a la ansiedad se le conceptualiza como sentimiento, síntoma, síndrome y enfermedad (Ticas J. A., s.f.).

Según estadísticas de la Organización Panamericana de la Salud para el (2015), a nivel mundial la proporción de la población mundial con trastornos de ansiedad fue de 3,6%.al igual que la depresión los trastornos de ansiedad son más comunes en las mujeres que en los hombres a nivel mundial. En América Latina se estima que hasta un 7.7% de las mujeres sufre ansiedad. No hay variación con los grupos etarios aunque hay tendencias de menor prevalencia en los grupos de mayor edad. En el mundo al 2015 se estima que había 264 millones de personas con trastornos de ansiedad (Organizacion Panamericana de la Salud, 2017).

Depresión

Según el DSM-5, La depresión es un trastorno disfórico que provoca malestar, deterioro funcional y búsqueda de ayuda, presentando síntomas depresivos como ser: tristeza o estado de ánimo deprimido, poco interés en el placer, sentimientos de culpa, confianza baja en uno mismo, ideación recurrente de muerte o suicidio entre otros. Las alteraciones pueden durar al menos dos semanas (Goldberg, 2011).

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (2018), la depresión es un trastorno mental frecuente, que puede llegar a hacerse crónica o recurrente y crear dificultades en trabajo, la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria. Se caracteriza por la presencia de tristeza, perdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. Cuando la depresión es leve se trata sin necesidad de medicamentos, pero cuando tiene carácter de moderado a grave se

puede necesitar medicamento y psicoterapia profesional, en su forma más grave puede conducir al suicidio (OMS, 2018).

Existen estudios que indican que la depresión puede estar relacionada con enfermedades no transmisibles como: la enfermedad cardíaca, derrame cerebral, cáncer, VIH y sida, diabetes. Las personas con depresión tienen mayor problema para adaptarse a su condición médica y a afrontar costos, según algunas investigaciones al tratar la depresión puede mejorar la evolución de la enfermedad médica (Departamento de salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, 2009).

Epilepsia

La comisión de la Liga Internacional contra la Epilepsia considera la misma como una enfermedad cerebral y toma en cuenta tres condiciones: 1. Haber tenido la presencia de al menos dos crisis epilépticas no provocadas (o reflejas) que ocurran en un plazo superior a 24 horas, 2. Una crisis epiléptica no provocada (o refleja) y un riesgo de presentar nueva crisis similar al derivado tras tener dos crisis no provocadas (de al menos 60% de probabilidad de que ocurran en los próximos 10 años) y 3. Cuando se diagnostica un síndrome epiléptico. (Liga Internacional contra la Epilepsia (ILAE), 2014).

La OPS (2013), en el informe sobre la epilepsia en América Latina y el Caribe refiere que es uno de los trastornos neurológicos crónicos más comunes en el mundo .Se estima que la epilepsia afecta a 50 millones de personas de las cuales 5 millones viven en las Américas. La prevalencia de la epilepsia a lo largo de la vida en América Latina y el Caribe de acuerdo a 32 estudios basados en la comunidad, se sitúa en una media de 17,8 por 1.000 habitantes, sin diferencias significativas de acuerdo a rangos de edad, sexo, o grupos de edad. Se estima la mitad de estos casos no reciben ningún tipo de atención en los servicios de salud. El pronóstico de la epilepsia depende, en gran medida, del diagnóstico temprano e inicio rápido del tratamiento y su continuidad; y si las personas reciben una atención adecuada pueden llevar una vida normal. Uno de los desafíos es proveer de servicios a las personas con esta enfermedad en el nivel primario de atención. Los factores que limitan y obstaculizan el tratamiento son: la falta de información, las atenciones se concentran en las áreas urbanas, la estigmatización (Organizacion Mundial de la Salud, 2013).

Dependencia de alcohol

El comité de expertos de la OMS en 1954 estableció una de las definiciones más conocidas y que ha tenido gran aceptación y es la siguiente: El alcoholismo es una enfermedad crónica o desorden del comportamiento que se manifiesta por la ingestión repetida de bebidas alcohólicas, en cantidades que exceden los límites aceptados por la comunidad, que causan perjuicio a la salud del bebedor, a sus relaciones con otras personas y a su actividad económica. El origen y desarrollo del alcoholismo se debe a la interacción de factores neuroquímicos, fisiológicos, psicológicos y sociales. Las personas que tienden a volverse alcohólicas son aquellas que reaccionan fisiológicamente a la bebida encontrando tranquilidad y relajación (Duque, 2005).

La región de las Américas el alcoholismo ocupa el segundo lugar entre las regiones de OMS con los niveles más altos de consumo de alcohol, los efectos perjudiciales del alcohol son la relación o consecuencia como la intoxicación alcohólica, la violencia y los traumatismos. La prevalencia en esta región se estima que es de un 13,7% en general (60 gramos de consumo de alcohol puro por lo menos una vez al mes), y 22% en bebedores (o sea que 1 de cada 5 personas consumen bebidas alcohólicas). Existen altos riesgos de consecuencias agudas y mientras más sea la frecuencia de consumo mayor es el riesgo de que la persona sufra una enfermedad crónica como cáncer, cirrosis hepática y trastornos al consumo de alcohol. Los países de Paraguay y Dominica presentan prevalencia de consumo excesivo de alcohol (Organización Panamericana de la Salud, 2017).

Abuso de sustancias psicoactivas (Drogas)

Las Drogas se refieren a sustancias que producen algún efecto sobre la fisiología humana, en especial en el área psíquica. Su utilización se relaciona con los principios básicos éticos de cada grupo social. A las drogas se les llama en la cultura Alucinógenos haciendo referencia a las plantas psicoactivas, Narcóticos para referirse a la cocaína, así como estupefacientes que puede estar relacionado este término con estupor o adormecimiento. (Anton, 2006).

Al referirse a las drogas son aquellas sustancias que provocan una alteración en el estado de ánimo y son capaces de producir adicción. Refiriéndose no solo a las drogas consideradas ilegales sino también a psicofármacos y sustancias de consumo legal como el tabaco,

alcohol, el café y además las sustancias de uso laboral y doméstico como: las colas, los pegamentos y los disolventes volátiles. Hay diversas sustancias, más o menos adictivas consumidas de distintas formas por diferentes personas y que pueden dar lugar a situaciones problemáticas. También se pueden relacionar con las drogas los términos de toxicomanía al referirse al estado de intoxicación periódica, deseo de continuar usándola, dependencia psíquica (fisiológica y física) y toxicómano que es toda persona que ingiere una sustancia con fines no terapéuticos (Jimenez, 2001).

Se estima que el 5,6% de la población mundial de edades entre 15 y 64 años, consumió droga al menos en una ocasión en el 2016. Unos 31 millones de personas que consumen drogas padecen trastornos derivados de las mismas que podrían llegar a necesitar tratamiento. Unos 13,8 millones consumieron cannabis el año anterior en todo el mundo, lo que equivale a una proporción de 5,6%. Según la OMS, en 2015 fallecieron 450.000 personas como consecuencia al uso de drogas, otras muertes pueden estar indirectamente relacionadas con el uso de drogas como ser el VIH y la hepatitis C como resultados de prácticas de inyecciones inseguras. (Oficina de las naciones unidas contra la droga y el delito . UNODOC, 2018).

Estrés Postraumático

El término de trastorno de estrés postraumático se incluyó en la terminología psiquiátrica en 1980 y se caracteriza por una triada sintomática de fenómenos invasores, conductas de evitación, y síntomas de hiper alerta en respuesta a un acontecimiento traumático, el que puede presentarse en cualquier sujeto y a cualquier edad, por la alta prevalencia se convierte en un problema de salud pública ya que afecta de preferencia la población activa (Carvajal, 2002).

El manual de Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) define el trastorno por estrés postraumático como exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real amenaza en los siguientes casos: Experiencia directa del suceso (s) traumáticos (s) o presencia directa del suceso ocurrido a otros ya sea un familiar próximo o un amigo íntimo y el suceso ha de haber sido violento o accidental. Exposición repetida o extrema a sucesos traumáticos, como los

socorristas que recogen restos humanos u otros (Centro de Psicología Clínica y Psicoterapia, 2016).

Entre los años 1980 y 2000 en Perú, se vivió un fuerte conflicto armado producto de la violencia política y el departamento de Huancavelica especialmente la comunidad de Cuñi fue de los más afectados por lo que se hizo un estudio para determinar las características sociodemográficas, prevalencia de estrés postraumático (TEPT), comorbilidad psiquiátrica y factores asociados .los participantes fueron 121 personas mayores de 18 años. Los resultados del estudio indican que la prevalencia de TEPT fue de 25% y que todas las personas presentaron al menos un trastorno psiquiátrico siendo los más fuertes la ansiedad y la depresión (Vanessa Herrera-Lopez, 2014).

Investigaciones sobre prevalencia de trastornos mentales en Honduras

En la última década, en Honduras, se han dado múltiples cambios en lo social, en lo económico y en lo político, de tal manera que se han creado diversas leyes de apoyo a la niñez y juventud, sin embargo se adolece de una ley sanitaria orientada al tema de la salud mental, al igual que en la mayoría de los países, sobre todo en los de ingresos bajos y medios, los servicios de salud mental adolecen de una escasez de recursos, tanto humanos como económicos. La mayoría de los recursos de atención sanitaria disponibles se destinan actualmente a la atención y el tratamiento especializados de los enfermos mentales y, en menor medida, a un sistema integrado de salud mental. Aún más reducidos son los fondos disponibles para la promoción de la salud mental (ENDESA, 2012).

En Honduras se ha realizado varias investigaciones en relación a la prevalencia de salud mental tomando diferentes sectores de la población, reportando una serie de datos que dan a conocer la prevalencia de los trastornos mentales y entre esas investigaciones tenemos:

La investigación realizada en Villa Nueva, Tegucigalpa, cuyos resultados obtenidos están ligados a la situación de pobreza, en jóvenes en edad productiva, siendo los trastornos mentales más frecuentes, la ansiedad y la depresión (Reyes-Ticas, y otros, 1999).

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

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. (Ticas, Mendoza, Aguilera y otros, 2008).

En un estudio realizado por Chirinos-Flores y otros, (2001) reportó una prevalencia de trastornos mentales del 35%, dicho estudio demostró que el caso de algunos trastornos, al igual que otros países en vías de desarrollo, obedece al incremento en el abuso de sustancias psicoactivas es uno de los problemas de mayor impacto para la salud mental de la población. Entre las sustancias capaces de desarrollar problemas y dependencia está el alcohol y el tabaco, consideradas drogas lícitas de mayor índice de consumo en diferentes grupos de la población. (IHADFA, 2004).

En lo que respecta a la Salud Mental en el Departamento de El Paraíso, Específicamente en la comunidad de Santa María, en donde la prevalencia de trastornos mentales fue el doble de lo esperado (60%), siendo uno de los departamentos con mayor prevalencia de trastornos mentales, siendo la población más afectada en mujeres jóvenes (Ticas, Padgett, Ortiz y otros, 2002).

Otro estudio realizado (Moncada, 2013) en Ciudad universitaria (UNAH) que ha podido detectar que 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 de 1977, declara tener una sintomatología que sugiere que hay una alteración de su salud mental.

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 una población representativa de 300 individuos en edades mayores de 18 años del municipio de Morolica, siendo los resultados en la población estudiada un 60.5% padece de TEPT, siendo el sexo femenino más afectado asociados con otros trastornos neurótico y alcoholismo (Ticas, 2011).

La investigación de prevalencia de depresión en mujeres mayores de 18 años en dos comunidades de la región central, Honduras, ha determinado la prevalencia de depresión mayor en mujeres mayores de 18 a 30 años, con una muestra representativa de 443 mujeres en Alubarén, Francisco Morazán, siendo los resultados de prevalencia de 2.7% inferior en comunidades rurales de las urbanas (Sosa, Padgett, Sierra y otros, 2010).

Y se realizó un estudio de prevalencia de estrés post-traumático (TEPT) en la población de Morolica a los 9 meses del Huracán Mich, para determinar los estresores asociados y caracterizando a la población por edad, sexo, estado civil y escolaridad y los resultados indican que la prevalencia encontrada fue de un 60.5%, la edad promedio encontrada fue de 43.8 años. Y los estresores que más se relacionaron fueron: destrucción de la casa, riesgo a morir, pérdida de bienes materiales y lesiones físicas, el de mayor impacto para la población estudiada la destrucción de sus casas (Alejandra Munguía *, 2011).

2.1.3. Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT)

Este apartado tiene como propósito identificar los factores de riesgo y la prevalencia de las enfermedades crónicas no transmisibles las cuales tienden a ser de larga duración, y que según los estudios, pueden resultar de la combinación de factores genéticos, fisiológicos, ambientales y conductuales.

En esta investigación se estudiaron cuatro grupos de enfermedades crónicas no transmisibles como ser: **Enfermedades cardiovasculares** (Hipertensión HTA, Infarto agudo al miocardio IAM, Insuficiencia cardíaca IC y Accidente cerebrovascular ACV), **Endocrinólogas** (Diabetes DM, Tiroides), **Enfermedades Respiratorias** (Bronquitis Crónica, Asma bronquial, Enfermedad pulmonar obstructiva Crónica EPOC), algunos tipos de **Cáncer** (cervicouterino, mama, próstata, colorrectal) tratando de investigar la prevalencia de las mismas y su relación con los trastornos mentales.

Según el informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018). Las principales enfermedades transmisibles son las cardiovasculares (como los ataques cardiacos y los accidentes cerebrovasculares), el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas (como la enfermedad obstructiva crónica y el asma) y la diabetes. A la vez el reporte de la OMS da a conocer que las enfermedades no transmisibles (ENT) matan a 41 millones de personas cada año, lo que equivale al 71% de las muertes que se producen en el mundo. Y mueren también

15 millones de personas entre 30 y 69 años de edad; más del 85% de estas muertes prematuras ocurren en países de ingresos bajos y medianos. Las enfermedades cardiovasculares constituyen la mayoría de las muertes por ENT (17,9 millones cada año) seguidas del cáncer (9,0 millones), las enfermedades respiratorias (3,9 millones) y la diabetes (1,6 millones) estos cuatro grupos de enfermedades son responsables de más del 80% de todas las muertes prematuras por ENT considerando el consumo de tabaco, la inactividad física, el uso nocivo de alcohol y las dietas malsanas aumentan el riesgo de morir a causa de una de las ENT.

La carga mundial de enfermedades no transmisibles sigue aumentando; hacerle frente constituye uno de los principales desafíos para el desarrollo en el siglo XXI. Se calcula que las enfermedades no transmisibles, principalmente las enfermedades cardiovasculares, diabetes, cáncer y enfermedades respiratorias crónicas causaron unos 35 millones de defunciones en 2005. Esta cifra representa el 60% del total mundial de defunciones; el 80% de las muertes por enfermedades no transmisibles se registra en países de ingresos bajos y medianos, y aproximadamente 16 millones corresponden a personas de menos de 70 años. Se prevé que el total de defunciones por enfermedades no transmisibles aumente otro 17% en los próximos 10 años (Organización Mundial de la Salud, 2008).

Relación entre enfermedades y Trastornos mentales

Las enfermedades crónicas no transmisibles en los últimos años han sufrido un crecimiento de manera rápida en varios países y estratos sociales, cambiando así el perfil epidemiológico según la Organización Panamericana de la Salud y otros profesionales. Los orígenes de las mismas ya no solo son microbianas y genéticas sino que tienen también un papel importante los factores psicosociales por lo que se valoran las condiciones y estilos de vida, la participación social, el estrés, las emociones negativas y el acceso a recursos socioculturales (Abalo, 2016).

Los trastornos mentales y las enfermedades están interrelacionadas, el tratamiento para la depresión en los casos de comorbilidad con enfermedades físicas como la diabetes, enfermedades cardiovasculares, trastornos neurológicos o cáncer puede mejorar la adherencia a las intervenciones, pacientes con comorbilidad por depresión, con menor frecuencia cumplen el tratamiento o las recomendaciones médicas y están expuestos a un riesgo mayor de discapacidad y mortalidad o a que se vuelvan resistentes al medicamento.

A la vez la depresión según evidencias predice la incidencia de problemas cardiacos afectando la calidad de vida y la funcionalidad de los pacientes con enfermedades crónicas debido a que se genera una mayor utilización de los servicios y costos. Algunas investigaciones han mostrado que un número de trastornos mentales como la depresión, ansiedad, abuso de sustancias ocurren en personas que sufren enfermedades transmisibles y no transmisibles. (Organización Mundial de la Salud, 2004).

2.1.3.1. Características de las Enfermedades Crónicas no transmisibles

En este apartado se ha considerado como objeto de estudio la prevalencia de los trastornos mentales en relación a las enfermedades no transmisibles por lo que se dará a conocer las características de las mismas las cuales se clasificaron de acuerdo a las siguientes agrupaciones: cardiovasculares, endocrinológicas, enfermedad obstructiva crónica EPOC y el cáncer.

2.1.3.1.1. Cardiovasculares

El grupo de enfermedades cardiovasculares seleccionadas para este estudio son la Hipertensión arterial, la insuficiencia cardiaca, el infarto agudo al miocardio y el accidente cerebrovascular.

Hipertensión Arterial HTA

Se llama presión alta o hipertensión arterial a la elevación de uno de los dos componentes de la presión sanguínea, la sistólica o la diastólica. La hipertensión arterial se produce cuando la sangre presiona contra las paredes arteriales con demasiada fuerza en forma irregular y de manera constante, y expresándose en cifras iguales o mayor de 140/90 MmHg. La presión arterial normal es en promedio 120/80 MmHg. Si la presión sube por encima del límite normal (mayor o igual de 140/90 MmHg en las personas mayores de 18 años) se produce lo que denominamos hipertensión arterial. (Ministerio de salud pública, 2011).

En un estudio realizado en Buenos Aires, Argentina sobre la frecuencia de los trastornos de ansiedad y del ánimo en pacientes con hipertensión arterial mayores de 18 años en donde se incluyeron 85 pacientes con diagnóstico de HTA; el segundo grupo estuvo compuesto por 54

controles no hipertensos emparejados por sexo y edad, los resultados indicaron que un 56% de los pacientes con HTA presenta algún trastorno de ansiedad o depresión y en el grupo de los no hipertensos un 29%. Se detectó la presencia del trastorno de ansiedad generalizada y trastorno de angustia siendo en ambos casos mayor en los hipertensos que en el grupo control por lo que en este estudio se apoya la hipótesis de una asociación significativa entre ciertos trastornos mentales, específicamente los de ansiedad y enfermedad cardiovascular no así entre la depresión y la hipertensión arterial (Vetere, 2014).

Insuficiencia Cardiaca

La insuficiencia cardiaca es una enfermedad crónica y degenerativa del corazón que impide que este tenga capacidad suficiente para bombear la sangre y por lo tanto de hacer llegar suficiente oxígeno y nutrientes al resto de los órganos, puede manifestarse a cualquier edad aunque la probabilidad de sufrirla aumenta con los años. Existen diferentes causas para diagnosticar la insuficiencia cardiaca y entre ellos está haber sufrido un evento cardiovascular, un infarto agudo de miocardio o una angina de pecho, enfermedades del musculo y de las válvulas del corazón y una arritmia. Los síntomas más comunes son: la hipertensión arterial que no esté bien controlada, dificultad para respirar, fatiga y cansancio muscular, retención de líquidos e hinchazón en tobillos, piernas y abdomen, pérdida de apetito, confusión, mareos y en algunos casos perdida del conocimiento, tos seca, taquicardias y palpitaciones más rápidas de lo normal, poca tolerancia al ejercicio debido a la fatiga entre otros (Cardio Alianza, s.f.).

La depresión se presenta con tasas de prevalencia en la población con insuficiencia cardiaca (IC) con un 25%, y en pacientes con fases avanzadas o graves, la tasa de enfermedad depresiva o depresiva-ansiosa sobrepasa el 50%. La enfermedad cardiaca conlleva a estos pacientes a un notable desgaste emocional a lo largo de varios años, con la necesidad de adaptaciones sucesivas a situaciones físicas y psicosociales cambiantes, en general con pérdida progresiva de su autonomía. Los síntomas depresivos subsindromicos se asocian con un mayor riesgo de mortalidad cardiovascular, así como el estado de ánimo negativo puede predecir la mortalidad independientemente de la gravedad de la enfermedad cardiaca. En evaluaciones a largo plazo después de un infarto de miocardio. El mal pronóstico vital se

asocia a características clínicas como pérdida de apetito, adelgazamiento, pocas ganas de luchar y vivir y el incumplimiento de las pautas médicas este último puede mejorar con un buen abordaje integral médico-psicólogo. (Pintor, 2006)

Infarto agudo al miocardio (IAM)

Según la Organización Mundial de la Salud para el diagnóstico del infarto del miocardio deben estar presentes por lo menos dos de los tres criterios diagnósticos como ser: historia de dolor torácico con características de isquemia miocárdica, cambios evolutivos electrocardiográficos en trazos seriados, elevación y caída de marcadores de daño miocardio en el suero. Según los estudios los factores de riesgo tiene relación el estilo de vida de las personas, así como antecedentes familiares, edad, sexo pero no son estos últimos tan determinantes. Los desencadenantes pueden ser la presencia de uno o dos factores psicológicos o comportamentales específicos que pueden ser preocupaciones económicas, exceso de trabajo, infelicidad familiar, insatisfacción laboral, elevados niveles de responsabilidad, que afectan de un modo adverso al estado médico provocando respuestas fisiológicas relacionadas con el estrés como lo es el infarto agudo al miocardio. (Carlos Peña Coto, 2012).

Un estudio realizado en 87 hospitales de España entre el periodo 2008-2010 sobre Trastornos por cocaína e infarto agudo de miocardio en pacientes mayores de 18 años y su influencia en la mortalidad, prolongación de estancias y exceso de costos hospitalarios se estudiaron 5.575.325 ingresos de los cuales hubo 24.126 pacientes con trastornos por cocaína y 79.076 casos de infarto agudo de miocardio. La prevalencia de infarto agudo de miocardio entre los pacientes con trastornos por cocaína aumento con la edad, y fue máxima entre los de 55-64 años de edad. Los resultados indicaron que los trastornos por cocaína son más graves entre los pacientes con infarto agudo de miocardio e independientemente de edad, sexo, otras adicciones quienes no presentaron mayor mortalidad, pero si una prolongación indebida de las estancias hospitalarias y un exceso de costos. Este estudio concluye que hay una asociación entre los trastornos por cocaína y el infarto agudo de miocardio. (Miguel Gili, 2014).

En un estudio realizado en el centro médico Universitario de Duke, en Estados Unidos, se estudiaron 357 pacientes en quince meses en donde 35.3% con síntomas de depresión y 13.9% con depresión grave, los pacientes con falla cardiaca y sin depresión presentaron una mortalidad de 5.7% a los 3 meses y 13.7% al año. Pacientes con falla cardiaca y con depresión aumentaron la mortalidad de 13% a los tres meses y 16,1% al año. El estudio de frasure Smith y cols. Permitió hacer asociaciones entre depresión y enfermedad cardiovascular. Los síntomas depresivos facilitan estilos de vida poco saludables como el sedentarismo, el tabaquismo y la no adherencia a los tratamientos o incumplimiento a las prescripciones médicas. Se menciona que después de un infarto agudo de miocardio entre el 15% y el 20% de los pacientes experimentan una depresión mayor y muchos más síntomas depresivos. Son tres veces mayor la posibilidad de sufrir depresión en estos pacientes en comparación con la población general. (Rafael Alaron, 2006).

En Honduras se realizó un estudio en el año 2014 en el Hospital Escuela Universitario sobre la caracterización de pacientes con infarto de miocardio y factores de riesgo relacionados, se incluyeron 61 pacientes diagnosticados con infarto agudo de miocardio de 19.6% de 311 pacientes ingresados en observación en el periodo, identificándose los siguientes factores de riesgo más frecuentes en la población investigada; sedentarismo, hipertensión arterial, obesidad, diabetes mellitus y tabaquismo los resultados indican que la frecuencia de infarto agudo de miocardio representa un porcentaje significativo de los ingresos a la sala del Hospital Escuela Universitario. El IAM se presentó principalmente en personas de género masculino, la mayoría de factores de riesgo que se identificaron en los pacientes son potencialmente modificables (Dr. Alejandro Jose Carcamo Gomez, 2014).

Accidente Cerebrovascular ACV

El accidente cerebrovascular es aparición brusca de la pérdida de la función neurológica focal por infarto o hemorragia en una zona importante del cerebro, la retina o la medula espinal. (Hankey, 2016), si el flujo de la sangre se detiene por más de pocos segundos, el cerebro no puede recibir nutrientes y oxígeno.

Según investigaciones de la OMS las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte en todo el mundo. Cada año mueren más personas por ECV que por otras causas, se calcula que en el 2015 murieron por esta causa 17,7 millones de personas, lo cual representa un 31% de todas las muertes registradas en el mundo de las cuales 6,7 millones se debieron a los accidentes cerebrovasculares AVC en donde más de tres cuartas partes de las defunciones se producen en los países de ingresos bajos a medios. La mayoría de estas enfermedades pueden prevenirse sobre factores de riesgo comportamentales, como el consumo de tabaco, las dietas malsanas y la obesidad, la inactividad física o el consumo nocivo de alcohol utilizando estrategias que abarquen a toda la población (Organización Mundial de la salud, 2017).

En un estudio desarrollado en Villanueva Cortes que tuvo como Objetivo determinar la prevalencia anual y acumulada, la letalidad de la Enfermedad cerebrovascular y factores asociados para establecer un programa de vigilancia. El universo estaba formado por 1829 habitantes y la muestra por 6 personas con ictus. En la población estudiada se encontraron 16 casos sospechosos, de los cuales 10 fueron mujeres y 6 hombres que presentaban síntomas de parálisis facial, migraña, cefalea, hipertensión arterial mal controlada trastorno de ansiedad y rinopatía diabética. Los resultados indicaron que la prevalencia anual de la enfermedad cerebrovascular en esta población fue de 3.2/1.000 y acumulada en 5 años de 16/1,000 habitantes, lo cual concuerda con estudios internacionales (Oscar Fernando Isaula*, 2006-2010).

2.1.3.1.2. Endocrinólogas

El sistema endocrino comprende un conjunto de glándulas de secreción interna cuyos productos son las hormonas. En este estudio se incluyen la Diabetes Mellitus y la Tiroides, tratando de establecer la relación de las mismas con los trastornos mentales.

Diabetes

La diabetes puede definirse como un trastorno crónico de base genética que se caracteriza por dos tipos de manifestaciones; un síndrome metabólico consistente en hiperglucemia y un

síndrome vascular que puede ser macro o micro angiopático y que afecta todos los órganos, en especial a corazón, circulación cerebral, riñones y retina. (J. J. Escriva, 2002).

De acuerdo con la Asociación Americana de Diabetes (ADA), la diabetes es un grupo de trastornos metabólicos caracterizado por la hiperglicemia resultante de los defectos de la secreción o la acción de la insulina o ambos. Para diagnosticar la diabetes mellitus tipo II se toman los siguientes parámetros: A1c > 6.5% 0, glucemia en ayunas > 126 mg/dl 0, glucemia 2 horas después de prueba de tolerancia a glucosa oral > 200 mg/dl 0, glucemia tomada aleatoriamente > 200mg/dl en pacientes sintomáticos o con crisis hiperglicemia (ADA/ European Association for the study of diabetes, 2015).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la prevalencia en adultos mayores de 18 años ha aumentado de 4,7% en 1980 a 8,5% en el 2014 siendo los países de ingresos medianos y bajos en donde la prevalencia ha aumentado con mayor rapidez. La diabetes es una importante causa de ceguera, accidente cerebrovascular y amputación de los miembros inferiores. Según las proyecciones de la OMS la diabetes será la séptima causa de mortalidad para el 2030 (Organización Mundial de la Salud, 2017).

En un estudio que se desarrolló para analizar la evolución de la mortalidad por diabetes mellitus en América Latina en los años 2000- 2011 se incluyeron grupos de personas entre 20 y 79 años de edad de los siguientes países; Argentina, Chile, Colombia y México, se obtuvo como resultados que en México para la población en general la diabetes mellitus fue la primera causa de muerte, la séptima en Chile, la decimoprimer en Argentina y la quinta en Colombia. En los cuatro países en la población de 20 a 79 años el peso relativo de mortalidad por diabetes fue mayor en mujeres que en hombres (Dávila-Cervantes, 2015).

Para establecer la relación entre trastornos mentales y enfermedades crónicas se desarrolló en Tabasco, México un estudio sobre prevalencia de ansiedad y depresión en las personas con diabetes tipo II, el promedio de edad fue de 56.15 años de edad, el 55 % son del sexo femenino y el 44.5 son del sexo masculino. Se pudo comprobar que el nivel de depresión en personas con diabetes tipo II es mayor en las mujeres, sin embargo los hombres presentan ligeramente mayor ansiedad que las mujeres. Los enfermos crónicos pueden presentar una actitud negativa ante la enfermedad por las indicaciones sobre los autocuidados. Este estudio

permite valorar que las personas con diabetes tipo II son afectadas de manera importante por los aspectos emocionales como lo es la ansiedad y la depresión (Valentina Rivas-Acuña, 2011).

Tiroides

La tiroides es una glándula endocrina llamada también cartílogo que regula el metabolismo del cuerpo mediante la producción, almacenamiento y liberación de hormonas como tiroxina T4, triyodotironina T3 y calcitonina que inciden en casi todas las células y órganos del cuerpo. Está situada en la parte anterior y superior de la laringe.

En el 2008 el Instituto Nacional de Cancerología de Colombia da a conocer algunas estadísticas de nuevos casos de cáncer de tiroides en los siguientes países en relación al género: En Latinoamérica y el caribe: hombres 3,568 y 14,186 mujeres: en Colombia 179 hombres y 1821 mujeres, Estados Unidos: hombres 8,931, mujeres 28,411, en Ecuador: 117 hombres y 675 mujeres, Nicaragua: 123 hombres y 121 mujeres, en México: 1,351 hombres y 1,844 mujeres, en Brasil: 768 hombres y 4,893 mujeres. Según estas estadísticas el cáncer de tiroides es de mayor prevalencia en mujeres que en hombres. (González, 2007).

Se realizó otra investigación en el hospital provincial de las Tunas en Cuba con el objetivo de caracterizar a los pacientes con lesiones tiroideas en el año 2016. La muestra fue de 50 pacientes con cualquier tipo de lesión nodular a quienes se les realizó los estudios clínicos correspondientes. Los resultados obtenidos indican que predominaron los pacientes del sexo femenino en el 84% y los del grupo de edad comprendida entre 41-50 años con el 54%. El 60% de los casos presentaron la lesión en el lóbulo derecho con diferencias respecto a la malignidad o no. El estudio concluye que se obtuvo un predominio de lesiones benignas en la tiroides de Hashimoto. El carcinoma papilar fue lesión maligna más frecuente (Oleidis Francisca Perez Gonzalez, 2017).

Otro estudio de investigación se realizó en el área urbana de Costa Rica para conocer la prevalencia de disfunción tiroidea subclínica en una población de 297 adultos de ambos géneros con edades entre 30 y 87 años de edad. Se realizó una entrevista con los participantes para conocer antecedentes sobre historia familiar de enfermedades crónicas como:

Hipertensión arterial, Diabetes Mellitus, enfermedad tiroidea o cardiovascular y obesidad, los resultados obtenidos indicaron que el 15,7% de los participantes en este estudio presento disfunción tiroidea subclínica. La prevalencia de hipertiroidismo subclínico fue de 3,9% y la de hipotiroidismo subclínico 11,8%, siendo esta 3 veces más frecuente en mujeres que en hombres. Cerca del 50 % del total de los participantes del estudio presento sobrepeso u obesidad, independientemente de su estado tiroideo. Este estudio concluyo que en Costa Rica no hay una identificación temprana ni una política para el manejo del paciente con disfunción tiroidea subclínica (Oscar Guevara-Sánchez, Ileana Holst-Schumacher, Mauro Barrantes-Santamaría, & Pablo Alvarado-Ulate, 2015).

En el Hospital Escuela Universitario se realizó un estudio para analizar la relación entre el riesgo cardiovascular, hipotiroidismo y síndrome metabólico en una muestra de enfermeras del Hospital Escuela Universitario entre octubre y noviembre 2016. Las participantes fueron 150 auxiliares y 50 licenciadas en enfermería del sexo femenino. La conclusión del estudio fue que la mayoría de la población presento índice de masa corporal alterado y algún tipo de dislipidemia asociada. La prevalencia de hipotiroidismo subclínico en el personal de enfermería fue similar a la encontrada en otros estudios y la de síndrome metabólico fue mayor a la reportada a nivel mundial 20-25% y nacional 23% (Israel Godoy, 2017).

Algunos estudios indican que la asociación entre la disfunción tiroidea y patología emocional se incrementa cuando se evalúa a sujetos que han experimentado una pobre o nula respuesta a tratamiento psicofarmacológico y que tanto el hipertiroidismo como el hipotiroidismo se manifiestan con síntomas muy parecidos a una enfermedad psiquiátrica. Para el caso en el hipotiroidismo son frecuentes los síntomas como la astenia psicomotora, el letargo, la somnolencia, la pérdida de memoria y la capacidad de concentración, que también son frecuentes en pacientes con episodios depresivos. A la vez el hipertiroidismo puede ser causa de hiperactividad, taquicardia, nerviosismo, crisis vasomotora, irritabilidad y cambios de conducta, que pueden semejar crisis de pánico o episodios de hipomanía y manía. (Danilo Quiroz L1, 2004).

2.1.3.1.3. Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)

Las cifras dadas a conocer por la Organización Mundial de la Salud sobre la prevalencia de la enfermedad Pulmonar Obstructiva crónica al 2016 fueron de 251 millones de casos. En el

2015 murieron por esta causa cerca de 3,17 millones de personas en todo el mundo, más del 90% de las muertes por EPOC se producen en países bajos y de medianos ingresos. La principal causa de la EPOC es la exposición al humo de tabaco ya sea de fumadores activos y pasivos, la exposición al aire contaminado, tanto de interiores como de exteriores, a la vez algunos casos pueden ser consecuencia del asma crónica. La EPOC es una enfermedad incurable, pero el tratamiento puede aliviar los síntomas, mejorar la calidad de vida y reducir el riesgo de defunción (OMS, 2017).

La prevalencia de la EPOC para América Latina según el proyecto latinoamericano para la investigación de enfermedades obstructivas del pulmón en personas mayores de 40 años en cinco ciudades como ser: Brasil, Chile, México, Uruguay y Venezuela, la prevalencia varió entre el 7,8% al 19,7%. Un 12% nunca había fumado, un 22% estuvo expuesto a cocinas que usaban carbón mineral como combustible y el uso de biomasa (Leña), este último es usado en la mayoría de las viviendas en países en desarrollo aún más en las zonas rurales y en algunas zonas se usa para la calefacción de hogares teniendo efectos respiratorios por la exposición, siendo los más vulnerables las mujeres y los niños pequeños por permanecer más tiempo dentro del hogar (Andrea Junemann, 2007).

En 11 centros españoles en la población general de edades entre 40 y 80 años se realizó un estudio epidemiológico observacional llamado EPI-SCAN, y los resultados indicaban que no existían diferencias significativas entre hombres y mujeres. El 73% de los pacientes con criterios de EPOC fueron infra diagnosticados, y este porcentaje se distribuye desigualmente por sexo, siendo 1,27 veces más frecuente en mujeres (86,0%) que en hombres(67,6%),por lo que concluyo este estudio indicando que el EPOC está más infra diagnosticado en mujeres que en hombres en España. (Julio Ancochea, 2013)

Existen algunos estudios que indican que la presencia de trastornos mentales como la ansiedad y la depresión son muy frecuente en pacientes con el EPOC, y que cerca del 35 a 40% podrían presentar distintos grados de ansiedad y hasta un 75%, de depresión. Su presencia puede influir en el curso y la evolución de la propia EPOC, asociándose con un peor pronóstico, calidad de vida y respuesta a los tratamientos. Es muy importante una adecuada detección de estas patologías, tanto por los equipos de neumología como por los de atención primaria, que permitan valorar su tratamiento o la remisión del enfermo a

profesionales de salud mental. (Roncero, Ansiedad y depresión en el paciente con EPOC, 2017).

Asma Bronquial

El asma bronquial es una enfermedad inflamatoria crónica caracterizada por obstrucción reversible al flujo aéreo e hiperreactividad de la vía aérea .La prevalencia es de aproximadamente unos 300 millones de personas en el mundo y unos 100 millones de afectados para el 2015, los trastornos de ansiedad se han asociado con varias patologías crónicas tales como enfermedad coronaria, diabetes, EPOC o asma. Varios estudios muestran una fuerte asociación entre síntomas respiratorios y el estado psíquico teniendo en cuenta que el asma se caracteriza por ataques repentinos de dificultades para respirar, lo que se puede convertir en una amenaza acompañada de tensión, conocida como ansiedad (Amparo Sanz Cabrera, 2016).

Algunos estudios realizados por Scott y colaboradores en 2007, en el que participaron 17 países los autores concluyeron que los adultos asmáticos tienen una prevalencia de trastorno depresivo que oscila del 5 al 25% y de trastorno de ansiedad generalizado que puede llegar hasta al 6,7%. A la vez estos autores en su estudio señalan que los adultos con asma tienen riesgo incrementado de sufrir depresión o trastornos de ansiedad.

En un estudio experimental realizado en Oviedo España con la participación de 129 sujetos de los cuales 66 pertenecen al grupo de asma de las consultas externas del servicio de Neumología II del Instituto Nacional de Silicosis en Oviedo España y 66 al grupo control que pertenecen a ambientes diversos (de varias asociaciones de vecinos y residencias principalmente) y los resultados indican que los asmáticos muestran mayor número de pensamientos depresivos, entre ellos se preocupan con facilidad dificultad en la toma de decisiones, mayores índices de activación y síntomas físicos asociados con depresión por lo que se concluyó que los asmáticos presentan un nivel general de depresión mucho más elevado que el grupo control , presentan una mayor tasa de sintomatología depresiva que los sujetos sanos (Juan Carlos Fernandez Rodriguez, 2014).

Bronquitis Crónica

La bronquitis crónica es la inflamación de los conductos bronquiales, las vías respiratorias que llevan oxígeno a sus pulmones y que causa tos con mucosidad. También puede presentar dificultad para respirar, fiebre y presión en el pecho. Existen dos tipos de bronquitis: aguda y crónica. El fumar cigarrillos es la causa más común. (Medline Plus, 2017).

La bronquitis aguda es una de las causas más comunes de consulta en los hospitales, es también uno de los diagnósticos más comunes hechos por médicos en centros de atención primaria y en las emergencias más del 90% de los episodios de bronquitis aguda son de etiología viral y por lo tanto el uso de antibióticos no está recomendado y no debe ofrecerse. Algunos de los causantes de la bronquitis aguda pueden ser algunos virus entre ellos el de la influenza y por algunas bacterias. Se caracteriza por una radiografía de tórax y por un conjunto de signos y síntomas como tos seca de hasta tres semanas de duración, con expectoración o sin ella. En Estados Unidos, la tos es el síntoma más común en las consultas ambulatorias al médico general o al especialista y la bronquitis aguda es el diagnóstico más frecuente. Cada año se presenta un episodio de bronquitis aguda en hasta el 5% de la población general y un 90% busca atención médica, lo que para la comunidad norteamericana equivale a más de 10 millones de consultas por año (Duque A. E., 2008).

2.1.3.1.4. Cáncer

Para esta investigación en este apartado se da a conocer como parte de las enfermedades crónicas no transmisibles cuatro diferentes tipos de cáncer como ser; el cervicouterino, de mama, próstata y colorrectal.

El cáncer según la Organización Mundial de la Salud es un proceso de crecimiento y diseminación incontrolados de células y puede aparecer en cualquier parte del cuerpo.

El cáncer se puede prevenir evitando la exposición a factores de riesgo comunes como el humo del tabaco, el consumo de alcohol, la dieta poco saludable y la inactividad física. Algunos cánceres pueden curarse mediante cirugía, radioterapia o quimioterapia especialmente si se detectan en forma temprana, para el 2030 se espera un aumento en la mortalidad de hasta 2,1 millones de personas (OPS/OMS, 2016).

Cáncer Cervicouterino/matriz (CU)

Este tipo de cáncer es el que comienza en las células del cuello del útero. Este tipo de cáncer puede crecer lentamente a través de muchos años, pero también puede en menos de un año. Antes de que el cáncer se desarrolle aparecen células anormales en el cuello uterino llamadas displasia o pre canceres las cuales se pueden ver en una prueba de Papanicolaou. Al tratar estas células anormales previene que se desarrolle el cáncer. La mayoría de los casos se encuentra en mujeres menores de 50 años.

Los dos principales tipos de cáncer del cuello uterino son; Carcinoma de células escamosas, y adenocarcinoma. Los factores de riesgo para que una mujer pueda desarrollar cáncer de cuello uterino son la infección del Virus del Papiloma Humano VPH, la infección por VIH, fumar, una historia familiar de cáncer, el uso a largo plazo de contraceptivos orales, tener múltiples embarazos a término completo, tener menos de 17 años en el momento de su primer embarazo, la infección de la clamidia, tener múltiples compañeros sexuales, el estilo de vida. Los síntomas pueden ser sangramiento entre menstruaciones así como después de la menopausia, dolor o sangramiento después de las relaciones sexuales, flujo vaginal fuera de lo normal, dolor en la pelvis o en el bajo vientre. (Miami Cancer Institute, 2018).

En Chile, el cáncer de cuello uterino CCU ocupa el tercer lugar entre los cánceres de mujer. En la región IX el CCU corresponde a 11,7% del total de tumores malignos, ocupando el segundo lugar en las mujeres con 20,3%. En Chile se estudiaron 55 casos en pacientes entre 18 y 77 años con un promedio de 38,5 años. En donde 53 muestras resultaron con el virus del papiloma humano HPV positivas, 2 fueron excluidas. Una de las conclusiones del estudio fue que la alta frecuencia del virus del papiloma humano de alto riesgo oncogénico, en lesiones de alto y bajo grado surge como buena explicación para las altas incidencias de cáncer cervicouterino en esta región (Susana Aedo, 2007).

En una investigación desarrollada en un hospital Chiclayo Perú, se estudió la Depresión y resiliencia en pacientes con cáncer de cuello uterino en el año 2013. La muestra estuvo conformada por 102 pacientes con cáncer de cuello uterino que acuden a su tratamiento al servicio de Oncología de un hospital a recibir su tratamiento. Se obtuvo como resultados que existe una correlación negativa entre ambas variables, lo cual significa, que a menor

depresión, la capacidad resiliente de los pacientes es mayor, siendo capaces de adaptarse a las experiencias adversas (Bracamonte Alejandría Ana Guiselle, 2013).

En Honduras durante el año 2005-2006 se desarrolló una investigación en Olanchito, Yoro sobre la caracterización de la vigilancia de la salud de la población con displasia y cáncer cervicouterino. Los resultados indican que los factores de riesgo más significativos a padecer cáncer cervico uterino fueron; edad entre 30-39 años, primaria incompleta, residentes en el área rural, amas de casa, inicio de vida sexual antes de los 20 años de edad, nivel socioeconómico bajo y multiparidad más de 4 hijos. La vigilancia en el programa de cáncer cervico es débil, lo que provoca atención incompleta y poco eficaz y la tasa de mortalidad por este tipo de cáncer en el municipio, se observa con tendencia al incremento (Posas, 2014).

Cáncer de Mama

El cáncer es una enfermedad en la cual las células del cuerpo comienzan a multiplicarse sin control. Cuando el cáncer se origina en la mama, se denomina cáncer de mama. Se detecta por medio de una mamografía que es una radiografía de la mama. La mayoría de las mujeres entre 50 y 74 años deben hacerse una mamografía cada dos años. Si se tiene una edad entre 40 y 74 años o piensa que puede tener un riesgo se debe consultar cada cuanto se debe estar haciendo la mamografía. Algunos de los factores de riesgo son; ser mujer y hacerse mayor, los genes heredados, tener menstruación antes de los 12 años de edad, tener primer hijo a edad tardía o no haber dado a luz, comenzar la menopausia a los 55 años de edad, tomar hormonas durante más de cinco años para reemplazo de estrógeno y progesterona, tener sobrepeso. Los síntomas que pueden presentarse como señales de advertencia de cáncer de seno son: un bulto o dolor en el seno, endurecimiento o hinchazón de una parte de los senos, irritación o hundimientos en la piel de los senos, liquido del pezón, que no sea leche materna, en especial sangre (Division de cancer prevencion y control CDC, s.f.).

Investigaciones demuestran que la ansiedad surge en la mujer con cáncer de mama desde el momento del diagnóstico, por lo que se realizó un estudio para medir la ansiedad, como factor estresor intrapersonal en la calidad de vida de la mujer con cáncer de mama, en un hospital de Sonora México. La información que proporciona el estudio es que en México el número de casos nuevos reportados de cáncer de mama va en aumento y que actualmente ocupa el

primer lugar como causa de muerte por neoplasia maligna en mujeres mayores de 25 años. En esta investigación el 6.2% pertenecía a mujeres con 32 años de edad y la media fue de 52 años y los resultados obtenidos mostraron una ansiedad moderada y una tendencia hacia la mala calidad de vida de las pacientes con cáncer de mama, tanto en lo general así como en lo físico, psicológico, social y aspectos relacionados con el entorno. (Eustolia Velasquez Leyva, 2015).

Cáncer de Próstata

El cáncer de próstata se forma en los tejidos de la próstata, una glándula en el aparato reproductivo masculino, que se encuentra por debajo de la vejiga y frente al recto. La próstata está formada por dos lóbulos simétricos y los síntomas son aumento de la frecuencia al orinar, levantarse en la noche muchas veces para orinar, un examen físico y el análisis de una proteína producida por la próstata en la sangre guiaran el diagnóstico. El diagnóstico puede ser confirmado analizando pedazos de tejido de la próstata por medio de una biopsia o tomografía computarizada. (Fundacion contra el Cancer, 2016).

Los factores de riesgo constitucionales desarrollan un papel importante en la etiopatogenia del cáncer prostático, especialmente la edad, los factores étnico- raciales- geográficos y los factores genético-familiares (J. Ferrís-i-Tortajadaa, 2010).

Cáncer Colorrectal

El cáncer colorrectal es el que se origina en el colon o el recto. Dependiendo del lugar adonde se originen se les puede llamar cáncer de colon o cáncer de recto (rectal). Ambos tipos de cáncer tienen características comunes. El cáncer se origina cuando comienza a crecer en forma descontrolada. Casi cualquier célula del cuerpo puede convertirse en cáncer y propagarse a otras partes del cuerpo. La mayoría de los cánceres colorrectales comienza con un crecimiento en el revestimiento interno del colon o del recto, estos crecimientos son referidos como pólipos, no todos los pólipos se convierten en cáncer (Sociedad Americana del Cancer, 2018).

En el mundo el cáncer colorrectal es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad. En los hombres es el tercer tumor más frecuente con aproximadamente 663,000 casos nuevos diagnosticados anualmente y el segundo más frecuente en mujeres con 570,000 casos al año. Puede tener alteraciones genéticas hereditarias y exposición a factores de riesgo determinados por los hábitos de vida; composición de las dietas, ejercicio, uso inadecuado de medicamentos, hormonas post menopáusicas y consumo de alcohol y tabaco, que son responsables del 85% de los casos. También están las condiciones sociales de las poblaciones, las socioeconómicas que influyen en las costumbres y hábitos de vida aumentando o disminuyendo el riesgo a desarrollar cáncer. Se desarrolló un estudio en Pasto Colombia y se identificó que el consumo diario de alcohol y cigarro presenta una relación estadísticamente significativa con el desarrollo de cáncer colorrectal. (JuradoD, 2015).

En España el número de nuevos casos estimados al año de cáncer colorrectal es de 19.166, es superior al resto de localizaciones tumorales. Se registran 1,56 veces más cáncer de colon de recto y 1,44 veces más en hombres que en mujeres. La incidencia y la mortalidad son inferiores al promedio de los países europeos. Varios factores dietéticos, ambientales y de estilos de vida se muestran asociados al cáncer colorrectal, pero el riesgo o la protección de tales factores es de escasa fuerza. La reducción de la incidencia en Estados Unidos plantea que es posible la intervención para un cambio de la tendencia, previsiblemente a través de la prevención (J.J. Viñes, 2003).

2.2. Teorías que sustentan el presente estudio de investigación

En este apartado se dará a conocer las teorías que se han venido desarrollando a través de la historia sobre la percepción y concepción de la salud- enfermedad y la que se refiere a los trastornos mentales.

Teorías o modelos de la Salud-Enfermedad

Existe diversidad de modelos teóricos o formas de pensamiento en salud, que permiten conocer las diferentes hipótesis de cada época las importantes del proceso salud-enfermedad los cuales más que desaparecer se superpone y coexisten en un mismo periodo histórico y es lo que se observa en la actualidad (Educación para la salud, s.f.).

Modelo mágico religioso

Este modelo incluye la medicina mágica que se originó desde el nacimiento del hombre hasta la actualidad y sus seguidores pertenecían a tribus primitivistas quienes en la práctica consideran la enfermedad como castigo por mal comportamiento en la tribu, tienen como líderes al chaman y los brujos a quienes consideran sabios con poderes curativos por medio de la utilización de las plantas, como prevención y protección utilizaban los talismanes o cualquier otro elemento de su propia elaboración. Y la medicina milagrosa o religiosa que tuvo su origen desde la vida pública de Jesús y continua en la actualidad quien curaba a las personas que tuvieran fe y creyeran en él, se consideraba a la enfermedad como obra de espíritus malignos o demonios que afectaban la integridad física y mental del ser humano y como método de prevención tienen la predicación del evangelio para no caer en el pecado y sus consecuencias (Chalarca, 2009).

Otros autores como Arredondo 1992 consideran que entre las desventajas del modelo mágico religioso es que impide el avance cognoscitivo a la vez fomenta la actividad pasivo- receptiva del hombre.

En Honduras existen nueve pueblos indígenas y negros considerados culturas vivas y son los siguientes; Tawanka, Pech, Tolupan, Lenca, Miskitu, Maya Chorti, Garífuna, Isleño de habla inglesa y Nahua, cada una de estas comunidades conserva su propia cosmovisión y lengua , algunas comunidades como la Lenca , la Maya Chorti conservan como parte de su cultura la realización de ceremonias con rituales dedicados a la madre tierra , así como ceremonias religiosas conducidas por un rezador agradeciendo a los dioses y los santos por lo obtenido de la tierra y por lo que se va a obtener realizando sacrificios de animales, quema de incienso y se procura la benevolencia divina. La cultura Miskitu aparte de realizar cultos dedicados a la naturaleza también tiene costumbres ancestrales creen en un dios a quien llaman Wan-Aisa (nuestro padre) y en dioses menores como el sol, truenos, luna. La cultura Tawahka se fundamenta en la solidaridad entre sus miembros, estrecha relación y equilibrio con la naturaleza y se le considera como uno de los pueblos indígenas de América capaz de conocer el uso del 75% de las plantas de su entorno natural. Los Pech aún conservan sus Consejos de

Ancianos y Consejos Tribales y dando especial valor a la longevidad por el respeto y sabiduría. Las limitantes que presentan estas culturas es el acceso a los servicios públicos de educación y salud (Monografias.com S.A.).

Modelo Biomédico

Origen Histórico: Hipócrates médico de la antigua Grecia: revoluciono la medicina al decir que toda enfermedad tenía su origen natural y no castigo divino. Este modelo abrió la oportunidad de grandes desarrollos en salud.

Este modelo fue establecido por Brith en el siglo XIX se basa en un enfoque patologista que es la rama de la medicina que se enfoca en las enfermedades del ser humano, este enfoque se apoya en la dicotomía mente-cuerpo, el cual define la salud como ausencia de enfermedad, la que se explica a partir de las alteraciones fisiológicas de la persona, desconociendo los procesos psicológicos y socio ambientales del proceso salud-enfermedad.

Este modelo tiene sus ventajas y trae consigo el desarrollo farmacológico, educación de medidas de higiene, desarrollo de diagnóstico más preciso, desarrollo en técnicas quirúrgicas. Y las desventajas es que prepondera la visión curativa sobre la enfermedad, adopta un rol pasivo frente a la enfermedad y frente a la salud y muestra una preocupación excesiva en la duración de la vida (Espinoza, 2014).

Según estudios se consideró que este modelo no fue suficiente ya que no toma en cuenta que las causas de la enfermedad no son aisladas de las alteraciones bioquímicas, anatómicas o funcionales sino que también es importante el aspecto económico, familiar entre otros que intervienen en la enfermedad (Jose Hoover Vanegas Garcia, 2007).

Modelo Sanitarista

Para este modelo la enfermedad resulta de las condiciones insalubres que rodean al individuo, promueve la introducción de medidas de saneamiento ambiental, no contempla factores sociales que determinen las condiciones de salubridad para diferentes grupos sociales.

Modelo Unicausal (Biologista)

La hipótesis de este modelo es que la enfermedad es la respuesta a la acción de un agente externo sobre el organismo y la salud implica la ausencia del agente pero no explica porque el mismo agente no produce siempre enfermedad. Una de las características principales es que permite la investigación de medidas de control y de fármacos que han revolucionado el tratamiento individual de las enfermedades. La época en que apareció fue en la mitad del siglo XIX y principios del siglo XX .las principales causas de enfermedad eran las infectocontagiosas y la desnutrición.

Modelo Social

Según esta teoría la enfermedad se genera en las condiciones de trabajo y de la vida del hombre. Sostiene que el estilo de vida, riesgo ocupacional, incluye factores sociales en la explicación del proceso salud-enfermedad. Las limitantes se centran en que al incluir al factor social como el más importante existe el riesgo de reducir la complejidad del proceso salud – enfermedad a la problemática de las relaciones sociales. Época siglo XIX y el representante era Virchow.

Modelo Multicausal (Ecológico)

La enfermedad es causada por la influencia simultanea de varios factores pertenecientes al individuo, el ambiente y al agente de enfermedad. Las características es que permite considerar los diferentes factores participantes en el proceso de salud enfermedad sobre los que se puede actuar preventivamente , el énfasis continua entre lo biológico e individual su aparición fue en la segunda mitad del siglo XX teniendo como representantes Leavell y Clark.

.

Histórico Social

Considera que el proceso de salud enfermedad tiene relación con el contexto histórico, al modo de producción y las clases sociales. Las características es que aporta nuevas categorías de análisis y cuestiona la eficacia de la prevención y control del proceso salud por lo que

aporta nuevas categorías de análisis enfermedad y cuestiona la eficacia de la prevención y control del proceso de salud. Enfermedad que dejan intactas las relaciones de explotación que lo generan. Las limitantes es que existe el riesgo de reducir la complejidad real del proceso salud. Enfermedad a la problemática de las relaciones sociales y los intereses económicos. Económicos. Época Siglo XX (década de los setenta).

Modelo Económico

Este modelo apareció en el siglo XX (década de los ochenta) y su hipótesis se basa en que la salud es un bien de consumo y de inversión. Las características principales es que Incorpora la teoría del capital Humano y el valor económico en el análisis de la salud-enfermedad pero en su aplicación existe el riesgo de reducir la complejidad real del proceso salud-enfermedad a la problemática de los intereses económicos y comerciales.

Modelo Biopsicosocial

Se formuló en 1977 por el psiquiatra norteamericano George L. Engels el cual propone un paradigma capaz de incluir científicamente el dominio humano en la experiencia de la enfermedad.

Es un modelo holístico del proceso salud-enfermedad considera tres áreas importantes del individuo como ser: biológicas, psicológicas y sociales y es válido que no se entienda la salud como ausencia de enfermedad física sino que pueda estar relacionada por cualquier alteración psicológica o social que puede determinar el estado de enfermedad o discapacidad de un individuo y su estado completo de bienestar, por lo que toda intervención debe estar enfocada en el abordaje terapéutico de estas tres esferas pues solo considerando al individuo en toda su dimensión se puede garantizar el éxito. En este modelo la función del profesional de salud no es solo curar las enfermedades, trastornos o deficiencias sino que se debe cuidar la salud y la vida analizando el contexto vital considerando la afirmación actual de que las condiciones de vida y los estilos de vida son importantes porque modifican el momento de la aparición y curso de las enfermedades. (Obando, 2007).

Teorías de los trastornos mentales

Existen diferentes teorías y modelos aplicados a la salud mental, en donde cada uno de sus precursores tiene su concepción sobre las mismas y entre ellas están las siguientes:

Modelo Cognitivo

Este modelo fue desarrollado por el Doctor Aarón T. Beck de la Universidad de Pensilvania en los años sesenta quien desarrollo una terapia estructurada breve para la depresión centrada en la problemática presente para resolver problemas actuales y modificar el pensamiento y las conductas disfuncionales. Este modelo propone que todas las perturbaciones psicológicas tienen en común una distorsión del pensamiento que influye en el estado de ánimo y la conducta de los pacientes. Por lo tanto una evaluación realista y modificación del pensamiento producen una mejoría en los estados de ánimo y comportamientos (Beck, 1995).

Este modelo también propone que las experiencias en el presente de las personas son las que importan, el aquí y el ahora y no se enfoca en el pasado y por lo tanto el tratamiento va encaminado a modificar las creencias erróneas que el paciente tenga del mundo. Entre sus principales precursores esta Albert Ellis.

Teoría Humanista Existencial

Este modelo considera cuatro aspectos que dan cuenta de la imagen de la persona que dan pertenencia al modo de hacer y pensar psicológico y son los siguientes: 1. Autonomía e independencia social, 2. autorrealización 3. la orientación por la meta y el sentido y 4. La totalidad. Con este modelo se emplea el paradigma holístico tomando como centro a la persona y su experiencia personal. Este enfoque descansa en la relación entre el terapeuta y la persona. (Rosso, 2012).

Modelo Interpersonal

Se inició con la teoría de Harry Sullivan quien menciona que si la autoestima interfiere en obtener la satisfacción y la seguridad hará que la persona enferme mentalmente.

Modelo Sociológico

Este modelo se centra en que la sociedad es la que afecta mentalmente a la persona y señala que los internamientos y los tratamientos con electrochoques son métodos que no ayudan en nada a que el individuo logre rehabilitarse, siendo la sociedad parte del método de tratamiento. Entre sus principales exponentes esta Cheldon Cohen.

Modelo Conductual

Se basa en la conducta, lo que puede ser observable, su fundamento es el estímulo respuesta con dos procesos de condicionamiento el clásico y el operacional.

El modelo psicoanalítico

Se centra en la naturaleza del comportamiento desviado y con esto propone una nueva perspectiva sobre el desarrollo y las alteraciones en cada etapa de este, su principal precursor fue Freud con las etapas evolutivas, oral, anal, fálica, latencia y genital. Manifiesta que hay tres instancias mentales ello, yo y súper yo definiendo que si en ellos hay conflicto, ocurrirá un proceso psíquico patológico.

Modelo médico o biológico

Este modelo sostiene que las enfermedades mentales no son más que de origen biológico, su tratamiento se dirigirá a su origen etiológico u orgánico. Entre sus principales precursores esta Emil Kraepelin.

Teoría Biologicista

Entre los autores de la teoría Biologicista están Hipócrates como el pionero a pesar que se dedicó más a la medicina que a la psicología. Esta teoría tiene una clara postura donde se centra en los aspectos físicos y fisiológicos que determinan la personalidad incluyendo también la genética, mencionan que en el caso de las enfermedades algunas pueden venir por descendencia familiar y otras al nacer sin conexión a otras personas.se habla a la vez del

papel que tienen las neuronas en la liberación de los neurotransmisores y hormonas en la sangre quienes pueden sufrir una afectación directa del sistema nervioso influenciadas desde el interior por el consumo de sustancias tóxicas como las drogas interviniendo directamente en nuestro comportamiento.

CAPITULO III. MARCO CONTEXTUAL

3.1. Ubicación Geográfica de Honduras

La Republica de Honduras, se encuentra ubicada en el extremo norte de América Central y está dividida en 18 departamentos como ser: Atlántida, Choluteca, colon, copan, cortes, el paraíso, Francisco Morazán, Gracias a Dios, Intibucá, Islas de la Bahía, La Paz, Lempira, Olancho, Santa Bárbara, Valle y Yoro. La capital de Honduras está compuesta por las ciudades de Tegucigalpa y Comayagüela en el municipio del Distrito Central, departamento de Francisco Morazán.

Honduras está limitada al norte y al este por el mar caribe, limita al sureste con la Republica de Nicaragua, al sur con el golfo de Fonseca y la República del Salvador, y al oeste con la Republica de Guatemala. La extensión territorial de Honduras es de 112,492 km². La población de Honduras al 2017 es de 9.265.067 habitantes. Según Abeldaño y Fernández 2016, los hondureños se dedican en su mayor parte a las actividades agropecuarias, comercio, manufacturas, Finanzas, servicios públicos entre otras actividades. El país tiene cuatro grandes familias étnicas como ser: los ladinos o mestizos que son la mayoría, los pueblos indígenas (lencas, misquitos, tolupanes, chortis, pech, tawankas), garífunas, y criollos de habla inglesa).

3.2. Departamento de Olancho

Considerando los datos relevantes que nos reportan los estudios sobre prevalencia de la salud mental llevados a cabo a nivel mundial, latinoamericano y local, se considera oportuno realizar esta investigación departamento de Olancho Honduras, y medir la prevalencia de trastornos mentales y la relación con las enfermedades crónicas no trasmisibles.

Olancho fue creado el 28 de Junio de 1825 está ubicado en la zona nororiental de Honduras ,su cabecera departamental es Juticalpa , tiene una superficie de 24038 km², reporta una poblacion total al 2015 de 537,306 habitantes, con una densidad poblacional de 22.35hab/km² tiene 23 municipios: Juticalpa, Campamento, Catacamas, Concordia, Dulce Nombre de culmí, El Rosario, Esquipulas del norte, Gualaco, Guarizama, Guate, Guayaco, Jano, La

Unión, Mangulile, Manto, Salamá, san Esteban , San Francisco de Becerra , San Francisco de la Paz, Santa maría del real, Silka, Yocón y Patuca.

Tiene 287 aldeas y 3010 caseríos. (INE Honduras XVII censo de población y vivienda 2013, 2014) Los datos del censo también reportan según sus proyecciones que Olancho para el 2014 tenía una población de 528,626 y 537,306 habitantes para el 2015.

La actividad económica del departamento de Olancho se basa en la agricultura, la ganadería con cría de ganado vacuno, porcino y equino y la explotación de madera, rubro para el que posee grandes aserraderos en todo el departamento. Sus principales cultivos son: Maíz, café, frijoles, maicillo, soya, arroz y tomates.

Limita al norte con el departamento de Yoro y Colon, al sur con el departamento del paraíso y Nicaragua, al este con el departamento de gracias a Dios y al oeste con el departamento de Francisco Morazán y Yoro, Territorialmente, Olancho es el departamento más grande de Honduras y uno de los más ricos histórica, cultural y naturalmente .El departamento de Olancho es un vasto territorio que posee muchas riquezas naturales, algunas de las cuales son las más grandes del país y fueron además nombradas como zonas protegidas por su gran belleza natural, importancia ambiental e inmensa biodiversidad, (xplor Honduras, 2013).

3.3. Municipio de Juticalpa

Se dice que los primeros habitantes procedieron de san Jorge de Olancho fundado en 1540 por don pedro de Alvarado en el lugar llamado boquerón , en el recuento de 1971 aparece como san juan de Juticalpa dependiendo del curato de manto y en 1820 fue erigido como pueblo.

Los resultados del censo poblacional INE 2013 acerca del municipio reportan que Juticalpa tiene 24,828 habitantes de los cuales 59,943 son hombres, 64884 son mujeres, 66735 viven en el área urbana y 58092 viven en el área rural y por su población ocupa el puesto número 1 del departamento con el 24 % de la población. y el puesto número 10 del país con el 1.5% de la población total , el 1.5% de la población pertenece a un grupo étnico. En los últimos 10 años 2612 personas se han ido y viven en otro país. En este municipio existen 70583 personas de 18 años y más, de los cuales el 92% tiene su tarjeta de identidad. Este municipio posee una tasa de analfabetismo del 16% y una cobertura en primaria de 91%, con un promedio de

años el de estudio de 6.6, las mujeres jefas de hogar representan el 31% de los hogares, el índice de masculinidad es 92 hombres por cada 100 mujeres, y la población de la tercera edad (65 + años) representa el 4.7% de la población.

División territorial del municipio

Según el ministerio de Gobernación el municipio cuenta con una extensión territorial de 2,606 km². Actualmente posee una densidad poblacional de 47 hab/km², el municipio tiene 52 aldeas, 525 caseríos y en su área urbana se contabilizan 156 barrios, en todo el territorio del municipio se registran 32377 viviendas de las cuales un 14% están desocupadas.

Principales actividades económicas en Juticalpa

El 44% agricultura ganadería silvicultura y pesca, el 15% comercio al por mayor y al por menor, reparación de vehículos, 8.3% la construcción, 7.1% industrias manufactureras, 5.0 % la enseñanza y un 21% otras actividades.

Índices de pobreza

Según las necesidades básicas insatisfechas (NBI/2013) el índice de pobreza es de 57% ocupa el puesto número 6 del departamento y el puesto número 103 del país.

Investigaciones Desarrolladas en Olancho sobre trastornos mentales

En el año 2001 se llevó una investigación por: Residentes de III Año Postgrado de Psiquiatría, La Unidad de Investigación Científica de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras, quienes en su estudio dan a conocer que la prevalencia de trastornos mentales en las poblaciones estudiadas es de un 35%. Ellos incluyeron 3 municipios del departamento de Olancho y el porcentaje de prevalencia de trastornos mentales reporto lo siguiente entre ellos: Juticalpa 37%, Catacamas 36%, y Lepaguare 21%.

Los trastornos mentales de mayor prevalencia fueron el episodio depresivo mayor, los trastornos ansiosos seguidos de la dependencia alcohólica. En el sexo femenino los trastornos afectivos fueron más frecuentes ocupando el primer lugar el episodio depresivo mayor y en el masculino la dependencia al alcohol seguido de la depresión mayor. Por lo que al 2016 han pasado 14 años y se considera oportuno nuevamente realizar otro estudio de prevalencia y establecer comparaciones.

Otro de los proyectos de investigación en Juticalpa, Olancho, desarrollado por la Facultad de Ciencias Médicas de Honduras, dirigido a desarrollar una estrategia basada en la atención primaria para disminuir la brecha diagnóstica y terapéutica de la epilepsia con el fin de valorar su aplicabilidad a nivel de país. El objetivo General de esta investigación fue determinar la brecha de tratamiento de epilepsia en el municipio de Juticalpa, y entre los objetivos específicos fue la de estimar la prevalencia, la brecha en el diagnóstico y tratamiento de los pacientes con epilepsia activa. Los resultados de este estudio indican que se encontró una prevalencia de epilepsia de 7.7/1000, prevalencia de epilepsia activa de 6.5/1000 y 1.22/1000 de epilepsia inactiva. La prevalencia por género, mujeres 4.3/1000 y hombres de 3.4/1000 y la brecha de tratamiento para la epilepsia activa fue de 48.4%. Por lo que se concluye que la alta brecha de tratamiento encontrada debe ser utilizada para implementar medidas sanitarias de salud orientadas a la reducción de la misma (Profesor Marco Tulio Medina, s.f.).

En investigaciones realizadas sobre enfermedades, está la desarrollada en el 2005 que se llevó a cabo un estudio de prevalencia sobre la enfermedad cerebro vascular en la comunidad rural de Salamá Olancho, en la que se incluyeron 5, 608 habitantes en donde 2,678 fueron hombres y 2,930 mujeres. Los resultados indicaron que la prevalencia de accidente cerebrovascular fue de 3,6 casos por 1000 habitantes, los hombres presentaron mayor prevalencia en comparación a las mujeres y según grupos de edad fueron los que se encontraban entre 80 y 84 años los de mayor prevalencia. La población estudiada en el área rural de salama, presento Hipertensión arterial en un 80% de los casos y está entre los factores de riesgo modificables más importantes para ACV, en otro estudio que se realizó en el 2001 en la colonia de Kennedy de Tegucigalpa la HPA se presentó en un 91.9%. (R Thompson-Cerna, 2007).

También en Juticalpa Olancho se hizo un estudio fue relacionado con la diabetes mellitus y sus complicaciones en este caso el estudio se realizó para determinar la frecuencia y las complicaciones de los pacientes hospitalizados con pie diabético un hospital regional de

Juticalpa Olancho, durante los años del 2014 al 2016. Del total de pacientes el 47.8 % perteneció al género masculino y el 52.2% pertenece al género femenino, la edad media fue de 60 años. Los resultados indican que el municipio con más casos fue Juticalpa con un 50%. El 49% mostro enfermedades concomitantes como la hipertensión arterial en el 75%.el miembro más afectado fue el derecho y todos recibieron tratamiento y un 23% procedimiento quirúrgico. El estudio llego a la conclusión que el resultado global del paciente hospitalizado con pie diabético no es satisfactorio y que la atención debe ser multidisciplinaria por medio de clínicas periféricas y protocolos de atención. (Carlos Felipe Matute Martinez, 2016)

Otro estudio desarrollado en Juticalpa Olancho de septiembre a octubre 2011, fue sobre los estilos de vida relacionados con la salud en el adulto mayor del área urbanaincluyendo dos grupos poblacionales: uno de maestros jubilados, y el otro de población adulta que asiste a consulta al hospital regional de san Francisco ubicado en Juticalpa. La edad promedio fue por debajo de los 75 años, los maestros jubilados tenían matrimonios más estables, y un 50% estaban sin pareja y representaban mayor necesidad de apoyo familiar. El analfabetismo predomino en los sujetos del grupo del Hospital de san francisco Olancho y los jubilados cursaron la secundaria completa. Según el estudio el nivel educativo se asocia a la conducta que toma la persona para cuidar su salud y además se relaciona con la prevalencia de enfermedades crónicas. Según (Albala y otros 2005) la vida sedentaria es uno de los riesgos de salud modificables más altos para muchas condiciones crónicas que afectan a los adultos mayores tales como la hipertensión, el accidente cerebrovascular, la diabetes, el cáncer y la artritis. La actividad física, la dieta balanceada y nutritiva tiene un efecto positivo sobre el bienestar general de las personas. En cuanto al uso de sustancias psicoactivas, la población estudiada manifestó usar café lo cual no fue significativo según los resultados. Y en cuanto al uso de drogas licitas e ilícitas el consumo fue bajo ya que solo 2 adultas femeninas que consumían drogas médicas y en la valoración clínica, se encontró que la hipertensión ocupo el primer lugar así también se encontró problemas osteomusculares, diabetes, problemas gástricos, asma, síndrome de intestino irritable y cardiopatías. (Zavala, 2011)

De Junio 2007 a Junio 2008, se llevó a cabo un ensayo clínico cuasi experimental el proyecto se llama proceso de creación de la casa de medio camino en Juticalpa Olancho .Se logró ubicar a 81 sujetos conocidos como trastornados mentales en indigencia médica quienes formaron el universo de los cuales solo 21 pacientes reunieron los criterios de inclusión y formaron la muestra de estudio. Los resultados indican que de los 21 pacientes 8 presentaban trastorno esquizoafectivo, 6 trastorno bipolar, 1 con trastorno esquizofrénico y 6 con trastornos mentales y del comportamiento secundario al consumo de sustancias más síntomas psicóticos y todos se encontraban en indigencia médica y el 95.2% mostraron respuesta terapéutica sin diferencias significativas en cuanto a las redes de apoyo. (Americo Reyes Ticas, 2009).

CAPÍTULO IV. METODOLOGIA

Enfoque de Investigación

Esta investigación empleó un enfoque cuantitativo ya que utiliza la recolección de datos para probar hipótesis con base en la medición numérica y el análisis estadístico, con el fin de establecer pautas, comportamiento y probar teorías. (Hernández Sampieri, 2014).

En los estudios de prevalencia se midió cuantos casos de trastornos mentales existen en la muestra poblacional, en un punto determinado del tiempo, lo que es equivalente a obtener una "fotografía" del problema. Se buscó conocer todos los casos de personas con esta condición en un momento dado, sin importar por cuánto tiempo mantendrán esta característica, ni tampoco cuando la adquirieron.

4.1 Tipo de Investigación

Este estudio es de tipo cuantitativo, porque se investigó sobre los casos de personas con trastornos mentales y se determinó si la asociación que existe con las variables sociodemográficas y las enfermedades no transmisibles es estadísticamente significativa.

— Profundidad del Estudio

Según su profundidad también tiene un componente descriptivo porque se estudia un problema a nivel de país como es la prevalencia de trastornos mentales, que ofrece una perspectiva innovadora y generará datos epidemiológicos significativos sobre la situación nacional que servirá como referente para la reorganización y elaboración de nuevas propuestas en salud mental. Es también cuantitativo, ya que intenta determinar si la asociación entre las variables de prevalencia de los trastornos mentales y las enfermedades crónicas no transmisibles, son estadísticamente significativas.

— Tipo de Datos

Se trata de una investigación cuantitativa, ya que es un estudio de prevalencia de trastornos mentales y enfermedades crónicas que utiliza variables medidas mediante instrumentos validados, como ser (SRQ) para trastornos mentales, y la encuesta de la OMS sobre salud y capacidad de respuesta del sistema de salud. Específicamente la sección Estados de salud para medir enfermedades médicas crónicas.

— **Temporalidad**

Es transversal porque la medición se realizó en un solo momento en el año 2016, por medio de un cuestionario y una encuesta para medir los trastornos mentales y las enfermedades crónicas no transmisibles.

— **Tipo de Fuente**

Es una investigación de campo porque busca estudiar el fenómeno directamente en la muestra representativa de la población general del departamento de Olancho.

— **Finalidad**

Es básica porque su finalidad principal es la obtención y recopilación de información directamente de la realidad de la población objeto de estudio.

4.2 Muestra del objeto de estudio

La muestra objeto de estudio consiste en aplicar los instrumentos a las personas mayores de 18 años que residen en las 300 viviendas seleccionadas, 150 para el área urbana y 150 para el área rural de los municipios Juticalpa y Jutiquile que tienen mayor número de viviendas en el Departamento de Olancho.

Tabla 1. Cuadrantes a Muestrear

Cuadrante	Barrios	Número de Viviendas	Viviendas Seleccionadas	Porcentaje
I	La Hoya	953	37	3.9
II	La Soledad	656	37	5.6
III	Miguel Barahona	286	38	11.13
	Las Acacias	300	38	12.7
IV	Caserío de Jutiquile	1172	150	8.9
Total		3357	300	8.9%

Fuente: INE 2013

Marco Poblacional de Olancho

El marco poblacional lo constituyen las 132, 382 viviendas registradas en el Censo Nacional de Población y Vivienda (2013), con su respectiva segmentación y cartografía. Se trabajará en la cabecera Departamental Juticalpa.

Tabla 2. Viviendas por Municipio

Municipio	Urbana	Rural	Total
Juticalpa	156 barrios	52 aldeas 526 caseríos	32,377 viviendas

Fuente: INE 2013

Población del municipio de Juticalpa

De igual forma el censo de población del INE 2013 registra los siguientes datos de la cantidad de personas que residen tanto en el área urbana como rural del municipio de Juticalpa.

Tabla 3. Población del Municipio de Juticalpa Área Urbana y Rural

Departamento	Población Total	Área Urbana	Área Rural
Juticalpa	124,828	66,735	58,092

Fuente: INE 2013

Selección de la Muestra

La muestra estimada para el departamento de Olancho es de 300 personas con un nivel de confianza del 95%, un error muestral del 5% y la probabilidad que ocurra el fenómeno es de 25% y que no ocurra de 75%. La metodología utilizada para seleccionar la muestra fue la siguiente:

Tabla 4. Poblaciones Infinitas $\geq o = 100,000$

Varianza (p)	75
Error muestral (E)	25
Nivel de Confianza(Z)	5
Tamaño de la Muestra(n)	2
Tamaño de la Muestra	300

Fuente: Elaboración Propia

Para calcular el tamaño de la muestra se utilizó la siguiente Formula:

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

Donde:

n= número de elementos que debe poseer la muestra

z= puntuación correspondiente al riesgo que se haya elegido.

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

p= % estimado

q= 100- p y e= error permitido

Muestreo

Tipo de muestreo: la escogencia de las unidades de análisis será efectuada en 4 etapas sucesivas descritas a continuación:

Etapa I

Consistió en la selección de municipios dentro del departamento de Olancho, haciendo uso de un muestreo probabilístico. Lo que significa que no fue por aleatoriedad sino que se seleccionó en base a 3 criterios:

1. Número de habitantes
2. Accesibilidad
3. Representatividad Geográfica del departamento de Olancho

Etapa II

Para la representatividad geográfica se realizó la subdivisión del departamento en un municipio con población urbana y rural. Teniendo en cuenta estos datos se concluyó en la elegibilidad o no de los municipios a ser incluidos en este estudio. El municipio seleccionado fue: Juticalpa y el caserío de Jutiquire ya que son los que tienen mayor cantidad de viviendas.

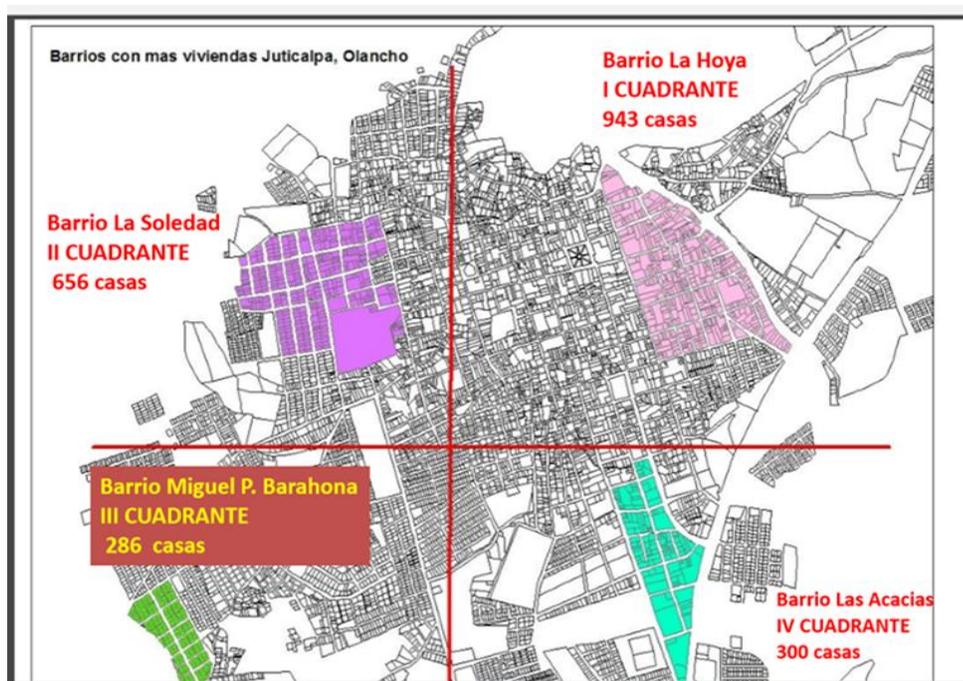


Figura 1. Barrios de Juticalpa Área Urbana

Elaboración propia mediante el programa ARCGIS 10.3

Etapa III

Se seleccionaron las viviendas a consultar en el área urbana y rural. Se hizo uso de un muestreo probabilístico sistemático por lo que se utilizó el factor “K”, (# de viviendas entre # de casos a ser consultados).

Cálculo

a.) $300/3=100$

300 = Total de encuestas a aplicar

2= número de municipios

150 = número de encuestas por municipio

b.) Factor K

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

Ejemplo $K = 200 / 25 = 8$

200 = número de casas por municipio

25 = número de encuestas en cada en cada barrio del área urbana y rural

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

El programa sistema de información geográfica ARCGIS 10.3 fue el utilizado en esta etapa y por medio del mismo se pudo extraer dos municipios del departamento tomando en cuenta el área urbana y rural , que contara con 150 viviendas cada uno y que cumplieran con los 3 criterios enunciados en la etapa I.

Etapa IV

Selección de la unidad de análisis: Se tomó en cuenta la edad y el sexo y los rangos de edad establecidos son los siguientes:

De 18 a 30 años

De 31 a 50 años

51 años en adelante

De la muestra total de 300 personas, se seleccionaron 150 mujeres y 150 hombres.

4.3 Variables, Hipótesis e Indicadores

Las variables son prevalencia de trastornos mentales y las enfermedades crónicas no trasmisibles de acuerdo a los resultados obtenidos de la aplicación de instrumentos de recolección de datos.

Tabla 5. Matriz de operacionalización de variables

Objetivos Específicos	VARIABLES	Tipo de Variable	Definición	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Instrumentos	Unidades de Análisis
Describir las principales características sociodemográficas de las personas con trastornos mentales	Socio demográficas	Cuantitativa	Conjunto de datos de naturaleza social que describen las características de una población, a partir de cuyo análisis pueden hacerse interpretaciones de su comportamiento en el campo de donde son tomadas. (Lagonell, 2012).	a.. Edad b. Género c. Nivel Educativo d. Área e. Estado civil	-18 años en adelante -Femenino -Masculino -Primaria, Media, Superior -Rural -Urbana -Soltero(a) -casado(a) -Unión libre -Viudo(a) -Separado(a) -Divorciado(a)	1 2 11 6 4	Encuesta de datos sociodemográficos	Adultos de 18 años en adelante
Identificar los trastornos mentales de mayor prevalencia en el	Trastornos mentales.	Cuantitativa	El trastorno mental, es una alteración clínicamente significativa del estado	a. Ansiedad	a. Ataques de pánico, sudoración, temblores	1-20 depresivos o ansiosos	SRQ	Adultos de 18 años en adelante

departamento de Olancho			cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo. (American Psychiatric Association DSM V, 2013)	b. Depresión	b. Estado de ánimo depresivo, pensamientos recurrente de muerte	1-20 depresiv o o ansiosos		
				c. Epilepsia	c. Convulsiones y dolor de cabeza	25 trastorno convulsivo		
				d. Dependencia del alcohol	d. Frecuencia al beber	26-30 alcoholismo		
				e. Estrés postraumático	e. Sueños angustiantes -Se sobresalta fácilmente desde el suceso violento.	31-34 Estrés postraumático		
Caracterizar el tipo de enfermedades crónicas que más prevalece en el departamento de Olancho.	Enfermedades Crónicas	Cuantitativa	La OMS define enfermedad como “Alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias	I. Cardiovascular- res	-Hipertensión -Cardiopatía Isquémica Crónica. -Infarto Agudo al Miocardio (IAM).	1 2 3 4	Encuesta	Adultos de 18 años en adelante

			partes del cuerpo, por causas en general conocidas, manifestada por síntomas y signos característicos, y cuya evolución es más o menos previsible”. (OMS)		-Insuficiencia Cardíaca (IC) -Accidente cerebrovascular (ACV)			
				II. Endocrinologías	Diabetes tipo I Tiroides	5 6		
				III Enfermedad Pulmonar obstructiva Crónica EPOC	Bronquitis Crónica Asma Bronquial Enfermedad crónica pulmonar obstructiva	7 8 9		
				IV Cáncer	C. Cervicouterino (Matriz) C. de mama C. Próstata C. Colorrectal Otros	10 11 12 13 14		

Fuente; Elaboración propia

Hipótesis

Este problema objeto de la investigación orienta a aprobar o rechazar las hipótesis planteadas a continuación:

H1: Las características sociodemográficas que más afectan a las personas con probables trastornos mentales son el género y lugar de procedencia.

H2: Los trastornos mentales que tienen mayor prevalencia en las personas que habitan en el Departamento de Olancho son la depresión y la ansiedad.

H3: Las enfermedades crónicas de mayor prevalencia en Olancho son la hipertensión y la diabetes.

H4: Existe una asociación significativa entre la presencia de enfermedades crónicas no trasmisibles y trastornos mentales en la población del Departamento de Olancho.

4.4 Instrumentos de Medición / Técnicas de Recolección de Datos

Los instrumentos utilizados para la recolección de información en este estudio son de tamizaje en salud mental, capacidad de respuesta del sistema de salud y de caracterización poblacional.

1. Diseñado por la Organización Mundial de la Salud con la finalidad de ampliar la detección y atención de los problemas de salud mental en los servicios de atención primaria. Consta de 34 preguntas dicotómicas (“sí” como síntoma presente o “no como ausente”). El Cuestionario de Auto-reporte o Self Reporting Questionnaire (SRQ): es una escala auto-aplicada que permite identificar sintomatología actual o que se ha presentado durante los últimos 30 días.

1.1 Validación de Instrumento

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

De acuerdo a los datos obtenidos los ítems se encontraron aceptables tanto en la relevancia del instrumento, lenguaje adecuado y con nivel al informante y no hacer uso de universalidades, ni dobles negaciones y con lo que respecta al establecimiento del número máximo de palabras (más de 20 palabras) por ítems, se encuentra las preguntas 25 y 26 que no cumplen este criterio al tener más de 20 palabras, sin embargo no se considera significativo ya que el ítems lleva vocales y consonantes.

1.2 Validez de contenido

Se refiere al grado en que un instrumento refleja un dominio específico de contenido de lo que se mide. Los Ítems del instrumento poseen validez de contenido ya que su indicador de confiabilidad por reactivos lo consideraron valido.

1.3 Validez de Constructo

Está relacionado con la teoría Según (Bostwick y Kyte 2005). Es la más importante desde la perspectiva científica, y se refiere a que tan exitosamente un instrumento representa y mide un concepto teórico.

A esta validez le concierne en particular el significado del instrumento, esto es que está midiendo y como opera para medirlo. Integra la evidencia que soporta la interpretación del sentido que poseen las puntuaciones del instrumento. (Messick, 1995,1989).

En la validez de constructo los expertos lo consideran valido porque según los indicadores revisados en base a los ítems son adecuados y las sintomatologías de cada dimensión miden la variable de estudio.

Seguidamente se procedió a realizar 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 sensibilidad¹ y especificidad² basado en puntos de corte de la curva ROC. La muestra está compuesta por un total de 352 personas; dividida en dos grupos, el primero compuesto por casos diagnosticados clínicamente con trastornos mentales, siendo necesario 120 sujetos clínicamente sanos definido como grupo control normativo. Una vez realizada la prueba piloto se siguió una serie de procedimientos de aplicación.

2. Se utilizó la Encuesta de la OMS sobre salud y capacidad de respuesta de los sistemas de salud. De esta se tomó y adaptó la sección "C" Estados de salud para elaborar la encuesta propia que se utilizó en este estudio, seleccionando algunas enfermedades crónicas no transmisibles incluidas en la misma. La encuesta final consta de 14 enfermedades las cuales una vez revisadas por los expertos quedaron distribuidas en cuatro grupos de la siguiente forma: **I. Cardiovasculares:** 1.- Hipertension, 2.- Infarto Agudo al Miocardio, 3.-Insuficiencia Cardiaca, 4.- Accidente cerebrovascular **II. Endocrinólogas:** 5.-Diabetes, 6.- Tiroides **III. Enfermedad obstructiva crónica (EPOC)** 7.- Asma Bronquial, 8.- Bronquitis crónica (Enfisema), 9.- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, **IV. Enfermedades cancerígenas:** 10.- Cáncer de colon, 11.-Cancer Cervicouterino, 12.- Cáncer de Próstata, 13.-Cancer de Mama, 14.- otras.

Con esta encuesta se mide síntomas o enfermedades crónicas no trasmisibles que la persona ha podido tener durante el último año o durante más tiempo.

3. La encuesta de caracterización poblacional: Para Hernández Sampieri una población es el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones, es la totalidad del fenómeno donde la población posee una característica común la cual se estudia y da origen a los datos de la investigación.

¹ sensibilidad: Es la probabilidad de clasificar correctamente a un individuo enfermo, es decir, la probabilidad de que para un sujeto enfermo se obtenga en la prueba un resultado positivo. La sensibilidad, es por lo tanto, la capacidad del test para detectar la enfermedad. (Pita Fernandez, 2016)

² Especificidad: Es la capacidad de clasificar correctamente a un individuo sano, es decir, la probabilidad de que para un sujeto sano se obtenga un resultado negativo. (Pita Fernandez S. P., 2016)

4. En el presente estudio la encuesta consiste en recopilar información del contexto sociodemográfico que permita hacer un análisis detallado de las personas y los hogares, considerando las siguientes características: edad, género, estado civil, religión, área, dirección, escolaridad.

Se estima que el tiempo de llenado de los tres de instrumentos oscila entre 17 y 21 minutos.

4.5 Procedimiento

El procedimiento utilizado para cumplir con los objetivos propuestos del presente estudio fue la siguiente:

1. Planteamiento del problema
2. Análisis Documental
3. Marco Teórico
4. Diseño y validación de Instrumentos
5. Diseño de la Muestra
6. Selección y entrenamiento de encuestadores
7. Aplicación de Instrumentos
8. Levantamiento y procesamiento de datos
9. Análisis de la información
10. Elaboración de Informe
11. Socialización del proyecto

Para el trabajo de campo que consiste en la recolección de los datos al aplicar los instrumentos seleccionados a las personas que forman la muestra tanto del área urbana (4 barrios seleccionados de Juticalpa) y rural (caserío de Jutiquile) y quienes llenaran los 3 instrumentos, se desarrolló una serie de actividades como ser: brindar la capacitación a 6 encuestadores y un supervisor , quienes el primer día cubrieron los barrios de Juticalpa y el segundo día todo el equipo se trasladó al caserío de Jutiquile que queda a 25 minutos de la cabecera departamental.

Una vez recolectada toda la información se procedió a la tabulación de los datos utilizando el programa estadístico SPSS que se utilizó para crear tablas y gráficos para analizar resultados.

CAPITULO V. RESULTADOS DE LA INVESTIGACION

En este apartado se presentan los resultados obtenidos en este estudio desarrollado con las con las 300 personas hombres y mujeres de 18 años en adelante que residen en el área urbana y rural del departamento de Olancho durante el tercer trimestre del año 2016.

Para la hacer las gráficas y las tablas se hicieron uso de estadísticas descriptivas de análisis de frecuencias y cruce de variables y así poder dar a conocer los hallazgos encontrados como producto de lo que contestaron las personas participantes en la investigación. La misma se presenta en base a los objetivos propuestos y consiste en aplicar los instrumentos y establecer mediante el análisis la prevalencia de los trastornos mentales en relación a las enfermedades crónicas, tratando a la vez de describir las características sociodemográficas.

5.1. Presentación de los resultados obtenidos en la investigación

A continuación se presentan los resultados obtenidos de la investigación los cuales se interpretan según los objetivos de la investigación.

— Primer objetivo de la investigación

Describir las principales características sociodemográficas (edad, género, estado civil, área, escolaridad), más frecuentes de las personas con probables trastornos mentales.

1. Prevalencia de probables trastornos mentales según características sociodemográficas.

En los siguientes resultados se realiza el análisis de las características sociodemográficas estudiadas según: rango de edad, género, estado civil, área y escolaridad.

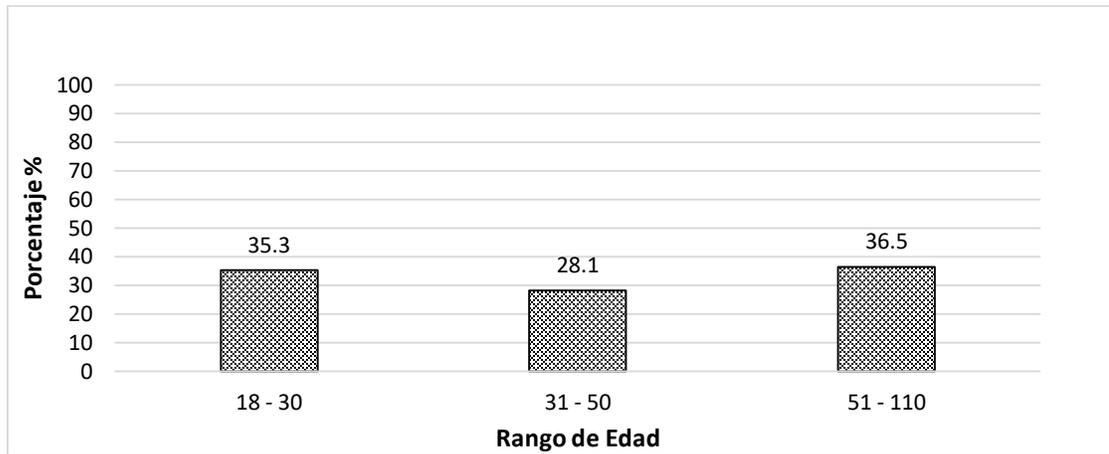


Figura 2. Prevalencia de Trastornos Mentales Según Rangos de Edad en la población del Departamento de Olancho, 2016

Fuente: Elaboración propia en base a encuestas de una muestra aleatoria de la Población adulta del Departamento de Olancho 2016.

Para establecer criterios diagnósticos clínicos de trastornos mentales, es significativa la edad en que se encuentra la persona y las causas que le desencadenen los mismos. El hallazgo encontrado en este estudio es que la mayor prevalencia de sintomatología de trastornos mentales se encuentra en la población adulta (51 a 110) con 110 sujetos, seguido de la población joven (18 a 30) con 106 sujetos y en menor porcentaje las personas de la edad media (31 a 50) con 84 sujetos.

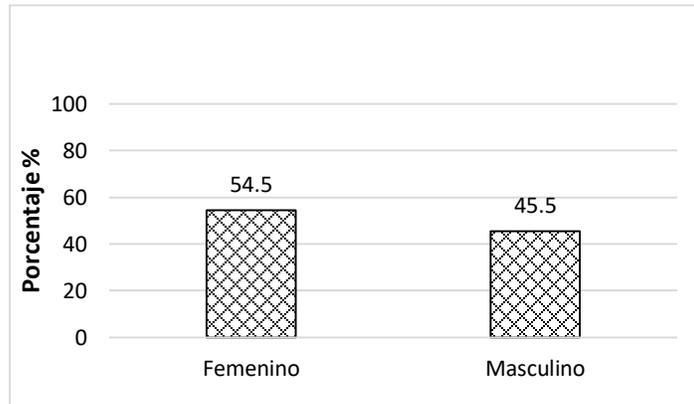


Figura 3. Prevalencia de Trastornos Mentales según Genero en el departamento de Olancho, 2016

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

Haciendo un análisis de prevalencia en relación al género los resultados indican que la población femenina presenta mayor prevalencia de trastornos mentales con un 54.5 % en relación al género masculino con un 45.5 %.

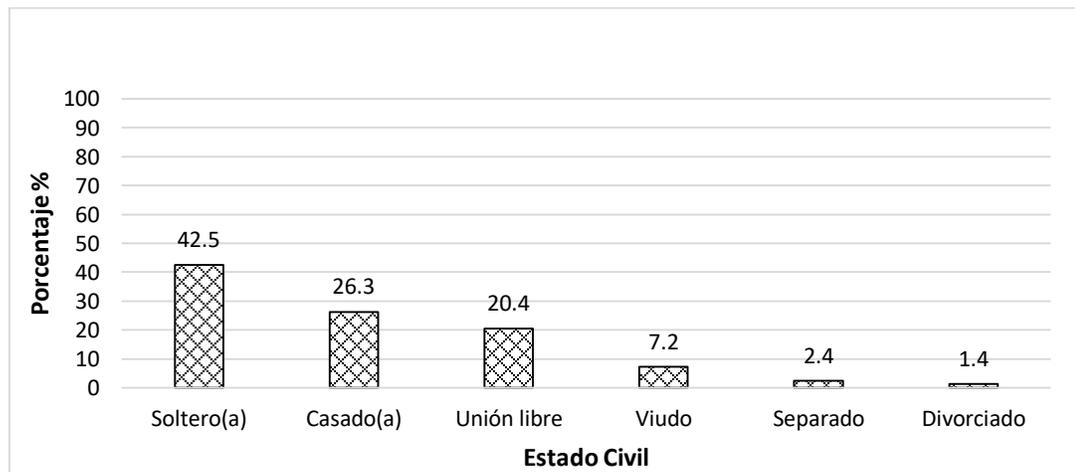


Figura 4. Prevalencia de Probables Trastornos Mentales según Estado Civil en el departamento de Olancho, 2016

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

Los resultados indican que los solteros presentan una mayor probabilidad de padecer probables trastornos mentales con un 42.5%, seguidos por las personas casadas 26,3% y los que conviven en unión libre representan un 20.4 %; los viudos 7.2%), los separados 2.4 % y los divorciados representan un menor porcentaje de padecer trastornos mentales con un 1,4%.

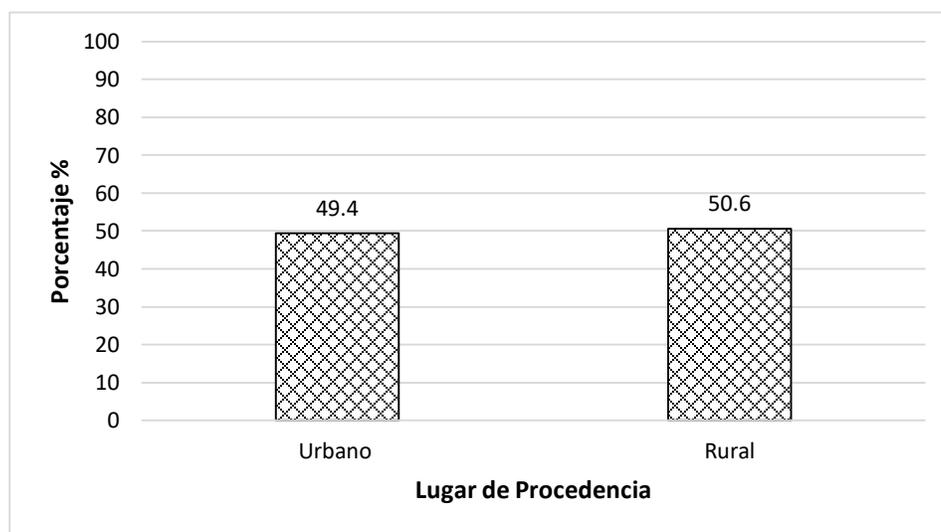


Figura 5. Prevalencia de Probables Trastornos Mentales Según Procedencia Geográfica en el departamento de Olancho, 2016

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

En relación a la procedencia geográfica la mayor prevalencia de posible sintomatología de trastornos mentales se ve reflejado en las dos áreas con diferencias mínimas según los resultados, sin embargo en el área rural se observa que hay un (50.6%) de personas vulnerables a padecer un posible trastorno mental en cambio en el área urbana el porcentaje es menor con un 49.4%.

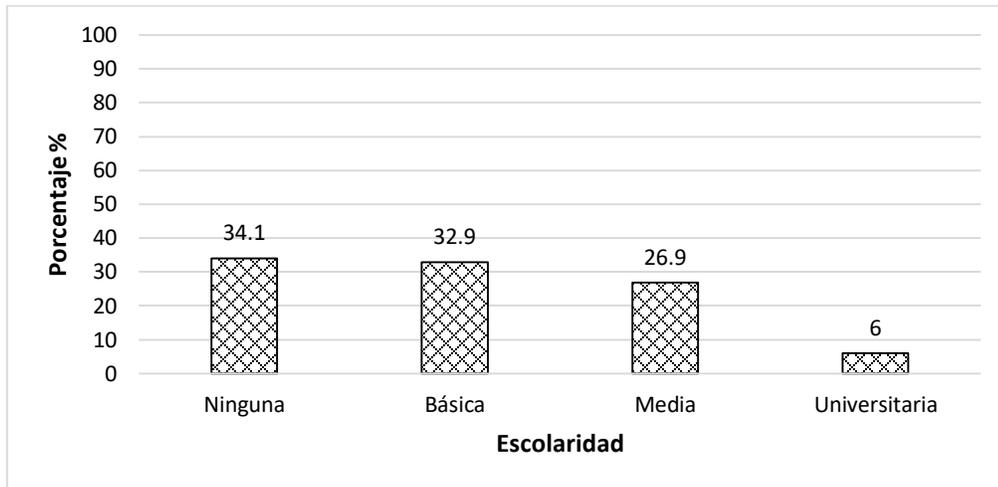


Figura 6. Prevalencia de Trastornos Mentales Según Nivel de Escolaridad en la población del departamento de Olancho, 2016

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

Con el nivel de escolaridad en las personas consultadas que no tienen ningún grado de escolaridad la prevalencia de posibles trastornos mentales es mayor con un 34.1 %, así mismo se reflejado que los encuestados que se ubican en el nivel básico la prevalencia disminuye a un 32.9% y en su minoría los universitarios presentan una sintomatología menor en relación a las anteriores con un 6 %.

Prevalencia de Trastornos de Mentales en el Departamento Olancho

El análisis de la prevalencia se realiza con la población investigada a quien se le detectó la presencia de sintomatología mental de probable padecimiento de trastorno mental.

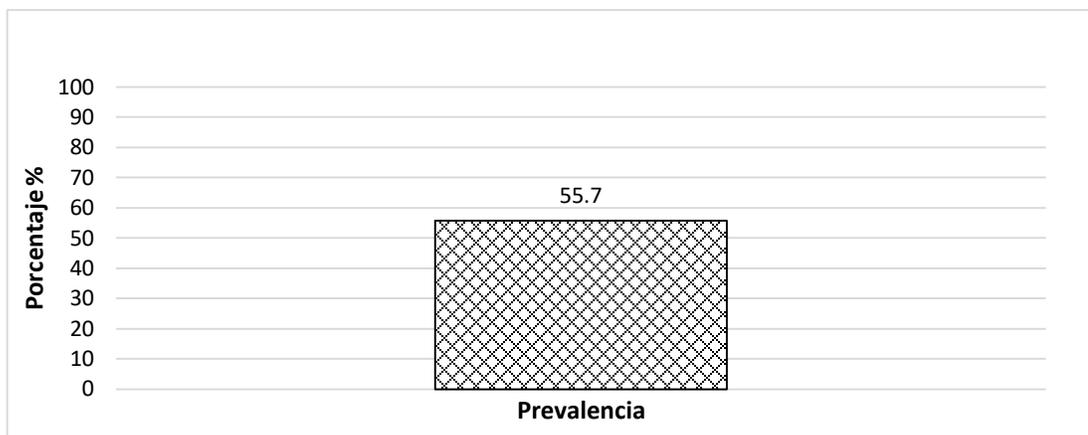


Figura 7. Prevalencia de Probables Trastornos Mentales en el Departamento de Olancho

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

Al aplicar los cuestionarios a las personas mayores de 18 años del Departamento de Olancho se encontró como hallazgo que el 55.7 % presentan sintomatología de existencia de un trastorno mental lo cual es mayor en comparación con el último estudio desarrollado en el 2001 que representa un porcentaje de 35% de prevalencia a nivel nacional y un 37% en el municipio de Juticalpa Olancho.

— **Segundo objetivo específico de la investigación :**

Identificar los probables trastornos mentales de mayor prevalencia en el departamento de Olancho.

Trastornos mentales de mayor prevalencia en el Departamento de Olancho.

Para determinar los tipos de trastornos mentales más frecuentes en este departamento, se utilizan las siguientes categorías diagnosticas: ansiedad, depresión, dependencia al alcohol, drogas, estrés postraumático y epilepsia.

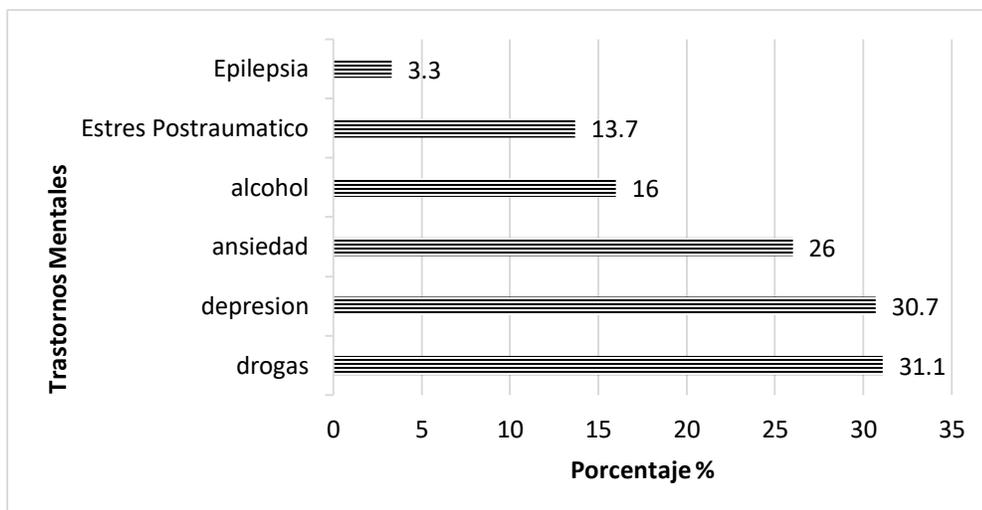


Figura 8. Trastornos Mentales de Mayor Prevalencia en el Departamento de Olancho.

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

Al observar esta grafica se puede ver reflejada la información que proyecta el cuestionario aplicado en donde los porcentajes indican los probables trastornos mentales de mayor prevalencia siendo las drogas el que ocupa el primer lugar con un 31,1%, seguido de la depresión con un 30.7% y la ansiedad con un 26%. En menor prevalencia se encuentran el alcohol, estrés postraumático y la epilepsia.

Tabla 6. Prevalencia de Enfermedades Crónicas no Transmisibles ECNT según rangos de edad en el Departamento de Olancho

	18 – 30		31 - 50		51 – 110	
	F	%	F	%	F	%
Hipertensión	2	3.0	12	18.2	52	78.8
Infarto agudo al miocardio	0	.0	4	20.0	16	80.0
Insuficiencia Cardíaca	1	4.8	3	14.3	17	81.0
Accidente Cardiovascular	0	.0	3	42.9	4	57.1
Diabetes	1	5.9	4	23.5	12	70.6
Tiroides	2	33.3	1	16.7	3	50.0
Bronquitis Crónica	6	40.0	2	13.3	7	46.7
Asma Bronquial	12	57.1	3	14.3	6	28.6
Enfermedad Pulmonar obstructiva crónica	2	28.6	1	14.3	4	57.1
Cáncer Cervicouterino	4	33.3	4	33.3	4	33.3
Cáncer Mama	2	50.0	1	25.0	1	25.0
Cáncer de Próstata	0	.0	1	11.1	8	88.9
Cáncer de colon	7	31.8	6	27.3	9	40.9

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

La tabla muestra que los encuestados de 51 a 110 años mencionaron tener mayor cantidad de síntomas relacionados con la hipertensión con un 78.8% de 52 sujetos encuestados. Entre otras enfermedades cardiovasculares, sobresale la insuficiencia cardíaca con un 81% de 17 sujetos encuestados, seguida del infarto agudo al miocardio con un 80.0% de 16 encuestados. La diabetes es también importante a considerar, representando un 70% en 12 sujetos encuestados.

La hipertensión también es la enfermedad con mayor presencia en sujetos de edad adulta media de 31 a 50 años, aunque su porcentaje es significativamente menor comparado con el rango de mayor edad. Los jóvenes de 18 a 30 años manifestaron haber tenido prevalencia de síntomas respiratorios como el asma en un 57.1% de 12 sujetos encuestados y la bronquitis crónica, con un 40% de 6 sujetos encuestados. Esto indica que la prevalencia de enfermedades cardiovasculares es menor en este rango de edad.

Tabla 7. Prevalencia de Enfermedades Crónicas no Transmisibles ECNT según Género en el Departamento de Olancho

	Masculino		Femenino	
	F	%	F	%
Hipertensión	21	31.8	45	68.2
Infarto agudo al miocardio	11	55.0	9	45.0
Insuficiencia Cardiaca	8	38.1	13	61.9
Accidente cardiovascular	2	28.6	5	71.4
Diabetes	5	29.4	12	70.6
Tiroides	1	16.7	5	83.3
Bronquitis Crónica	3	20.0	12	80.0
Asma Bronquial	3	14.3	18	85.7
Enfermedad Pulmonar obstructiva crónica	3	42.9	4	57.1
Cáncer Cervicouterino	0	.0	12	100.0
Cáncer de Mama	0	.0	3	1.7
Cáncer de Próstata	9	100.0	0	.0
Cáncer de colon	5	22.7	17	77.3

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

El análisis en base a lo manifestado por los encuestados refiere que la más alta prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles se encuentra en las mujeres, sin embargo la prevalencia del cáncer de próstata en los hombres y el cervicouterino en mujeres representan un 100% en ambos sexos. A la vez un 83,3% de las mujeres presenta alta prevalencia de enfermedades respiratorias como el asma bronquial con un 85.7% y de tiroides en un 83.3%. De las cuatro enfermedades cardiovasculares las mujeres representan mayor prevalencia con un promedio de un 79.47% siendo el accidente cardiovascular con un 71.4% el que sobresale seguido de la hipertensión con un 68.2% luego la insuficiencia cardiaca con un 61.9%. y por último en este grupo hay prevalencia del infarto agudo al miocardio en un

45% menor en comparación a los hombres quienes tienen más alta prevalencia de síntomas de infarto en un 55.0%, el cáncer de colon es más alto en las mujeres con un 77.3% en relación a los hombres quienes manifestaron padecer estos síntomas en un 22.7%. Las enfermedades de menor prevalencia en las mujeres fue el cáncer de mama con un 1.7% y en los hombres el asma bronquial con un 14.3%.

Tabla 8. Prevalencia de Enfermedades Crónicas no Transmisibles ECNT según Nivel de Escolaridad

	Ninguna		Básica		Media		Universitaria	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Hipertensión	32	48.5	22	33.3	8	12.1	4	6.1
Infarto del miocardio	15	75.0	4	20.0	1	5.0	0	.0
Insuficiencia Cardíaca	11	52.4	8	38.1	1	4.8	1	4.8
Accidente cardiovascular	6	85.7	0	.0	1	14.3	0	.0
Diabetes	9	52.9	4	23.5	2	11.8	2	11.8
Tiroides	5	83.3	0	.0	1	16.7	0	.0
Bronquitis Crónica	5	33.3	4	26.7	5	33.3	1	6.7
Asma Bronquial	5	23.8	7	33.3	8	38.1	1	4.8
Enfermedad Pulmonar obstructiva crónica	4	57.1	3	42.9	0	.0	0	.0
Cáncer Cervicouterino	5	41.7	3	25.0	2	16.7	2	16.7
Cáncer de Mama	2	50.0	1	25.0	1	25.0	0	.0
Cáncer de próstata	6	66.7	2	22.2	1	11.1	0	.0
Cáncer de colon	11	50.0	3	13.6	7	31.8	1	4.5

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

Con relación a la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles ECNT según el nivel de escolaridad según los datos obtenidos se observa, que son las personas sin ningún grado de escolaridad las que presentan una mayor prevalencia con un 85.7% de padecer accidente cardiovascular, seguido de un 83.3% con tiroides y un 75.0 de sintomatología relacionada con el infarto agudo al miocardio, lo que indica que a menor nivel educativo las

enfermedades crónicas no transmisibles aumentan y son las personas con nivel de escolaridad universitaria las que presentan menor prevalencia de padecer ECNT en donde el infarto al miocardio , accidente cardiovascular , la tiroides , el epoc , cáncer de mama y de próstata se mantienen en un 0%. Además se puede observar que las personas con educación media son las que presentan una mayor prevalencia con 38.1% de padecer asma bronquial, seguida de la bronquitis crónica con un 33.3% en tercer lugar el 31.8% con síntomas de cáncer de colon.

2. Caracterización de las enfermedades crónicas no transmisibles

El análisis de las enfermedades crónicas no transmisibles se realiza clasificando la población investigada en función de la sintomatología de las mismas, como ser cardiovasculares, endocrinólogas, enfermedad pulmonar obstructiva Crónica EPOC y Cáncer, categorías obtenidas según recomendaciones de expertos y tomando como referencia un apartado de la encuesta de la OMS sobre salud y capacidad de respuesta del sistema de salud medido a través de las preguntas si ha sufrido de uno o más de los síntomas y signos de la enfermedad o padecimiento.

— Tercer objetivo específico

Caracterizar el tipo de enfermedades crónicas que más prevalece en el departamento de Olancho.

Tabla 9. Prevalencia de Enfermedades Crónicas no Transmisibles ECNT del Departamento de Olancho

Enfermedades crónicas	N	%
Hipertensión	65	22
Cáncer colon	22	7.3
Insuficiencia cardiaca	21	7.0
Asma bronquial	21	7.0
Infarto agudo al miocardio	20	6.7
Diabetes	17	5.7
Bronquitis crónica (Enfisema)	15	5.0
Cáncer Cervicouterino	12	4.0
Cáncer de próstata	9	3.0
Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica	7	2.3
Accidente cardiovascular	7	2.3
Tiroides	6	2.0
Cáncer de mama	4	1.3

Fuente: Elaboración propia en base a encuestas de una muestra aleatoria del Departamento de Olancho 2016.

En la tabla 9 se describe la prevalencia de enfermedades crónicas no trasmisibles en el Departamento de Olancho en donde se encuentra una mayor prevalencia de padecer enfermedades cardiacas como la hipertensión con un 22%, es de hacer resaltar que en segundo lugar se encuentra un subgrupo de enfermedades que juntas hacen un promedio de un 7,1% de presentar estos padecimientos y son cáncer de colon con 7,3% la insuficiencia cardiaca , el asma bronquial en un 7.0 % y por ultimo igual sucede con el grupo de enfermedades como el epoc, accidente cardiovascular y tiroides que entre las tres se ubican en un 2.2% de padecer probable sintomatología .

Tabla 10. Prevalencia de Enfermedades Crónicas no Transmisibles ECNT del Departamento de Olancho Según los 4 Tipos Principales de Enfermedades en el Departamento de Olancho.

	N	%
Enfermedades cardiovasculares		
Hipertensión	65	22
Insuficiencia cardiaca	21	7.0
Cardiopatía Isquémica crónica (infarto)	20	6.7
Accidente cardiovascular	7	2.3
Enfermedades endocrinológicas		
Diabetes	17	5.7
Tiroides	6	2.0
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)		
Asma bronquial	21	7.0
Bronquitis crónica (Enfisema)	15	5.0
Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica	7	2.3
Enfermedades cancerígenas		
Cáncer de colon	22	7.3
Cáncer Cervicouterino	12	4.0
Cáncer de próstata	9	3.0
Cáncer de mama	4	1.3

Fuente: Elaboración propia en base a encuestas de una muestra aleatoria de la Población adulta del Departamento de Olancho 2016.

Según las respuestas brindadas el 38% de los encuestados menciono padecer alguna enfermedad cardiovascular, destacando entre ellas la hipertensión con un 22% y en menor prevalencia los accidentes cerebrovasculares con un 2,3%, De igual manera el 7,7% menciono padecer alguna enfermedades endocrinológicas, destacándose en este grupo la diabetes como la de mayor prevalencia y en menor presencia la tiroides con un 2.0%. por otro lado se encontraron tener padecimientos respiratorios del grupo de enfermedades que forman el EPOC que representa un 14.3% en donde el asma bronquial es la de mayor prevalencia y en menor presencia la enfermedad obstructiva crónica con un 2.3% y en cuanto a las enfermedades cancerígenas la prevalencia es de un 15,6% siendo el cáncer de colon el que alcanza un nivel 7,3% y en su minoría el cáncer de mama con un 1,3%.

5.3 Asociación entre enfermedades crónicas no transmisibles ECNT y la presencia de probables trastornos mentales.

A continuación se presentan la asociación de las enfermedades crónicas no transmisibles y los trastornos mentales, tomando como referencia una sección de la encuesta de la OMS sobre Salud y Capacidad de Respuesta del Sistema de Salud, realizando el análisis de chi cuadrada (valor – ó +) considerando el 95% de confianza y una significancia bilateral (\leq a 0.05).

— Cuarto objetivo específico

Determinar si la asociación entre la prevalencia de trastornos mentales y la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles es significativa.

Tabla 11. Asociación de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles ECNT y la Presencia de Trastornos Mentales del Departamento de Olancho.

Enfermedades crónicas	X ²	Sig.
Hipertensión HA	3.31	0.069
Infarto Agudo Miocardio IAM*	5.58	0.018
Insuficiencia Cardiaca IC*	6.22	0.013
Accidente Cardiovascular ACV*	4.77	0,029
Diabetes	0.10	0.919
Tiroides	0.25	0.614
Bronquitis Crónica	1.17	0.279
Asma Bronquial	0.41	0.518
Enfermedad Pulmonar EPOC	1.97	0.160
Cáncer Cervicouterino	2.83	0.092
Cáncer de Mama	2.70	0.100
Cáncer de Próstata	3.22	0.072
Cáncer de Colon	0.66	0.416

* La asociación es significativa en el nivel 0,05

En la tabla se observa que los encuestados con sintomatología de enfermedades cardiovasculares como ser el infarto agudo al miocardio, la insuficiencia cardiaca y el accidente cardiovascular tienen una asociación más significativa con los trastornos mentales en comparación con el resto de enfermedades consideradas para el presente estudio.

Tabla 12. Asociación de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles ECNT y la Ansiedad

Enfermedades crónicas	X²	Sig.
Hipertensión HA *	11.86	0.001
Infarto Agudo Miocardio IAM*	12.87	0.000
Cáncer cervicouterino	3.74	0.053
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	3.61	0.057

* La asociación es significativa en el nivel 0,05

Se observa la alta significancia de la asociación de cuatro enfermedades crónicas con la ansiedad, es decir que al presentar una mayor prevalencia de padecer infarto agudo al miocardio, hipertensión, cáncer cervicouterino, y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, mayor será el nivel de ansiedad.

Tabla 13. Asociación de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles ECNT y la Depresión

Enfermedades crónicas	X²	Sig.
Hipertensión HA*	4.19	0.041
Infarto Agudo Miocardio IAM*	21.21	0.000
Insuficiencia Cardiaca IC*	10.26	0.001
Accidente Cardiovascular ACV*	23.38	0.000
Diabetes*	4.05	0.044
Cáncer de mama*	19.33	0.000

* La asociación es significativa en el nivel 0,05

Fuente: Elaboración propia (2016)

Se observa que la asociación de 6 enfermedades crónicas no transmisibles con la variable depresión es altamente significativa, es decir cuando más alta sea la probabilidad de sufrir hipertensión, infarto agudo al miocardio, insuficiencia cardíaca, accidente cardiovascular diabetes y cáncer de mama, mayor será el nivel de depresión.

CAPITULO VI. DISCUSION DE LOS RESULTADOS

Esta investigación consistió en detectar el estado de salud mental de la población de Olancho, identificando la prevalencia de sintomatología de trastornos mentales y su relación con enfermedades crónicas no transmisibles en la población adulta mayor de 18 años de este departamento y tratar de esta forma con los resultados obtenidos hacer un análisis en relación a las variables sociodemográficas que interfieren en las condiciones de vida y vulnerabilidad de la adultez en la actualidad.

Haciendo un análisis de las características sociodemográficas más frecuentes de las personas con trastornos mentales, la edad en que se encuentra la persona y las causas que la desencadenan es significativa, el hallazgo encontrado en este estudio indica que la mayor prevalencia de sintomatología de estos trastornos los presentó la población adulta entre las edades de 51 a 110 años, seguido de la población joven de 18 a 30 años. Lo cual se relaciona con las estadísticas que maneja el Hospital Santa Rosita quien muestra un rango de edades de mayor atención comprendidos en el rango de 40 a 59 años, no así el Hospital Mario Mendoza que reporta su mayor prevalencia de atenciones a personas en edades de 50 a 59 años atendidos por primera vez y en las personas de 20 a 49 años. Los datos reportados por estos dos hospitales coinciden con los con los resultados obtenidos del presente estudio. A la vez según estudios internacionales sobre trastornos mentales, la edad de inicio de estos padecimientos se da antes de los 30 años. (Fiestas, Piazza, 2014).

En relación a género, la población femenina presenta mayor prevalencia de trastornos mentales con un 54.5%, este resultado coincide con las estadísticas presentadas por el Hospital Mario Mendoza en el año 2009- 2013, quien según sus datos las mujeres recibieron mayor cantidad de atenciones en relación a los hombres durante este periodo. (Maestria de Psicología Clinica (MPC), 2014). Según informes de prevalencia a nivel mundial de trastornos depresivos por edad y sexo, las mujeres alcanzan los más altos porcentajes de trastornos mentales en relación a los hombres considerando la edad de inicio en que se presentan los mismos que comprende el rango de 15-19 años en adelante. (Organizacion Panamericana de la Salud ,OPS , 2017).

A sí mismo en relación nivel de escolaridad el estudio muestra que las personas sin ningún grado de escolaridad presentaron mayor presencia de sintomatología de probables trastornos mentales con un 34%. al igual el área o lugar de procedencia geográfica muestra que las personas que residen en el área rural caserío de Jutiquire Olancho tienen mayor prevalencia de presentar los mismos sin reportar una diferencia significativa en relación al área urbana. Este resultado se relaciona con los reportes que hacen estos dos Hospitales Nacionales en donde ubican a Olancho entre los nueve departamentos con mayor demanda de atenciones psiquiátricas, y trasladarse hasta Tegucigalpa incrementa los costos y las vías de acceso probablemente sean limitantes para atender su salud mental lo que incrementa la prevalencia de probables trastornos mentales en este departamento. Las personas solteras también mostraron tener síntomas de trastornos mentales con un 42.5%.

Los resultados encontrados la prevalencia de trastornos mentales en el departamento de Olancho fue de un 55.7 % mayor a lo esperado en comparación con el último estudio de prevalencia desarrollado en Honduras en el año 2001 en 29 comunidades urbanas que fue de un 35% de prevalencia a nivel nacional. En ese mismo estudio los investigadores incluyeron tres comunidades del departamento de Olancho área urbana y los resultados en relación a la prevalencia de trastornos mentales fueron: Catacamas con un 36%, Juticalpa 37% y Lepaguare 21% por lo que 15 años después se ve la necesidad de actualizar datos en este departamento en relación a esta problemática considerando a la vez incluir el área rural con el caserío de Jutiquire. Si bien es cierto en ese momento Olancho no aparecía entre las 5 comunidades de mayor prevalencia de trastornos mentales en Honduras se consideró oportuno hacer nuevamente un análisis comparativo incluyendo otras variables relacionadas.

Es oportuno mencionar que en Honduras las atenciones en salud mental se encuentran centralizadas en Tegucigalpa en los hospitales de referencia nacional como ser el Hospital Psiquiátrico Santa Rosita y el Hospital Dr. Mario Mendoza), que atienden referencias de los 18 departamentos del país. Según sus registros, Olancho se encuentra entre los 9 departamentos que demandan mayor cantidad de atenciones psiquiátricas siendo los trastornos más comunes que se atienden en Hospital Santa Rosita los trastornos mentales y del comportamiento, los trastornos del humor afectivos y en tercer lugar la esquizofrenia y

el trastorno de ideas delirantes, a la vez mencionan que el consumo de sustancias psicotrópicas es la que más afecta a la población Hondureña según estadísticas del 2009 al 2013. En cambio para el Hospital Mario Mendoza los trastornos mentales de mayor demanda son: la Angustia mayor, epilepsia y atención a personas maníacos depresivos. (Maestría de Psicología Clínica de la Unah., 2014).

Al analizar los resultados de prevalencia de los trastornos mentales de mayor prevalencia en el departamento de Olancho el consumo de drogas ocupa el primer lugar con un 31.1%. Para el Hospital Santa Rosita el consumo de sustancias psicotrópicas es el que más afecta a la población Hondureña. A nivel mundial un 5% de la población adulta consumieron droga por lo menos una vez en el 2015 lo que equivale a unos 250 millones de personas según estimaciones, y un 0.6% de estas personas padecen trastornos por el uso de drogas. (Oficina de las naciones unidas contra la droga y el delito, 2017) Seguidamente tenemos que la Depresión ocupó un segundo lugar con un 30.7 % y la ansiedad con 26% se ubica en la tercera posición. La OPS 2017, reporta que a nivel mundial el 4.4% de la población sufre un trastorno depresivo y 3.6% un trastorno de ansiedad. (OPS, 2017).

De los cuatro grupos de enfermedades crónicas no transmisibles incluidas en este estudio, la población encuestada del departamento de Olancho manifestó padecer alguna enfermedad crónica, siendo las de mayor prevalencia la hipertensión arterial, la diabetes, el asma bronquial y el cáncer de colon.

A la vez el estudio confirma que existe una asociación significativa entre la presencia de enfermedades crónicas no trasmisibles con los trastornos mentales. La depresión y la ansiedad según la literatura son los de mayor prevalencia. Las enfermedades crónicas no trasmisibles que se desarrollan con la depresión según los resultados son: La hipertensión Arterial, Infarto agudo al miocardio, la insuficiencia cardiaca, el accidente cardiovascular, la diabetes y el cáncer de mama. Otro grupo de enfermedades se asocian con el trastorno de ansiedad como lo son de igual forma la hipertensión y el infarto agudo al miocardio, el cáncer de cérvix y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

Se concluye que los resultados obtenidos dan a conocer que la prevalencia de trastornos mentales en este departamento es mayor a la esperada por lo que existe necesidad de implementar estrategias de descentralización de los servicios de atención en salud mental hacia las comunidades como parte de brindar una atención de calidad y calidez a la población demandante y considerando la estrecha relación que existe entre las enfermedades crónicas no transmisibles y los trastornos mentales que se convierten en una comorbilidad que afectan la calidad de vida de la población , volviéndola más vulnerable.

6.1 CONCLUSIONES

1. Entre las características sociodemográficas que más afectan a las personas con trastornos mentales esta la edad en la que se encuentran. La mayor prevalencia de sintomatología de posibles trastornos mentales se encuentra en la población adulta (51 a 110) con un 36.5%, seguido de la población joven (18 a 30) con un 35,3%, Y en relación al género la prevalencia es de un 54.5% en el género femenino y en el masculino de un 45.5%. En las mujeres la vulnerabilidad psíquica en la que se desarrollan los episodios depresivos y ansiosos muchas veces puede estar relacionado con no tener un trabajo fuera de casa y estar al cuidado de sus hijos. El lugar de procedencia de mayor prevalencia de trastornos mentales fue el área rural con un 50.6%, debido a que Olancho tanto la zona urbana como rural, se encuentra entre los 9 departamentos en que su población tiene más demandas psiquiátricas y tienen que trasladarse a buscar atención hasta Tegucigalpa, al Hospital Santa Rosita o al Hospital Mario Mendoza.

2. La prevalencia de trastornos mentales en Olancho es de 55.7%. El último estudio desarrollado en el 2001 en Honduras reporto un 35% de prevalencia de trastornos mentales realizado en 29 comunidades urbanas y en el mismo incluyeron a Juticalpa en donde la prevalencia de trastornos mentales fue de 37%. El estudio actual del 2016 abarco tanto la zona urbana como la rural incluyendo al caserío de Jutiquire y los trastornos mentales de mayor prevalencia de sintomatología de probables trastornos mentales son las drogas en primer lugar con un 31,1%, seguido de la depresión con un 30.7% y la ansiedad con un 26%.

3. Entre las enfermedades crónicas de mayor prevalencia en la población adulta del departamento se encuentran entre las cardiovasculares; la hipertensión arterial, y de las endocrinológicas se encuentra la diabetes y la coexistencia es de dos de cada diez adultos. Encontrándose que es a partir de los 60 años que se incrementan estos padecimientos. Un 22% de la población con hipertensión muestra prevalencia de probables trastornos mentales al igual que el 7.3% de los sujetos con insuficiencia cardiaca.

4. La comorbilidad entre las enfermedades no transmisibles y los trastornos mentales se evidencia al presentarse en las personas estudiadas estos padecimientos como ser la hipertensión HA, infarto Agudo Miocardio IAM, cáncer cervicouterino, enfermedad pulmonar obstructiva crónica donde los sujetos presentaron síntomas relacionados con la ansiedad. Por lo que es necesario el compromiso a nivel de salud pública de implementar estrategias a nivel de atención primaria en salud.

6.2 RECOMENDACIONES

2. Siendo que la mayor prevalencia de trastornos mentales siguen siendo, la depresión, la ansiedad es de especial importancia y la implementación a nivel nacional de la estrategia de la prevención por medio de la educación tanto al equipo multidisciplinario que labora en las Instituciones ya existentes así como a nivel de sociedad civil, familia y la comunidad poder disminuir la brecha de discapacidad, comorbilidad y mortalidad por problemas relacionados no solo a la salud física, sino a la salud mental.

3. Este estudio también sirve de base para analizar los acuerdos y compromisos que se hicieron a nivel de país en las conferencias de Caracas en las cuales Honduras se comprometió a implementar acciones en beneficio de la población en materia de derechos humanos, que aunque no existe una legislación en materia de salud mental a nivel de país pero si existe la política de salud mental que se convierte en una fortaleza.

4. Debido a que la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles afectan las condiciones de vida de la población adulta volviéndola más vulnerable y observando que según la literatura existe una comorbilidad entre las mismas, el establecimiento de vinculaciones con la Universidad Nacional Autónoma de Honduras e instituciones de

sociedad civil puede reducir la prevalencia e incidencia de las mismas en la población. Ya que entre las limitantes que existen a nivel de país, se ven reflejadas en la realidad nacional, ya que se cuenta solo con dos hospitales públicos de referencia nacional que brindan este servicio.

5. Aunque se ha avanzado en la vigilancia hacia los servicios de salud para que brinden atenciones a los usuarios con calidad y calidez a los usuarios, el hecho de que los servicios estén centralizados y que la mayoría de las personas tienen que trasladarse hasta Tegucigalpa para obtener atención y tratamiento, sigue siendo una brecha el que no toda la población pueda disfrutar de estos avances ya que una parte de la población por sus condiciones de vida y altos costos para trasladarse del interior del país a la capital se les dificulta el acceso a estos servicios de atención en salud mental lo cual se puede solucionar por medio de la implementación de la atención en salud mental comunitaria.

Referencias Bibliográficas

Abalo, J. A. (2016). Enfermedades crónicas no transmisibles: un abordaje desde los factores psicosociales. *Salud y Sociedad*.

ADA/European Association for the study of diabetes. (12 de noviembre de 2015). *principio de medicina Interna Harrison*. Obtenido de <https://es.scribd.com/doc/221505568/Resumen-Diabetes-Mellitus-Harrison-Medicina-Interna>

Alan Ornelas Ramírez, A. O. (2017). Salud Mental y Calidad de Vida: su relación en los grupos etarios. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 1-16.

Alarcon, L. F. (2004). Psicología de la salud-Resumen. *Psicopedía hoy*.

Alejandra Munguía *, A. C. (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*, 8-12.

Amparo Sanz Cabrera, F. L. (2016). Relación entre ansiedad y depresión en pacientes con asma bronquial. *Medicina respiratoria*, 61.

Andrea Junemann, G. L. (2007). Inhalación de humo de leña: una causa relevante pero poco reconocida de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. *Revista Argentina de medicina respiratoria*, 52.

ANTÓN, D. (22 de Octubre de 2006). *El concepto "drogas": desinformación en sociedades consumidoras periféricas*. Obtenido de: El concepto "drogas": desinformación en sociedades consumidoras periféricas. recuperado de http://200.21.104.25/culturaydroga/downloads/culturaydroga11%2813%29_7.pdf:

Associació, A. M. (2012). Obtenido de <http://www.activament.org/es/2012/04/12/el-tractament-dels-trastorns-mentals-a-traves-de-la-historia/#sthash.XhRcKGE5.dpbs>.

B, J. C. (2007). Psiquiatría y lenguaje: filosofía e historia de la enfermedad mental. *Revista chilena de neuropsiquiatría*, 193-210.

Beck, J. S. (1995). Terapia Cognitiva. En A. T. Beck, *Conceptos básicos y profundización*. New York, London: Gedisa, Editorial.

Bracamonte Alejandría Ana Guiselle, D. N. (2013). *Depresión y resiliencia en pacientes con cáncer de cuello uterino de un hospital de Chiclayo, 2013*. Perú: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo.

Cardio Alianza. (s.f.). *cardioalianza.org*. Obtenido de <http://cardioalianza.org/las-enfermedades-cardiovasculares/insuficiencia-cardiaca/#>

Carlos Peña Coto, J. R. (2012). Infarto agudo del miocardio por estres laboral. *Medicina legal de Costa Rica* .

Carvajal, C. (2002). trastorno por Estres Postraumatico. *Revista chilena de neuro.psiquiatria*, 20-34.

Centro de Psicología Clínica y Psicoterapia. (2016). Criterios del DSM-5 para el trastorno por estrés postraumático (TEPT). *Psicoterapeutas.com madrid*, .

Chalarca, J. A. (10 de mayo de 2009). *Universidad de antioquia, facultad de medicina, medicina magico religiosa*. Obtenido de <http://magicoreligiosa.blogspot.com/>

Chirinos , Munguia,Lagos, Salgado. (2002). Prevalencia de trastornos mentales en la poblaciom mayor de 18 años en 29 comunidades urbanas de Honduras. *Rev. Medica Post UNAH, Vol.7*.

Chirinos, Munguia, Lagos- Salgado. (2002). Prevalencia de trastornos mentales en la poblaciom mayor de 18 años en 29 comunidades urbanas de Honduras. *Rev. Medica Post UNAH, Vol.7*.

Danilo Quiroz L1, S. G. (2004). Trastornos del ánimo, psicofármacos y tiroides. *Revista Medica de Chile*.

Dávila-Cervantes, M. A.-B. (2015). Carga de la mortalidad por diabetes mellitus en América Latina 2000-2011: los casos de Argentina, Chile, Colombia y México. *Gac Sanit. 2015*, 172-177.

Departamento de salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. (2009). *La Depresion*. Estados Unidos: Publicacion de NIH. Obtenido de https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depresion/depresion_38791.pdf

Division de cancer prevencion y control CDC. (s.f.). Obtenido de <https://www.cdc.gov/spanish/cancer/breast/pdf/BreastCancerFactSheet.pdf>

Dr. Alejandro Jose Carcamo Gomez, D. I. (2014). Caracterización de pacientes con Infarto agudo de miocardio y factores de riesgo relacionados. Hospital Escuela Universitario. *Revista medica de los post grados de medicina* .

DSM5. (2013). Manual Diagnostico y Multiaxial de Trastornos Mentales, Definicion de Trastorno Mental. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

DSM-5. (2013). Novedades y criterios Diagnósticos . En A. P. Publishing. Washington, D.C. USA: CEDE.

DUQUE, A. E. (2008). Bronquitis aguda:diagnóstico y manejo en la práctica clínica. *Universitas Medica*, 66-76.

Duque, R. A. (13 de Junio de 2005). Reacciones fisiológicas y neuroquímicas del alcoholismo. *Division de ciencias de la salud*, 138-147. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/dpp/v1n2/v1n2a03.pdf>

Educación para la salud. (s.f.). *Modelos de explicación para la determinación del proceso salud/enfermedad*. Obtenido de <http://www.edusalud.org.mx/descargas/unidad01/tema01/entendiendo%20la%20salud/modelos%20de%20explicacion.pdf>

Eleazar Enrique Montalván, D. M. (2017). Supervivencia de cáncer gástrico en el occidente de Honduras estudio piloto: 2002-2012. *Rev Med Hondur*, Vol. 85, Nos. 1 y 2., 6-10.

ENDESA. (2012). *Encuesta Nacional de demografía y salud*. Calverton, Maryland, EEUU: SS, INE e ICF International.

Espinoza, A. L. (5 de Diciembre de 2014). *Transcripción del modelo Biomedico y psicosocial*. Obtenido de <https://prezi.com/n8grpnh-qx24/modelo-biomedico-y-psicosocial/>

Eustolia Velázquez Leyva*, M. L. (2015). *Ansiedad y calidad de vida en la mujer con cáncer de mama*. 14-23: Unison / Epistemus 19.

Fiestas, Piazza, F. M. (2014). Prevalencia de vida y edad de inicio de trastornos mentales en el Perú urbano: Resultados del estudio mundial de salud mental, 2005. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 31 (1)., 39-47.

Fundación contra el Cáncer. (2016). Obtenido de www.esmo.org/content/download/6628/115197/file/ES-Cancer-de-Prostata-Guia-para-Pacientes.pdf

Giraldo, P. A. (2015). La pregunta por la salud mental: *Revista Electronica Psiconet*, 3-4.
Goldberg, D. P. (Octubre de 2011). *Revisión de la clasificación de los trastornos mentales de la OMS para atención primaria, la CIE-11-AP*. Obtenido de Revisión de la clasificación de los trastornos mentales de la OMS para atención primaria, la CIE-11-AP. Recuperado de <http://www.fepsm.org/files/files/ICD-11%20PHC%20Draft%20October%202011.pdf>:

Gómez, F. (2007). *Trastorno Mental: Definición según la OMS y el DSM*.

González, G. G. (2007). Cáncer de tiroides epidemiología y etiología. *Instituto Nacional de Cancerología*.

Guadalupe, L. A. (2008). Panorama de la Psicología de la Salud. *Revista Psicológica Científica.com*.

Hankey, G. J. (2016). accidente cerebrovascular. *Medicina General*.

Henaos S, Q. S. (2016). Políticas públicas vigentes de salud mental en Suramérica: un estado del arte. *Fac. Nac. Salud pública*, 184-192.

Hernández Sampieri, R. (2014). *Metodología de la Investigación*. México: Mc Graw Hill.

Herranz Bellido, J., Diez Jorro, M., Albaladejo Blázquez, N., Cerezo Martínez, A. M., & Oltra Taverner, D. (2006). *Psicopatología del Comportamiento delictivo. Conceptos básicos de Psicopatología*. Universidad de Alicante, Departamento de Psicología de la Salud, Madrid, España. Obtenido de <http://hdl.handle.net/10045/3683>

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

IHADFA. (2004). *Abuso de Sustancias*.

INE Honduras XVII censo de población y vivienda 2013. (Junio de 2014). Obtenido de portal de estadísticas y censos de Honduras: <http://www.ine.gob.hn/index.php/25-publicaciones-ine>
INE, I. N. (Junio de 2014). <http://www.ine.gob.hn/index.php/component/content/article?id=81>.

Instituto Nacional de Estadística. (2018). *Juticalpa, Olancho Información General 2018*. Tegucigalpa.

Instituto Nacional de Estadística INE. (2018). *Juticalpa Olancho*. Tegucigalpa.

Israel Godoy, D. J.-V.-S.-S. (2017). Síndrome metabólico, hipotiroidismo y riesgo cardiovascular en licenciadas y auxiliares de enfermería, Hospital Escuela Universitario octubre-noviembre 2016. *Revista Argentina de Endocrinología y Metabolismo*, 1-8.

J. Ferrís-i-Tortajada, J. G.-i.-C.-T.-G. (2010). Factores de riesgo constitucionales en el cáncer de próstata. *Actas Urológicas Españolas 2011*. Obtenido de https://www.aeu.es/actas/v35n5/acuro_261.pdf

J. J. ESCRIVÁ, J. A. (2002). *Endocrinología*. Obtenido de Farmacia Hospitalaria: <https://www.sefh.es/bibliotecavirtual/fhtomo2/CAP05.pdf>

J.J. Viñes, E. A. (2003). Epidemiología poblacional de cáncer colorrectal: revisión de la causalidad. *Anales del sistema sanitario de Navarra*.

Jimenez, J. M. (2001). *Las Drogas : Conceptos aspectos penales y penitenciarios*. Obtenido de Las Drogas: Concepto aspectos penales y penitenciarios. Recuperado de <https://www.editorial-club-universitario.es/pdf/361.pdf> : <https://www.editorial-club-universitario.es/pdf/361.pdf>

José Domingo Flórez Moreno, H. D. (2001). La salud mental desde la transdisciplinariedad y el modelo integral. *tesis psicologica*.

Jose Hoover Vanegas Garcia, L. M. (2007). La discapacidad, una mirada desde la teoria de los sistemas y el modelo biopsicosocial. *Sistema de Informacion Cientifica* , 58.

Juan Carlos Fernandez Rodriguez, F. M. (2014). Estudio de la depresión en el asma bronquial a través del triple sistema de respuesta. *Anuario de Psicología/The UB Journal of Psychology*, 21-29.

Julio Ancochea, M. M.-R.-t. (2013). Infradiagnóstico de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica en mujeres: cuantificación del problema, determinantes y propuestas de acción. *Sociedad Española de Neumología y cirugía toraxica*, 223-229.

JuradoD, B. L. (2015). Hábitos de vida y cáncer colorrectal: Un estudio de casos y controles en una población de ingresos medios y bajos. *Universidad y salud*, 7-17.

Just another WordPress.com weblog. (7 de Abril de 2010). Obtenido de <https://teoriasdelaprendizaje1.wordpress.com/2010/04/07/principales-precursores-del-conductismo/>.

Kendler, K. (2012). Enfermedad Mental, Etiología de la Enfermedad Mental. *Molecular Psychiatry*, 17(4), 377-388.

Liga Internacional contra la Epilepsia (ILAE). (14 de Abril de 2014). Qué es “EPILEPSIA” en 2014?. Nueva definición de la ILAE (Liga Internacional Contra la EPILEPSIA). Recuperado de <http://www.epilepsiamadrid.com/2014/04/24/que-es-epilepsia-en-2014-nueva-definicion-de-la-ilae-liga-internacional-contra-la-epilepsia/> . Obtenido de <http://www.epilepsiamadrid.com/2014/04/24/que-es-epilepsia-en-2014-nueva-definicion-de-la-ilae-liga-internacional-contra-la-epilepsia/>.

Maestria de Psicologia Clinica (MPC). (2014). *Salud Mental en Honduras*. Tegucigalpa.

Maestria de Psicologia Clinica. (2014). *Sistema de Salud Mental en Honduras*. Tegucigalpa.

Maestria de Psicologia Clinica de la Unah. (2014). *Salud Mental en Honduras*. Tegucigalpa.

Mebarack, M. (2009). Salud mental: un abordaje desde la psicología de la salud. *Psicologia desde el caribe*, 83-112.

Medline Plus. (26 de Diciembre de 2017). Obtenido de <https://medlineplus.gov/spanish/chronicbronchitis.html>

Miami Cancer Institute. (2018). *Copyright © 2018 Baptist Health South Florida*. Obtenido de https://baptisthealth.net/Style%20Library/mci/_imgs/interior/adult-cancers1.jpg

Miguel Gili, G. R. (2014). Trastornos por trastornos por cocaína e infarto agudo de miocardio, prolongación de estancias y exceso de costes hospitalarios. *Revista Española de cardiología*.

Miguel, M. (Miércoles de Abril de 2011). *Resumen del Texto "La salud Mental"*. Klein, M. (1960). Obtenido de <http://orientaciondinamica.blogspot.com/2011/04/resumen-del-texto-la-salud-mental-klein.html>

Ministerio de salud de Honduras, OPS-OMS. (2008). *Informe sobre la salud mental en Honduras*. Ginebra: OMS ,.

Ministerio de salud publica. (2011). *Guía Práctica: Promoción de Estilos de Vida Saludables y prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles*. Republica Dominicana.

Moncada, G. (2013). *Salud mental*. UNAH.

Obando, J. H. (2007). La Discapacidad una mirada desde la teoría de los sistemas y el modelo biopsicosocial. *Sistema de información científica*, 58.

Oficina de las naciones unidas contra la droga y el delito . UNODOC. (2018). *Informe Mundial de las Drogas 2018 ,Resumen, conclusiones y consecuencias en materia de políticas*. Obtenido de Informe Mundial de las Drogas 2018 ,Resumen, conclusiones y consecuencias en materia de políticas. Recuperado de https://www.unodc.org/wdr2018/prelaunch/WDR18_ExSum_Spanish.pdf:

Oficina de las naciones unidas contra la droga y el delito. (2017). *Informe mundial sobre las drogas 2017*. Austria: publicación de las Naciones Unidas, núm. de venta S.17.XI.6).

Oleidis Francisca Pérez González, A. M. (2017). Caracterización anatomopatológica de pacientes con lesiones tiroideas atendidos en el hospital provincial de Las Tunas. *Revista Electronica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta*.

OMS. (2001). *Informe sobre la Salud en el mundo 2001. Salud mental: Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Ginebra, Suiza : Oficina de Publicaciones OMS.

OMS. (2001). *Informe sobre la salud en el mundo 2001: Salud mental nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Ginebra.

OMS. (2001). *Informe sobre la salud en el mundo 2001: Salud mental nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Ginebra.

OMS. (2013). *Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020*. Ginebra, Suiza .

OMS. (01 de Diciembre de 2017). *Enfermedad Obstructiva Crónica EPOC*. Obtenido de [http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-\(copd\)](http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-(copd))

OMS. (Abril de 2017). *Trastornos mentales*. Obtenido de <https://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/es/>

OMS. (30 de marzo de 2018). *Determinantes de la salud mental*. Obtenido de <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

OMS. (2018). *Enfermedades no transmisibles*. centro de prensa.

OMS. (2018). *Temas de salud, Depresión*. Obtenido de Temas de salud, Depresión . Recuperado de <http://www.who.int/topics/depression/es/> : <http://www.who.int/topics/depression/es/>

OPS. (2017). *Depresión y otros trastornos mentales, estimaciones sanitarias mundiales*. Washington D.C. .

OPS/OMS. (2016). Obtenido de https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=article&id=2&Itemid=40735&lang=es

Organizacion Mundial de la Salud. (2004). *Invertir en salud mental*. Obtenido de http://www.who.int/mental_health/advocacy/en/spanish_final.pdf

Organizacion Mundial de la Salud. (2008). 61 asamblea mundial de la salud sobre prevencion y contros de las enfermedades no transmisibles . Ginebra.

Organizacion Mundial de la Salud. (2013). *Informe sobre la Epilepsia en America Latina y el Caribe*. Washington: pubrights@paho.org.

Organizacion Mundial de la Salud. (6 de agosto de 2013). *La OMS publica unas directrices sobre la atención de salud mental tras los eventos traumáticos*. Obtenido de https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/trauma_mental_health_20130806/es/

Organizacion Mundial de la Salud. (15 de noviembre de 2017). *Diabetes*. Obtenido de Centro de prensa: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>

Organizacion Mundial de la salud. (17 de mayo de 2017). *Enfermedades cardiovasculares*. Obtenido de [http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))

Organizacion Panamericana de la Salud ,OPS . (2017). *Depresión y otros trastornos mentales , estimaciones sanitarias mundiales*. Washington ,D.C.: WHO/MSD/MER/2017.2.

Organizacion Panamericana de la Salud. (2017). *Depresión y otros trastornos mentales comunes ,estimaciones sanitarias mundiales*. Washington D.C.: WHO/MSD/MER/2017.

Organizacion panamericana de la sante. (2017). *Estado de salud de la poblacion*. Obtenido de Estado de salud de la poblacion. Recuperado https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post_t_es=prevencion-y-control-de-las-enfermedades-no-transmisibles&lang=fr: https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post_t_es=prevencion-y-control-de-las-enfermedades-no-transmisibles&lang=fr

Orozco Gómez, A. M., & Castiblanco Orozco, L. (2015). Factores Psicosociales e Intervención Psicológica en Enfermedades Crónicas no Transmisibles. *Revista Colombiana Psicológica*, 24(1), 203-217.

Oscar Fernando Isaula*, E. P. (2006-2010). Enfermedad cerebro vascular y factores asociados en la población de Villanueva, Cortés, Enero 2006 – Diciembre 2010.

Oscar Guevara-Sánchez, L., Ileana Holst-Schumacher, M. S.-O., Mauro Barrantes-Santamaría, M. R.-M., & Pablo Alvarado-Ulate, M. (2015). Disfunción tiroidea subclínica en población adulta costarricense. *Anales de la Facultad de Medicina*.

Palacios, C. M. (s.f.). *Monografias.com* S.A. Obtenido de <https://www.monografias.com/trabajos81/estudio-pueblos-indigenas-honduras/estudio-pueblos-indigenas-honduras.shtml>

Palmira Pramparo MTSAC, I. C. (2011). Evaluación del riesgo cardiovascular en siete ciudades de Latinoamérica: las principales conclusiones del estudio CARMELA y de los subestudios. *Revista argentina de cardiología*.

Pintor, L. (2006). Insuficiencia cardiaca y enfermedad depresiva, una frecuente combinacion tantas veces olvidada. *Revista Española de cardiología*.

POSAS, G. I. (2014). Caracterizacion de la vigilancia de la salud de la poblacion con displasia y cancer cervico uterino en el Municipio de Olanchito, Yoro. 2005-2006. Tegucigalpa: Unah.

Profesor Marco Tulio Medina, D. L. (s.f.). *First phase report of the demonstrative Honduras treatment gap project*. Obtenido de First phase report of the demonstrative Honduras treatment gap project. Recuperado de <https://www.ligaepilepsia.cl/central/documentos/7773f92a710843dcd19bccca936a9fd4.pdf>: <https://www.ligaepilepsia.cl/central/documentos/7773f92a710843dcd19bccca936a9fd4.pdf>

<https://www.ligaepilepsia.cl/central/documentos/7773f92a710843dcd19bccca936a9fd4.pdf> programa de accion en salud mental. (s.f.). *Conceptos Generales*. Obtenido de Programa de accion en salud mental: http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/pasm_cap2.pdf

Psicoactiva. (s.f.). *Diccionario de términos psicológicos*. Obtenido de <https://www.psicoactiva.com/diccio/diccionario-de-psicologia.htm>

Rafael Alaron, E. R. (2006). Medicina psicosomática en enfermedad cardiovascular: consideraciones clínicas Rafael Alarcón1 Eduardo Ramírez

Vallejo2ResumenEl artículo permite concebir la relación medicina psicosomática en enfermedad cardiovascular, consideraciones clínicas. *Revista colombiana de psiquiatría*, 114-116.

Reyes-Ticas, A., Paz-Fonseca, A., Moncada-Landa, R., Sosa-Mendoza, C., Romero A, M. G., & Murcia, H. (Enero-Abril de 1999). Prevalencia de trastornos mentales en la comunidad de Villanueva. *Rev. Med. Post UNAH*, 4(1), 74-85.

Roncero, C. (2017). Ansiedad y depresión en el paciente con EPOC. *Monografías de archivos de bronconeumología*.

Rosso, M. A. (2012). Terapia humanista existencial fenomenológica: estudio de caso. *AJAYU*.

Secretaría de Salud. (2005). *Plan Nacional de Salud 2021*. Tegucigalpa.

Secretaría de salud de Honduras. (2005). *Plan Nacional de Salud 2021*. Tegucigalpa.

Sociedad Americana del Cáncer. (2018). Obtenido de <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-colon-o-recto/acerca/que-es-cancer-de-colon-o-recto.html>

Susana Aedo, A. M. (2007). Detección y tipificación de virus papiloma humano en lesiones preneoplásicas del cuello uterino mediante PCR-RFLP. *Revista médica de Chile*, 167-173.

Ticas Americo, Romero, Fonseca. (1999). Prevalencia de trastornos mentales en la comunidad de Villa Nueva, Región Metropolitana. *Revista Hondureña d el Postgrado de Psiquiatría UNAH*, 74-85.

Ticas, J. A. (s.f.). Trastornos de ansiedad guía práctica para diagnóstico y tratamiento. Recuperado de <http://www.bvs.hn/Honduras/pdf/TrastornoAnsiedad.pdf>. Obtenido de <http://www.bvs.hn/Honduras/pdf/TrastornoAnsiedad.pdf>

Ticas, Padgett, Ortiz y otros. (2002). Prevalencia de trastornos mentales en la población mayor 18 años población urbana Honduras. *Medica de postgrado en Psiquiatría UNAH*, 42 - 48.

Ticas, Soto, Ortiz y otros. (1999). PREVALENCIA DE TRASTORNOS MENTALES EN PRIVADOS DE LIBERTAD. *Revista Hondureña d el Postgrado de Psiquiatría UNAH*, 129 -136.

Ticas, Mendoza, Aguilera y otros. (2008). la prevalencia de trastornos mentales y su relación con antecedentes de violencia en la infancia. *Revista de post grado Psiquiatría UNAH*, 21-29.

Tomas, U. (6 de Mayo de 2014). *Definición de trastorno mental según el DSM-5*. Obtenido de Recuperado de <http://elpsicoasesor.com/trastorno-mental-segun-el-dsm-5/>: <http://elpsicoasesor.com/trastorno-mental-segun-el-dsm-5/>

Ubilla, E. (2009). El concepto de salud mental en la obra de Erich Fromm. *Rev Chil Neuro-Psiquiat*, 153-162.

Valentina Rivas-Acuña, (. H.-B.-L.-R.-M.-A. (2011). Prevalencia de ansiedad y depresión en las personas con diabetes mellitus tipo 2. *Salud en Tabasco*, 30-35.

Vanessa Herrera-Lopez, L. C. (2014). Estrés postraumático y comorbilidad asociada en víctimas de la violencia política de una comunidad campesina de Huancavelica, Perú. 2013. *Revista Neuropsiquiatrica* , 144-159.

Vetere, G. (2014). Frecuencia de trastornos de ansiedad y del animo en pacientes con hipertension arterial esen. Buenos Aires, Argentina .

xplor Honduras. (2013). Obtenido de <http://www.xplorhonduras.com/departamento-de-olancho/>: <http://www.xplorhonduras.com/departamento-de-olancho/>.

ANEXOS

Anexo 1 Cuestionario SRQ

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS

ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

Presentación

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

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

Consentimiento Informado

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

Firma del participante: _____

Fecha: _____

Huella _____

INSTRUCCIONES

Al encuestador:

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

Al encuestado (a)

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

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

SI

NO

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

INSTRUCCIONES

Leer al encuestado (a

“Le haré algunas preguntas que están relacionadas con enfermedades de tipo crónico no transmisible que le pudieron haber molestado en los últimos 12 meses ponga una “X” en el inciso “SI”, si tuvo la enfermedad, si fue diagnosticado y recibió tratamiento y por otro lado si la pregunta no aplica a usted y no tuvo la enfermedad en los últimos 12 meses, no fue diagnosticado y no recibió tratamiento ponga una marca “X” en el inciso de “NO”

Sus respuestas serán confidenciales y solo serán usadas con fines de investigación académica.

N	PREGUNTAS	¿Ha sufrido de uno o más de los síntomas y signos de la Enfermedad o padecimiento?		¿Fue Diagnosticado por un médico general, especialista u otro trabajador de la salud?		¿Recibe tratamiento por este síntoma o enfermedad?	
		Si	No	Si	No	Si	No
1.	¿Tiene o ha mantenido presión alta, arriba de 140/90?						
	¿Su presión alta ha ido acompañada de fuertes dolores de cabeza?						
	¿A la vez ha sentido mareos?						
	¿Y a la vez le zumban los oídos?						
2.	¿Ha estado con el pecho oprimido o apretado y con dolor?						
	¿Estos síntomas han ido acompañados de sudoración?						
	¿Además de la sudoración ha sentido palpitaciones?						
	¿Y han estado acompañados de falta de aire, le cuesta respirar?						
3	¿Ha padecido de frecuencias cardíacas rápidas o (palpitaciones rápidas del corazón)?						
	¿Estas palpitaciones rápidas han ido acompañadas de mareos?						
	¿Además de los mareos se le han inflamado los tobillos?						
	¿Experimentó a la vez cansancio y fatiga?						
4	¿Ha sufrido de parálisis en la mitad del cuerpo? (adormecimiento en la mitad del cuerpo)						

	¿Y en algún momento sintió pérdida parcial o total del habla?						
	¿Entendía muy poco lo que le decían?						
	¿Además sintió fuertes dolores de cabeza o migrañas?						
5.	¿Al hacerse exámenes de laboratorio ha tenido ALTA el azúcar en ayunas (mayor a 126)?						
	¿Al repetirse el examen del azúcar con las comidas le ha vuelto a salir alta, mayor a 200?						
	¿Y ha sentido sed intensa?						
	¿Lo anterior ha ido acompañado de cansancio?						
	¿Siente que ha tenido pérdida de peso?						
	¿Y a la vez orina frecuentemente?						
6	¿Después de hacerse exámenes de la tiroides le han salido resultados bajos o elevados?						
	¿Considera que ha aumentado o bajado de peso?						
	¿Lo anterior ha ido acompañado de fatiga, cansancio?						
	¿Ha sentido su estado de ánimo bajo (depresión)?						
	¿Y seguido siente nerviosismo (ansiedad)?						
	¿Ha observado cambios en su cabello, uñas o alteraciones en la piel?						
7.	¿Ha tenido presión o dolor en el pecho?						
	¿Además de la presión en el pecho ha tenido gripe, tos, silbidos o chillidos al respirar?						
	¿Estos síntomas han ido acompañados de fiebre?						
8	¿Ha sentido dificultad para respirar como que el pulmón se cerrara y no entrara aire?						
	¿Además ha manifestado tos con o sin flema, acompañada de silbidos en el pecho?						
	¿Le han aparecido alergias e inflamación crónica en la piel?						
9	¿Ha estado expuesto al polvo, humo del fogón o de cigarrillo (tabaco)?						
	¿A la vez ha trabajado frecuentemente utilizando químicos?						

	¿Y ha sentido dificultad para respirar, tos, silbido, o chillido al respirar						
10	¿Se ha realizado la citología vaginal después de algún sangrado anormal?						
	¿Y ha presentado sangrado vaginal abundante que no cesa?						
	¿El sangrado ha ido acompañado de dolor en la pelvis (vientre)?						
	¿Los sangrados han ido acompañados de olor fétido?						
11	¿Ha tenido una masa o tumor en las mamas o axilas que han ido cambiando de tamaño, forma y textura?						
	¿Al formarse esa masa o tumores ha tenido secreciones líquidas por los pezones con sangre y pus?						
12	¿Ha tenido dificultad para orinar, dolor o ardor, a veces orina sólo por gotitas?						
	¿A la vez ha habido sangre en el semen y disfunción eréctil o falta de erecciones?						
	¿Y ha experimentado molestias al sentarse por inflamación o aumento de la próstata?						
13	¿Ha sufrido de estreñimiento con sangre en heces?						
	¿Padece de muchas diarreas, dolor o molestia abdominal?						
	¿Si la respuesta es sí le han indicado ultrasonido?						
	¿Y le diagnosticaron alguna enfermedad (cual)?						
14	Ha tenido otros padecimientos (especifique).						

Muchas gracias por su colaboración. Los resultados de esta investigación quedarán registrados en la Dirección de Investigación Científica DICU de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras UNAH.

