

Universidad Nacional Autónoma de Honduras



Facultad de Ciencias Sociales
Escuela de Ciencias Psicológicas
Maestría en Psicología Clínica

Tesis:

Prevalencia de Trastornos Mentales en Relación con la Funcionalidad Familiar, en población adulta del Departamento de Comayagua, Honduras, 2016.

Previa opción al Título de Máster en Psicología Clínica

Sustentada por:

Fabiola Oliva Soto Carvo

Asesor metodológico:

PhD. German Edgardo Moncada Godoy

Asesora temática:

MSc. Nancy Lorena Ávila Banegas

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

Diciembre del 2018

Autoridades universitarias

Dr. Francisco José Herrera Alvarado
Rector

MSc. Belinda Flores
Vice Rectora Académica

Abogada Emma Virginia Rivera Mejía
Secretaria General

Dr. Armando Euceda
Director de Postgrado

Doctora Martha Lorena Suazo
Decana de la Facultad de
Ciencias Sociales

Doctora Mirna Flores
Coordinadora General de Postgrado
Facultad de Ciencias Sociales

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

Dedicatoria

Acto que dedico:

A Dios, por darme la oportunidad de vivir y permitirme llegar hasta este punto con salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.

A mis padres, quienes ahora gozan de la paz del Señor, por haber sido el pilar fundamental en todo lo que soy, en toda mi educación, tanto académica, como de la vida, por enseñarme el significado de la responsabilidad y el sentido de justicia, por enseñarme que el valor de la vida es brindar amor a manos llenas, por ser siempre inspiración y motivación para caminar hacia el lado correcto de la vida y por su incondicional apoyo perfectamente mantenido a través del tiempo.

A mi esposo, a mis hijos, a mi hermana, a mi sobrina, por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, por sus ejemplos de perseverancia, por la motivación constante que me ha permitido lograr este paso, pero más que nada, por su amor.

A mis queridas compañeras y amigas que me apoyaron y me permitieron entrar en sus vidas durante este tiempo de convivir trabajando juntas.

A los pacientes y usuarios que han sido fuente de experiencias, aprendizaje e inspiración a lo largo de muchos años.

Agradecimientos

Agradezco primeramente a Dios Quien supo guiarme por el buen camino, por darme la vida y por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.

A mi familia: Mi esposo Arturo, mis hijos, Tito, Maggie, Yaraní, mi hermana Marita y mi sobrina Maritinita, les agradezco por su permanente apoyo incondicional.

A la Dirección de Investigación Científica y Posgrado de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras, a través de su directora Dra. Leticia Salomón, por haber otorgado la beca que hizo posible el financiamiento y la asesoría de esta investigación.

A la Coordinadora Académica de la Maestría en Psicología Clínica, Doctora Vilma Amparo Escoto Torres, por impulsar nuestra formación profesional con rectitud, con asertividad y con simpatía. Gracias por su apoyo y motivación, por ser estímulo y guía en todo momento. Gracias por sus detalles y muestras de cariño.

A los asesores de esta tesis, PhD. German Moncada, PhD. Ivette Rivera y Máster Nancy Lorena Ávila, por su enorme ayuda en todo momento, por sus enseñanzas, su colaboración, sus aportes, su paciencia, su orientación y guía para la elaboración de esta tesis.

A mis profesores, que marcaron cada etapa de nuestro camino en la Maestría, gracias por transmitirnos sus sabidurías, por despejar mis dudas, por su gran apoyo y motivación para la culminación de nuestros estudios de posgrado.

A mi grupo de compañeras y amigas, Danellia, Gloria, Ilce, Rosita y Sughey, con quienes hicimos un equipo de trabajo y nos apoyamos mutuamente en nuestra tesis, compartiendo días, semanas, meses y, que del compañerismo surgió una hermosa amistad, muchas gracias por su invaluable apoyo, su solidaridad, su tiempo compartido, sus muestras de fraternidad, su alegría, su amistad, su estímulo, su entusiasmo, su respaldo, su cariño y su gran ayuda en todo momento.

Un especial y profundo agradecimiento a mi compañera y gran amiga Sughey Valladares, quien de manera espontánea y desprendida me brindó su inapreciable ayuda en momentos cruciales de la fase final.

Asimismo, agradezco profundamente al Máster Miguel Landa Blanco por su invaluable y desinteresada asesoría y gran ayuda en la etapa final.

A mis compañeras Esther y Nancy con quienes compartimos la misma variable en esta tesis, gracias por su valioso apoyo y solidaridad.

Al equipo de psicólogos encuestadores de Comayagua, por su invaluable asistencia y decidido apoyo en la realización de esta investigación.

A los pacientes, usuarios y encuestados, que de manera incondicional accedieron a colaborar con la investigación.

A todos aquellos que participaron directa o indirectamente en la elaboración de esta tesis y que con sus palabras de aliento me ayudaron a terminar este paso de vida.

Tabla de contenidos

Dedicatoria	i
Agradecimientos	ii
Resumen	x
Abstract	xi
Introducción	1
Capítulo I: Planteamiento del problema.....	5
1.1. Situación Problemática	5
1.3. Objetivos de investigación	11
1.3.1. Objetivo general.....	11
1.3.2. Objetivos específicos	11
1.4. Preguntas de investigación.....	11
1.5. Justificación.....	12
Capítulo II: Marco contextual	16
2.1 Problemática de la salud mental en el mundo y sus determinantes	16
2.2. Situación de salud mental en Honduras	19
2.3. Situación de la funcionalidad familiar en América Latina y Honduras	24
2.4 Ubicación socio geográfica de Honduras.....	25
2.5 Contexto de país.....	29
2.6. Departamento de Comayagua	32

Capítulo III: Marco Teórico	35
3. Hacia un modelo de salud integral	35
3.1. Salud mental.....	35
3.1.1 Determinantes de la salud mental	40
3.1.2. Trastornos mentales.	42
3.2. Funcionamiento familiar: Enfoque sistémico	48
3.2.1. Categorías de evaluación para el funcionamiento familiar	53
3.2.2. Funcionamiento familiar y su relación con los Trastornos Mentales.	55
3.2.3. Familia y ciclo vital.....	57
3.2.4. Etapas del ciclo vital familiar.....	58
3.2.5. Funcionalidad familiar	61
3.2.6. Disfuncionalidad Familiar.....	63
Capítulo IV: Metodología	67
4.1. Tipo de Investigación.....	67
4.2. Población y Muestra.....	67
4.3. Variables, hipótesis e indicadores	70
4.3.1. Matriz de operacionalización de variables	70
4.3.2. Hipótesis.....	74
4.4. Descripción de los instrumentos y/o técnicas y procedimientos que se utilizó para la recolección de información	74
4.4.1. El Cuestionario de auto-reporte o Self Reporting Questionnaire (SRQ).	75
4.4.2. Escala de Funcionamiento Familiar FF-SIL	75

4.4.3. Validación de los Instrumentos	76
4.4.4. Encuesta de caracterización poblacional.....	80
Capítulo V: Análisis de resultados.....	83
5.1. Prevalencia de sintomatología de trastornos mentales en la población adulta del departamento de Comayagua.....	83
5.2. Prevalencia de los principales trastornos mentales según categoría diagnóstica en la población adulta del departamento de Comayagua.....	84
5.3. Prevalencia de trastorno mental según características socio demográficas.	85
5.3.1 Sintomatología de trastornos mentales según género	85
5.3.2 Sintomatología de trastornos mentales según rangos de edad	86
5.3.3 Sintomatología de trastornos mentales según estado civil.....	87
5.3.4 Sintomatología de trastornos mentales según ubicación geográfica.....	88
5.4. Caracterización de la funcionalidad familiar	89
5.5 Relación entre funcionalidad familiar y sintomatología de trastornos mentales	90
5.5.1 Análisis de dispersión entre la funcionalidad familiar y sintomatología de trastornos mentales.....	91
5.6. Jerarquización de dimensiones de funcionamiento familiar y sintomatología de trastornos mentales.....	92
5.6.1. Funcionalidad familiar y ansiedad	92
5.6.2. Funcionalidad familiar y depresión.....	93
5.6.3. Funcionalidad familiar y dependencia de drogas.....	93
5.6.4. Funcionalidad familiar y estrés postraumático	94

5.6.5. Funcionalidad familiar y dependencia de alcohol.....	95
Capítulo VI: Discusión de los Resultados.....	97
Conclusiones	105
Recomendaciones.....	107
Referencias bibliográficas.....	111
Anexo 1	120
Mapa de delimitación geográfica	120
Anexo 2	120
Anexo 3	121
Hoja de registro y control de aplicación de encuestas según rangos de edad y género.	121
Anexo 5. Escala de Funcionamiento Familiar	124
Anexo 6. Glosario	125
Anexo 7. Consentimiento informado	129

Índice de Figuras

<i>Figura 1.</i> Prevalencia de sintomatología de trastornos mentales en la población adulta del departamento de Comayagua.	83
<i>Figura 2.</i> Trastornos mentales de mayor prevalencia en el departamento de Comayagua.	84
<i>Figura 3.</i> Sintomatología de trastorno mental según género.	85

<i>Figura 4.</i> Sintomatología de trastorno mental según rangos de edad.....	86
<i>Figura 5.</i> Sintomatología de trastornos mentales según estado civil.....	87
<i>Figura 6.</i> Sintomatología de trastornos mentales según área geográfica.	88
<i>Figura 7.</i> Caracterización de la funcionalidad familiar.	89
<i>Figura 8.</i> Relación entre funcionalidad familiar y sintomatología de trastornos mentales	90
<i>Figura 9.</i> Relación del funcionamiento familiar y la sintomatología de trastornos mentales	91
<i>Figura 10.</i> Delimitación Geográfica.....	120
<i>Figura 11.</i> Criterios de Selección de la Muestra de acuerdo con el Municipio.....	120
<i>Figura 12.</i> Selección de casas consultadas.	121

Índice de tablas

Tabla 1. <i>Criterios para calcular tamaño de muestra</i>	68
Tabla 2. <i>Marco Muestral</i>	70
Tabla 3. <i>Matriz de operacionalización de variables</i>	72
Tabla 4. <i>Categorías del cuestionario de funcionalidad familiar</i>	79
Tabla 5. <i>Dimensiones de funcionamiento familiar según ansiedad.</i>	92
Tabla 6. <i>Dimensiones de funcionamiento familiar según depresión.</i>	93
Tabla 7. <i>Dimensiones de funcionamiento familiar según dependencia de drogas.</i>	94
Tabla 8. <i>Dimensiones de funcionamiento familiar según estrés postraumático.</i>	94
Tabla 9. <i>Dimensiones de funcionamiento familiar según dependencia de alcohol.</i>	95

Resumen

Esta investigación tiene el objetivo de analizar la prevalencia de trastornos mentales en relación con la funcionalidad familiar en la población adulta del departamento de Comayagua, Honduras, 2016. Es un estudio con enfoque cuantitativo, de alcance correlacional, diseño no experimental, de corte trasversal, identificando sintomatología de padecer un trastorno mental, relacionado con la funcionalidad familiar en un punto determinado del tiempo. Se realizó un muestreo polietápico, con criterios de selección en donde fueron encuestadas 300 personas, utilizando los instrumentos SRQ Cuestionario de Síntomas para Adolescentes, Jóvenes y Adultos, propuesto por la OMS para la detección de sintomatología de trastornos mentales y, el FFSL Cuestionario de Funcionamiento Familiar (Ortega Alvelay, Fernández Vidal, & Osorio Pagola, 2003).

Los trastornos mentales de mayor prevalencia son el *estrés postraumático*, seguido de *depresión y ansiedad*; y en menor medida *dependencia a las drogas y al alcohol*, finalmente *epilepsia*. En cuanto a la procedencia geográfica con mayor prevalencia es la zona urbana; la mayor frecuencia de los probables trastornos mentales es el género femenino, así como las personas entre 18 a 30 años, de la misma forma los solteros. En relación con las familias de Comayagua, ellas muestran funcionalidad familiar, es decir, que a mayor funcionamiento familiar menor presencia de trastornos mentales. En conclusión, la prevalencia de trastornos mentales en el departamento de Comayagua es de 58,7%, lo que es mayor a lo reportado por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2002).

Palabras Claves: Funcionalidad Familiar, Prevalencia, Trastornos Mentales.

Abstract

The objective of this article is to analyze the prevalence of mental disorders in relation with the family functionality in adult population of the department of Comayagua, Honduras, 2016. It is a study with a quantitative approach, correlational in scope, non-experimental design, cross-sectional, with a multi-stage sampling with selection criteria where 300 dwellings were surveyed, using the SRQ symptom questionnaire for adolescents, young people and adult's instruments, proposed by the OMS for the detection of symptoms of probable mental disorders and the FFSL Family Functioning Questionnaire (Ortega Alvelay, Fernández Vidal, & Osorio Pagola, 2003).

We worked with the SPSS program to obtain the analytical results of this research. Mental disorders of the highest prevalence are by post-traumatic stress disorder, followed by depression and anxiety, then drug and alcohol dependence and epilepsy at the last. Regarding the geographical origin with the highest prevalence is the urban area; the higher frequency of the probable mental disorders is in the female gender, as well as the persons between 18 to 30 years of age, in the same way the singles. In relation to the families of Comayagua, they presented functional family dynamics, that the greater the functioning family dynamics, less presence of mental disorders. In conclusion, the probable prevalence of mental disorders in the department of Comayagua is 58.7%, which is higher than what is reported by the OMS (2002).

Keywords: Mental Disorders, Prevalence, Family Functionality.

Introducción

El estudio está orientado a conocer la prevalencia de trastornos mentales en el departamento de Comayagua, así como su relación con la funcionalidad familiar en la población adulta de la zona urbana y rural.

Dentro de la investigación hay varios apartados de la problemática de la salud mental en el mundo y en Honduras, indicando una serie de determinantes que contribuyen a la salud o a la enfermedad de esta población estudiada. Con el tiempo Honduras ha atravesado una serie de dificultades, tales como la condición de desigualdad histórica en lo social, en lo político y en lo económico, sin dar respuesta al desarrollo integral de sus ciudadanos, en consecuencia, esta ha impactado directamente en la salud mental y en el desarrollo de la nación.

Otra sección importante es la de distinguir la salud mental de los trastornos mentales, las causas y consecuencias de padecer alguna sintomatología. Definir el bienestar mental como un componente fundamental de salud, hace posible que las personas materialicen su potencial, superen el estrés normal de vida, trabajen de forma productiva y hagan aportaciones a su comunidad (OMS, 2013).

De acuerdo con el documento “Salud Mental en el Mundo”, a pesar de los progresos alcanzados en los países más pobres, éstos se ven agobiados por la persistencia de las enfermedades infecciosas y por condiciones crónicas de naturaleza médica, mental y del comportamiento, los trastornos mentales forman parte importante de los problemas de salud en todas las latitudes, es así que la OPS, considera la salud mental como un tema de vigencia

y prioridad en todos los países latinoamericanos (Organización Panamericana de la Salud OPS, 2009).

La salud mental de la nación hondureña está seriamente afectada, según lo estableció Chirinos - Flores et. al, (2002); quienes determinaron que el 35% de estos hondureños está afectado por estos padecimientos y desde hace 14 años no se reporta una investigación de esta magnitud en el país.

Es importante contar con información basada en la investigación científica en el tema de prevalencia de trastornos mentales en Honduras, con el fin de que los mismos puedan ser del conocimiento de los tomadores de decisiones en el tema de salud en general y posicionar específicamente el tema de salud mental como elemento fundamental del desarrollo humano.

No se puede hablar de salud mental sin considerar el papel determinante que juega la familia, como clave en el microsistema social, lo inmediato, la persona y elementos de los suprasistemas, que describe Bronfenbrenner al referirse a los diversos ámbitos relevantes para la conducta de afrontamiento del individuo (Slaikeu & Chavez Mejía, 2000).

La familia atraviesa una serie de cambios, donde son los padres los que ejercen la mayor influencia sobre el desarrollo del niño desde el nacimiento hasta la madurez. En este periodo el niño inicialmente experimenta observando y luego internalizando de acuerdo con su perspectiva, los valores, actitudes y comportamientos que serán aprendidos de los padres.

Ardila (2009) manifiesta que la actitud de los padres es importante en todas las etapas del desarrollo de los hijos ya que son ellos los que proporcionan el sentido de pertenencia y

el escenario para el desarrollo de la personalidad de los hijos; en esta investigación se define la relación de los trastornos mentales y la funcionalidad familiar, definiendo finalmente cuando una familia es considerada funcional o disfuncional.

En este documento se describe el proceso metodológico, el enfoque, tipo de investigación, profundidad, temporalidad, la población, la muestra y el análisis de resultados de las distintas variables, finalizando con las conclusiones y recomendaciones acorde con los resultados y con la realidad nacional.

Capítulo I

Planteamiento del Problema

Capítulo I: Planteamiento del problema

1.1. Situación Problemática

Los determinantes de los trastornos mentales no solo obedecen a características biológicas e individuales, sino también a factores sociales, económicos, ambientales y culturales. En este sentido algunos estratos poblacionales corren un mayor riesgo significativo de sufrir problemas de salud mental. Por tal razón, es altamente probable que en las condiciones actuales de crisis social y económica se haya agudizado la manifestación de trastornos mentales comprometiendo el desarrollo del país (Organización mundial de la salud OMS, 2016).

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

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

En Honduras Chirinos-Flores et al. (2002) establecieron que un 35% de los hondureños está afectado por estos padecimientos, estos autores atribuyen el aumento a las

condiciones socioeconómicas, la inseguridad ciudadana y los desastres naturales. No obstante, se debe considerar la convulsión política que aconteció en Honduras a partir del año 2009, así como la migración que ha venido separando familias en la búsqueda de un mejor porvenir.

La familia en América Latina ha sufrido varios cambios importantes en la magnitud del grupo de familias que se ubica en cada etapa del ciclo de vida familiar. Este fenómeno es atribuible a cambios demográficos significativos, en especial el descenso de las tasas de natalidad de los años setenta. Así, aun cuando las familias con hijo mayor de menos de 12 años continúan constituyendo el grupo más importante, han aumentado más las familias cuyo hijo mayor tiene más de 13 años (Arriagada, 1997).

En Honduras se ha descuidado el papel fundamental que ejerce la familia como base formativa de los individuos y la sociedad; son pocas las investigaciones que se han realizado a nivel nacional sobre este tema, rescatando que es allí donde se fomentan los valores universales como: respeto, comunicación, armonía, solidaridad, libertad, igualdad, amor, perdón y tolerancia.

Flores Fonseca (2001) en los resultados de la investigación de la familia hondureña nos da una completa y bien hilvanada descripción estadística de la tipología de hogares y familias que tenemos en Honduras, comparando los datos de 1988 con los del 2001, se observa que la composición de los hogares sigue teniendo la misma estructura, en donde las familias representan la mayoría y dentro de ellas la nuclear, principalmente la pareja e hijos

sigue siendo la típica; sin embargo, otros tipos de arreglos han tomado mucha más importancia en la última década, como ser las jefaturas femeninas.

Con respecto a la situación mental en el país, se han realizado varios estudios que demuestran que un 35% de hondureños está afectado por padecimientos mentales, este aumento probablemente se deba a las condiciones socioeconómicas, la inseguridad ciudadana y desastres naturales; así mismo las consultas de los hospitales públicos se han visto rebasadas en su capacidad de atender la problemática de salud mental que cada día se ha vuelto más frecuente, desde hace 13 años estos datos están desactualizados, por lo que es transcendental conocer la realidad de esta información en el país (Chirinos Flores et al., 2002).

Desde la Organización Mundial de la Salud (OMS), se ha reconocido la importancia de hacer el diagnóstico oportuno de los problemas de salud mental, como una forma de prevenir problemas en la edad adulta y para la sociedad en general.

La salud mental del pueblo hondureño está seriamente afectada, así lo determinó Chirinos - Flores et. al, (2002) quienes establecieron que el 35% de estos hondureños está afectado por dichos padecimientos, asimismo, las consultas de los hospitales públicos se han visto rebasadas en su capacidad de atender la problemática de salud mental que cada día se ha vuelto más frecuente, lamentablemente desde hace 14 años estos datos están desactualizados, por lo que es transcendental conocer la realidad de esta información en el país. En vista de esta realidad, el presente estudio se propone conocer en qué medida se ha

exacerbado esa problemática determinando ¿Cuál es la prevalencia de los trastornos mentales en el Departamento de Comayagua?

Responder esta interrogante implica por un lado cuantificar la frecuencia con la que se presentan estos trastornos, pero también identificar los tipos de trastorno en términos de su categoría diagnóstica. Adicionalmente el estudio tiene el propósito de responder una segunda interrogante que pone su mirada en ¿Cuál es la relación entre la prevalencia de trastornos mentales con la funcionalidad familiar?

En ese sentido cabe puntualizar que el estado de salud del pueblo hondureño se ha visto menoscabado por una serie de circunstancias culturales, económicas, social y política que hoy día se tiene un enfoque integral biopsicosocial y la inexistencia de datos estadísticos de la prevalencia actual de enfermedades mentales a nivel nacional, impide la creación de políticas pertinentes en el sector salud para la atención de la población que la padece, ya que los datos que existen son parciales.

Esta investigación escogió la población adulta porque en Honduras no existe investigación reciente acerca del estado de salud mental del hondureño, no se conocen estadísticas actuales tal como la tienen los demás países de Latinoamérica y es en la población adulta en donde se presentan la mayoría de los trastornos que afectan no sólo al individuo que la padece, sino también a sus familias, de quien son cabeza de hogar, y asimismo se ve afectada la nación porque se involucra y se perturba la actividad laboral del país y por consiguiente su economía.

Por otro lado, vale decir que hay trastornos mentales que conciernen más a la población adulta, tal como por ejemplo las adicciones al alcohol y drogas, afección que tiene gran prevalencia a nivel mundial. también la depresión y la ansiedad prevalecen en la población adulta.

En cuanto a la relación existente entre la funcionalidad familiar y el estado de salud mental de las personas, se considera un elemento de suma importancia que requiere interés particular para su estudio, valorando los índices de trastornos mentales que estarían siendo relacionados con la presencia de disfuncionalidad familiar en el país.

En general se considera a la familia como el cauce institucional por el que los individuos se integran a la sociedad. En la actualidad nos encontramos con diferentes modelos (de familia) cuya estabilidad de relaciones y lugar se ve con frecuencia alterada. Se puede señalar que el impacto de la familia en la salud mental presenta tres vertientes: lugar donde se aprenden conductas relacionadas con la salud mental; el espacio físico relacional que protege o precipita la enfermedad; y el ámbito donde se reciben cuidados, cariño, etc.

Consecuentemente, se debe estudiar la función de la familia en la salud bajo tres aspectos que, en la práctica, pueden superponerse: la familia como contexto de la salud y la enfermedad; como causante de salud y enfermedad y como proveedor de atención y cuidados. Todo esto concierne a la *funcionalidad familiar* como factor preponderante en relación con la presencia de trastornos mentales.

Se considera que la problemática de la pérdida de salud mental se encuentra asociada a la funcionalidad familiar y en este sentido, se pretende responder a la interrogante cuál es

la prevalencia de los trastornos mentales en relación con la funcionalidad familiar en los pobladores de Comayagua, considerando que no existen estudios recientes en Honduras y que es verdaderamente inestimable conocer la situación de la familia hondureña.

En ese sentido cabe puntualizar que el estado de salud del pueblo hondureño se ha visto menoscabado por una serie de circunstancias culturales, económicas, sociales, políticas, y que hoy en día se tiene un enfoque integral biopsicosocial. Así como lo puntualiza (Satir, 2002), la salud de un individuo depende de ciertas dimensiones psicológicas que contribuyen en el proceso de formación de la personalidad desde muy temprana edad y estas se encuentran fundamentadas en la familia, o en los adultos que se encuentran a su cargo, quienes son los responsables de la crianza de estos seres; cuando el individuo expresa sus ideas a los demás, se rige por reglas que les ayudan a actuar y relacionarse con otros individuos e instituciones ajenas a la familia, reflejando sentimientos positivos sobre sí mismo; estas dimensiones que forman parte de la funcionalidad familiar, favorecen a la inexistencia de conflictos en el individuo y ayudan a encontrar una vida más agradable en la familia.

De allí la importancia de realizar un estudio que relacione la prevalencia de sintomatología de trastornos mentales en relación con la funcionalidad familiar, en adultos del departamento de Comayagua, en el año 2016.

1.3. Objetivos de investigación

1.3.1. Objetivo general.

Analizar la relación entre la prevalencia de sintomatología de trastornos mentales con la funcionalidad familiar en la población adulta del departamento de Comayagua, en el año 2016.

1.3.2. Objetivos específicos

- a) Identificar los trastornos mentales prevalentes en el departamento de Comayagua.
- b) Describir las principales características sociodemográficas (género, edad, estado civil, religión y área geográfica) de las personas con sintomatología de trastornos mentales.
- c) Categorizar según la funcionalidad familiar a la población del departamento Comayagua.
- d) Relacionar la prevalencia de sintomatología de trastornos mentales con la funcionalidad familiar en la población adulta del departamento de Comayagua, en el año 2016.

1.4. Preguntas de investigación

- a) ¿Cuál es el trastorno mental de mayor prevalencia en el departamento de Comayagua?
- b) ¿Cuál es la prevalencia de sintomatología de trastornos mentales según género, rango de edad, estado civil, religión y procedencia geográfica?
- c) ¿Cuáles son las categorías de funcionalidad familiar encontradas en el departamento Comayagua?
- d) ¿Cuál es la relación entre trastornos mentales y la funcionalidad familiar en habitantes del departamento de Comayagua?

1.5. Justificación

En este apartado se argumentan los principales elementos que hacen necesaria la realización de este estudio: Conveniencia, relevancia social, implicaciones prácticas, valor teórico y utilidad metodológica. A continuación, se describen.

La creciente carga de trastornos mentales que afecta a las poblaciones de América Latina ha ido en aumento, por tal motivo no se puede hacer caso omiso de la carga sanitaria que esto representa para los países del área y Honduras no está ajena a esta situación. La presente investigación es de notable conveniencia ya que generará datos epidemiológicos significativos sobre la situación nacional que servirán para la reorganización y elaboración de nuevas propuestas en salud mental.

La relevancia social de los resultados de esta investigación radica en el desarrollo de nuevas estrategias de intervención psicosocial, que garanticen una atención accesible, descentralizada, participativa, continuada y preventiva a favor de las comunidades, especialmente las más vulneradas por el sistema. De igual forma, dicha información permitirá adjudicar recursos en conformidad con las necesidades detectadas y abogar por los derechos de dichas poblaciones.

Las implicaciones prácticas de este estudio contribuirán a la mejora de la atención primaria en salud mental, desde las comunidades. Asimismo, la aplicación de los conocimientos obtenidos, favorecerán la especialización del personal multidisciplinario responsable de las intervenciones preventivas, viéndose reflejado, en el cambio metodológico del abordaje a los usuarios de dichos programas de atención.

Dentro de los valores teóricos propios del estudio, se encuentra la riqueza de producir conocimiento y documentarlos, a fin de contar con fundamentos contextualizados a la realidad nacional.

La innovación metodológica está basada en el desarrollo de un proyecto de impacto a nivel nacional ejecutado por un equipo de 11 psicólogos y psicólogas, maestrantes en psicología clínica quienes realizaron un análisis cualitativo de 9 variables, que inciden en el comportamiento de la población a estudiar; medidas a través de diversos instrumentos previamente validados científicamente.

En alusión al tema de la funcionalidad familiar, es conveniente este estudio, dada la trascendental importancia que tiene la familia como unidad social intermedia entre el individuo y la comunidad, convirtiéndose la familia como uno de los medios que puede incidir favorable o desfavorablemente en el proceso salud-enfermedad.

En otras latitudes se han realizado estudios por diferentes investigadores sobre el funcionamiento familiar y se ha constatado su importancia en el proceso salud-enfermedad, en especial en el papel de la familia en la salud de los individuos y del grupo familiar. En Honduras existen escasos estudios específicos ni recientes sobre el tema, por lo tanto, es de gran valor teórico para nuestras instituciones y para nuestros investigadores del campo de la salud mental, todo esto le da un carácter de relevancia social, ya que los resultados de esta investigación proporcionan una base de datos que pueden ser utilizados por futuros investigadores y a la vez como un aporte de investigación al sistema de salud pública.

Lo antes expuesto nos hace reflexionar sobre la importancia de poder identificar problemas de salud mental, con el fin futuro de realizar estrategias de intervención dirigidas a promover efectividad de los modelos de atención en salud mental y un mejoramiento en este sentido, lo cual se traduce en utilidad metodológica e implicaciones prácticas de esta investigación.

Capítulo II

Marco Contextual

Capítulo II: Marco contextual

2.1 Problemática de la salud mental en el mundo y sus determinantes

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud mental como un estado de bienestar físico, mental y social; y no solo la ausencia de enfermedad, en el que el individuo desarrolla sus capacidades, afronta las tensiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de contribuir a su comunidad (World Health Organization, WHO, 2003).

Los trastornos mentales y del comportamiento son un conjunto de cuadros clínicos agrupados en la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, décima revisión (CIE-10). OMS define a estas entidades como una perturbación de la actividad intelectual, el estado de ánimo o el comportamiento que no se ajusta a las creencias y las normas culturales (OMS, 2006).

Mediante consultas con los estados miembros, la sociedad civil y los asociados internacionales se crea el Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2020, pretendiendo alcanzar dos grandes metas a nivel mundial para el 2020 , la primera meta que el 80% de los países habrán elaborado o actualizado sus políticas/planes de salud mental en consonancia con los instrumentos internacionales y regionales de derechos humanos y la otra meta que el 50% de los países habrán elaborado o actualizado sus legislaciones sobre salud mental en consonancia con los instrumentos internacionales y regionales de derechos humanos (OMS, 2013).

Existen compilaciones de estudios epidemiológicos en América Latina y el caribe sobre los trastornos mentales, varios países de los estados miembros han realizado investigaciones para valorar la salud mental de los cuales solo se puntualizarán algunos como los que se detallan a continuación.

En México, la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica proporcionó las primeras estimaciones nacionales de la prevalencia de los trastornos mentales, estimando que 8.4% de la población ha sufrido un episodio depresivo alguna vez en su vida, con una edad de inicio media de 24 años. Estos resultados demuestran la elevada prevalencia del trastorno y la dificultad existente para dirigir estrategias diagnósticas y la carencia de un tratamiento oportuno, repercutiendo no sólo en su estado de salud sino en su propia calidad de vida (Secretaria de Salud, 2012).

Otras investigaciones consideran que la juventud y los ancianos presentan una mayor prevalencia de padecer algún trastorno mental, siendo el doble que, en el resto de la población, y son los que menos buscan ayuda, en este sentido, esto se invertiría si los jóvenes socialmente fueran aceptados y se les brindara la ayuda precisa y los servicios oportunos desde temprana edad, pues se encuentran en desarrollo y tienen la capacidad de vencer los problemas futuros (OMS, 2013).

En otro estudio realizado en Colombia los resultados sobre prevalencia, demuestra que ocho de cada 20 padece trastornos de ansiedad, tres de cada 20 del estado de ánimo y uno de cada 14 presentaron uso de sustancias alguna vez en la vida; de los cuales solo uno de cada 10 personas recibiendo atención psiquiátrica (FES SOCIAL, 2005).

A nivel mundial, los trastornos mentales y neurológicos representan 14% de la carga mundial de enfermedades. Cerca de 30% de la carga total de enfermedades no transmisibles se debe a estas enfermedades y casi tres cuartas partes de la carga mundial de trastornos neuropsiquiátricos corresponden a los países con ingresos bajos y medios bajos.

No obstante, hay indicios que la prevalencia de los trastornos mentales está aumentando en todo el mundo, se estima que entre 1990 y 2013 el número de personas con depresión o ansiedad ha aumentado cerca de un 50%, pasando de 416 a 615 millones de afectados, casi un 10% de la población mundial, siendo los trastornos de mayor prevalencia: la ansiedad y depresión, por sí solos, estos presentan una tendencia a la cronicidad, generando diferentes grados de discapacidad, y si estos síntomas psiquiátricos coexisten con trastornos neurológicos se generaría una peor adherencia terapéutica, así como un decremento en la calidad de vida (OPS, 2009).

Existen otras problemáticas que juegan un papel importante en el desequilibrio de la salud mental y es cuando las personas perciben su vida en peligro o experimentan la pérdida de bienes materiales, y de seres queridos; como también eventos migratorios que en los últimos estudios revelan incrementos significativos por falta de empleo y de generación de oportunidades, huir de la violencia y la reunificación familiar (Chirinos Flores et al., 2002).

En Honduras la *migración* es un fenómeno que favorece la economía del país, pero su impacto influye en la dinámica familiar, la primera quincena del mes de marzo han sido deportados ocho mil 367 hondureños, entre ellos miles de padres de familia (género masculino) quienes con la responsabilidad de sustentar un hogar deciden o se ven obligados

cada año a emprender la ruta migratoria exponiéndose a toda clase de vejámenes durante la travesía Observatorio Consular y Migratorio de Honduras (Observatorio Consular y Migratorio de Honduras, 2017).

Este flujo migratorio ha provocado cambios en la dinámica familiar; cuando un padre emigra es la madre, los abuelos o un pariente cercano quienes asumen el rol de “cabezas de hogar”, en el caso de las madres, también las ha orillado a buscar más empleo y a educarse mejor, creando conflictos en los patrones de crianza de los hijos (Flores, 2017).

Cuando la familia es vista como uno de los factores protectores esta se mueve como un ente de prevención primaria, siendo uno de los microambientes donde permanece el individuo y, por lo tanto, es responsable de lograr que su funcionamiento favorezca un estilo de vida saludable, promoviendo el bienestar y el desarrollo de todos los miembros de la familia (Hernández et al., 1996).

2.2. Situación de salud mental en Honduras

Honduras ha sufrido una serie de cambios en los sectores sociales, económico, político y cultural, se han creado diversas leyes de protección y apoyo a la mujer, niñez, juventud y adulto mayor, sin embargo se adolece de una ley orientada a prevención y atención en salud mental, situación no solo de nuestra nación sino de varios países de ingresos medios y bajos, donde los fondos destinados para el sector salud mental es imperceptible y lo poco existente es utilizado para atención y tratamiento especializados para los enfermos mentales.

La mayoría de los recursos de atención sanitaria disponibles se destinan actualmente a la atención terciaria de los trastornos mentales y en menor medida, a un sistema integrado de salud mental, obviando en materia de prevención primaria. Aún más reducidos son los fondos disponibles para la promoción de la salud mental ya que se invierte menos del 1% del presupuesto de salud, en estas atenciones (ENDESA, 2012).

El cambio de los esquemas de comportamiento social ha afectado las relaciones de conducta en los diferentes niveles organizacionales e institucionales del país, de donde se percibe, con variadas interpretaciones, una realidad social a la que se le atribuyen diferentes causas y efectos (IESM-OMS, 2009).

La problemática del país ha involucrado al entorno social a través de la violencia, el consumo de drogas y otras patologías del campo de los trastornos mentales, de tal forma que ha llegado a convertirlos en prioridades para la atención de la salud, por ello el Gobierno de Honduras se comprometió con la Declaración de Caracas de 1990 en los principios de la psiquiatría comunitaria y desde entonces ha venido dando pasos en esa línea Informe sobre salud mental en Honduras (IESM-OMS, 2009).

Además, Honduras ha venido sufriendo un cambio demográfico muy acentuado, disminuyendo en forma sostenida las tasas de fertilidad, natalidad y mortalidad infantil; se ha invertido la razón urbano-rural, con un rápido proceso de urbanización, algunas veces forzado por fenómenos de violencia que obligan a la población campesina a desplazarse a la ciudad, con el grave impacto del incremento de los cinturones de miseria, en especial en las principales urbes como Tegucigalpa y San Pedro Sula (OMS, 2013).

Asimismo, la estructura del empleo en las últimas décadas, ha venido cambiando; se incrementó el sub empleo y el empleo por horas y se combinó con formas cuasi-asalariadas informales, en forma concomitante, con la absorción del sector de los servicios, lo cual agudizó el fenómeno de la violencia siendo así, Honduras se ubica en el puesto número uno, reportando 90 muertes por cada cien mil habitantes (OMS, 2013).

Ello ha traído entre otras consecuencias, para la salud y el bienestar, el desplazamiento de la familia campesina a la ciudad, la casi desaparición de la familia extensa (que se comporta como factor de protección en especial para los grupos extremos de edad), y la alta mortalidad en grupos de sexo masculino en edades jóvenes, lo cual, a su vez, incrementa en forma directa el número de hogares con ausencia de figura paterna y por tanto el número de viudas y huérfanos (OMS, 2013).

La realización de cualquier acercamiento a la investigación en salud debe partir de la aceptación de que el continuo salud - enfermedad se explica con la definición de su origen multicausal y que la posibilidad de su análisis, en especial cuando se aplica al campo de la salud mental, se efectúe mediante el modelo biopsicosocial. De acuerdo con el planteamiento anterior, la salud mental debe ser enfocada de manera integral teniendo en cuenta los múltiples factores que inciden en ella, dado que es la resultante de las interacciones entre el individuo, el medio ambiente sociocultural y los hechos biológicos que protagonizan el crecimiento y desarrollo del ser (OMS, 2013).

El individuo y su medio ambiente conforman un complejo difícilmente disociable, en el cual intervienen los procesos de adaptación que se relacionan con el ajuste del ser a las

condiciones exteriores. Por consiguiente, el trastorno mental no es el problema aislado de un individuo; con frecuencia es el derrumbamiento de fuentes normales de apoyo social, especialmente de la familia, aunque el individuo contribuye a ese derrumbamiento, no es sólo él quien se deteriora y se destruye, sino también los sistemas de los cuales hace parte a través de la familia, la escuela o el trabajo (OMS, 2013).

En Honduras se han realizado varias investigaciones respecto a salud mental considerándose diferentes sectores de la población, en esta investigación se profundiza en la situación de la salud mental en Honduras.

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

Se ha encontrado que, en Villa Nueva, Tegucigalpa, se realizó una investigación con una muestra representativa de 1306 individuos entre edades de 15 años en adelante, los resultados obtenidos están ligados a la situación de pobreza de los cuales los trastornos mentales prevalecientes fue la ansiedad y la depresión. En otra investigación realizada en la Penitenciaría Nacional sobre la prevalencia de trastornos mentales con personas privadas de libertad, los resultados son de 43.7%, de una población de 289 reos, existiendo la patología más frecuente y predominante en esta muestra la drogadicción, asociada al uso de alcohol y otros derivados (Paz Fonseca et al., 1999).

Al respecto algunos autores manifiestan que la prevalencia de trastornos mentales en la población de la penitenciaría nacional es del 35%, debido al incremento en el abuso de sustancias psicoactivas y este es uno de los problemas de mayor impacto para la salud mental (Chirinos Flores et al., 2002).

Entre los estudios realizados es relevante destacar una investigación de prevalencia de trastornos de estrés post-traumático (TEPT) en la población de Morolica a los 9 meses del Huracán Mitch, los resultados cuantificados en una población representativa de 300 individuos en edades mayores de 18 años son de un 60.5% padecen de TEPT, siendo el sexo femenino más afectado asociados con otros trastornos neuróticos y alcoholismo (Munguía, et al., 2011).

Es importante mencionar el estudio que se realizó entre los estudiantes de educación superior en Ciudad Universitaria (UNAH) para conocer la prevalencia de trastornos mentales en estudiantes universitarios en una muestra representativa de 1977, se detectó 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, declara tener una sintomatología que sugiere que hay una alteración de su salud mental (Moncada, 2016).

Según el Instituto Nacional de Estadística en los resultados de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud ENDESA 2011-2012, presenta el porcentaje de hombres de 15-49 años que reportaron síntomas específicos en el área de salud mental, según características

seleccionadas, reportando que los hombres padecen el síntoma de dependencia de alcohol y drogas a diferencia de las mujeres (Instituto Nacional de Estadística, 2012)

Hay varias investigaciones que atribuyen al incremento considerable en la prevalencia de probables trastornos mentales se ve afectado por los cambios sociales como el desempleo, destrucción del medio ambiente, alta tasa de violencia e inseguridad (Bedoya Lau, Perea Paz, & Ormeño Martínez, 2006).

Este impacto es observado en todos los departamentos de Honduras, un incremento de tasa de violencia, aun en zonas que eran consideradas por sus habitantes como lugares “sanos” y el departamento de Comayagua no es la excepción, aun cuando se proyecta un leve porcentaje de 1%, el porcentaje a nivel nacional es alto de un 59,1% de homicidios por cada 100,000 habitantes creando un ambiente hostil en la población hondureña (Observatorio de la Violencia de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras, UNAH, 2016).

2.3. Situación de la funcionalidad familiar en América Latina y Honduras

En la sociedad latinoamericana existen condiciones estructurales que pueden repercutir en los aspectos familiares. Como la CEPAL dice, "debe tenerse presente que una familia es un eslabón de una cadena: cada uno de los miembros de la pareja que se une, proviene de dos uniones conyugales; sus hijos a la vez seguirán esta cadena, este encadenamiento es necesario y las condiciones en que cada uno se constituye, se desarrolla y se disuelve son expresión de las condiciones estructurales básicas de la sociedad" (Borsotti, 1978).

En Honduras como en varios países de Latinoamérica, la familia casi no ha sido estudiada sin embargo Flores Fonseca (2003), nos da una completa y bien hilvanada descripción estadística de la tipología de hogares y familias que tenemos en Honduras. Uno de los hallazgos encontrados por el autor es que los hogares en que solo un miembro de la pareja (jefe o jefa) e hijos (en los casos nuclear, extendido y compuestos) representan un cuarto del total de hogares, con una tendencia en el tiempo al aumento en el total de hogares.

Lo cual, llama la atención porque estaría indicando la formación de nuevos tipos de hogares y familias y otros cambios que tienen implicaciones sociológicas importantes por su vulnerabilidad, pero que hay un tipo de familia nuclear biparental que cada vez va en aumento, principalmente con hijos escolares, aunque las etapas que más crecen son las iniciales y las finales (pareja sin hijos y nido vacío), principalmente en áreas urbanas (Flores Fonseca, 2003).

Existen ciertos factores como la desintegración familiar y la violencia ha provocado que en Honduras los 622,910 hogares tengan como cabeza a una mujer, en las últimas encuestas realizadas, indican que la mayoría de las mujeres no poseen una casa para vivir, por lo que residen con algún familiar, careciendo de los recursos básicos (Sandoval, 2014).

2.4 Ubicación socio geográfica de Honduras

Honduras se ubica en Centro América, su extensión territorial es de 112, 492 kms², dividida políticamente en 18 departamentos y 298 municipios, limita al norte con el Mar Caribe, posee numerosas islas, cayos e islotes de las cuales las más importantes son las Islas

de la Bahía y las Islas del Cisne; al este con el Mar Caribe y Nicaragua, al oeste con Guatemala y al sur con el Golfo de Fonseca, El Salvador y Nicaragua.

Se estima que la población de Honduras para el año 2015 era de 8.576.532 millones de habitantes y está entre las que registra un mayor número de crecimiento en Latinoamérica, de los cuales el 49.97% son hombres y el 50.03% son mujeres, de estos el 40.4% son menores de 15 años, el 5.6% son de 60 años o más; el 68.2% vive en pobreza mientras que el 44.6% en pobreza extrema (Instituto Nacional de Estadística, 2016).

Los hondureños se dedican en su mayor parte a las actividades agropecuarias, además del comercio, manufacturas, finanzas y servicios públicos entre otras actividades. En Honduras se han levantado seis censos de población desde 1950 a 2013, las tasas de crecimiento intercensal se inicia con una tasa de 3.28%, la cual ha tenido una tendencia descendente, alcanzando en el año 2013, 1.99%, eso se debe principalmente a que las familias cada vez son más pequeñas, pasando de un promedio de 4.1 hijos en el 2001 a 2.7 en el 2013, Instituto Nacional de Estadística (INE, 2013).

La tasa de crecimiento demográfico por departamento en el periodo 2007-2014, ha mantenido su comportamiento, lo que determina que el gobierno establezca políticas públicas claras y realistas, que conduzcan a satisfacer las necesidades de la población en materia de infraestructura (por ejemplo, escuelas, hospitales, vivienda, carreteras), recursos (por ejemplo, alimentos, agua, electricidad) y empleo (INE, 2013).

Honduras se encuentra dentro de los países más pobres de la región. Entre las principales privaciones de la población hondureña que vive en condiciones de pobreza se encuentran la carencia de servicios básicos, aunque en años recientes el país muestre mejoría.

El analfabetismo, es un problema persistente en la realidad educativa del país. En Honduras para junio del 2014, el 12.8% de las personas de 15 años y más, no saben leer ni escribir. Los datos indican que la tasa de analfabetismo continúa siendo mayor en la población del área rural con un 20.5% frente a un 6.6% en la urbana (INE, 2013).

Además, el analfabetismo en la población mayor de 15 años ha disminuido de 15.2% en el 2010 a 12.8% en el 2014. Los años de estudio promedio en la población hondureña son 7.8, 0.5 más alto que en el 2010. Se estima que un 26.5% de los jóvenes entre 12 y 30 años no estudian ni trabajan, aunque el 60% de la población mayor de 15 años tiene empleo. El Banco Mundial reporta a Honduras como el país con las mayores desigualdades sociales en América Latina con un 53.7% (Coeficiente GINI), y el sexto en el mundo con un 64,5% de la población en situación de pobreza y un 42.6% en extrema pobreza quienes ganan menos de USD 2.5 al día (Duriez, López , & Moncada, 2016).

Al referirnos al sistema educacional de Honduras según las Naciones Unidas señala que 32 de cada 100 estudiantes logran terminar la primaria sin repetir grados, y datos del Programa para el Desarrollo de la Organización de Naciones Unidas (PNUD) revelan hoy, además, que el 51% de los matriculados terminan la primaria con un promedio de 9,4 años y que los niveles de deserción escolar cada vez son más elevados; el más agudo problema es que el sistema educacional básico sólo cubre al 86,5% de quienes están en edad escolar,

mientras el 13,5% restante no puede acceder a la enseñanza (Duriez, López , & Moncada, 2016).

El analfabetismo se encuentra entre los cinco ejes estratégicos del Plan de Nación y también fueron referencia para desarrollar los 13 indicadores que conforman el informe denominado: “El ordenamiento territorial en Honduras: una mirada inicial desde la perspectiva de 13 indicadores”, en Honduras la educación se muestra ligada a la pobreza y al ingreso económico (Hernández & Malta, 2014).

Uno de los problemas del mercado laboral es el desempleo; el cual se mide con la tasa de desempleo abierto (TDA). En junio de 2014 los desempleados representaban el 5.3% de la población económicamente activa. El problema del desempleo es mayormente urbano, potenciado probablemente por la migración constante de personas del campo a la ciudad y la poca capacidad del mercado laboral para absorber esta fuerza de trabajo. Mientras la población urbana se estima en 7.5%, la rural es de 2.7%; el Distrito Central tiene la mayor tasa de desempleo 7.9% (INE, 2013).

La capacidad del mercado laboral para absorber la fuerza de trabajo también puede medirse con los meses buscando trabajo (MBT) que tienen las personas desocupadas. Así, en el área urbana en promedio una persona desocupada lleva 3.2 meses buscando trabajo, en cambio en el área rural son 2.4 (INE, 2013).

La composición por edad de la población hondureña continúa teniendo una estructura joven, porque todavía la proporción de población en edades de la niñez y juventud es alta (INE, 2013).

2.5 Contexto de país

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

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

Tiene una extensión territorial de 112,492 km² y un perímetro de 2,391 kilómetros: su topografía es montañosa. Geográficamente se divide en múltiples regiones que muestran características propias según su extensión territorial. Se estima que 7.7 millones de hectáreas tiene vocación forestal y 4.2 millones son aptas para la agricultura y ganadería. La cordillera centroamericana divide al territorio entre las cordilleras Oriental, Occidental y Central.

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

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

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

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

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

realidad en el área rural donde obtiene un porcentaje del 62.9% y 59.4% en lo urbano (INE, 2016).

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

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

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

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

Los establecimientos de salud fueron categorizados y tipificados de diferentes formas, habiendo sido organizados en dos niveles con diferentes escalones de complejidad. En esta línea, los tres hospitales psiquiátricos que existen en Honduras son considerados hospitales de segundo nivel de atención, de especialidades, con un nivel de complejidad 6 y una categorización Tipo 3 caracterizándose por ser espacios para la docencia e investigación en el campo de la salud mental (Secretaría de Salud, 2013).

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

2.6. Departamento de Comayagua

El marco contextual permite que surja el interés de realizar un estudio particularmente en el departamento de Comayagua, que antiguamente fue Capital de Honduras, siendo su cabecera departamental la ciudad colonial de Comayagua, cuenta con una extensión territorial de 831.9 Km². Esta ciudad se encuentra emplazada en el valle de su mismo nombre, situado en la región central de Honduras, entre 87°22' y 14°38' de latitud norte en el centro del país, entre los ríos Humuya y Chiquito.

Comayagua limita al norte con los municipios de El Rosario, San Jeronimo, Esquías y Siguatepeque. Al sur con la Villa de San Antonio; al este: Departamento Francisco Morazán. Al oeste Comayagua limita con los municipios de Ajuterique, Lejamaní y el

Departamento de La Paz. Su división política consta de 21 Municipios, 283 aldeas y 1,649 caseríos (INE, 2016).

La economía está basada en la ganadería y la agricultura. Sus habitantes son excelentes productores de maíz, café, piña, aguacate, arroz, tomate, frijoles y hortalizas para el mercado interno y externo. Sus habitantes también se dedican a la elaboración de artesanías (INE, 2016).

De acuerdo al Instituto Nacional de Estadísticas (INE), Comayagua cuenta en la actualidad con 511,943 habitantes, de los cuales el 50.7 % es del sexo femenino y el 49.3 % del sexo masculino. El INE señala que del total de 511,943 habitantes, 248,702 radican en el casco urbano, esta población coloca a Comayagua entre las ciudades más pobladas del país, junto a Tegucigalpa, San Pedro Sula, Choloma, La Ceiba, etc. (INE, 2013).

Capítulo III: Marco Teórico

Capítulo III: Marco Teórico

3. Hacia un modelo de salud integral

En este apartado encontramos dos temas importantes, la salud mental como bienestar psicológico y la funcionalidad familiar como factor determinante de la salud integral entre los miembros de la familia, mencionando la forma en la que cada familia afronta cada etapa del ciclo vital, los eventos y las crisis que los afectan.

3.1. Salud mental

La salud mental puede ser definida desde diferentes perspectivas tanto clínico, como social o ideológico, pero todas las definiciones de salud mental tienen una relación entre el hombre y su salud. Para los expertos en el área social la salud mental está íntimamente ligada a la condición humana que si bien no se pueden percibir directamente puede ser explicada a partir de sus actos (Ubilla, 2009).

La fundamentación teórica de este estudio se desarrolla desde un punto de vista psicosocial, en función de la conceptualización de la salud mental, los trastornos mentales y sus determinantes relacionados con la funcionalidad familiar.

El problema de salud mental afecta a millones de personas en el mundo. La Organización Mundial de la Salud estima que 151 millones de personas son víctimas de depresión y 26 millones de esquizofrenia; 125 millones de personas están afectadas por trastornos relacionados con el consumo de alcohol. Cerca de 40 millones de personas padecen epilepsia y 24 millones tienen alzheimer y otras demencias. En los países de ingresos

bajos, la depresión representa un problema casi de la misma magnitud que la malaria (3.2% comparado con 4.0% del total de la carga de enfermedad), pero los fondos que se invierten para combatir la depresión son solamente una fracción muy pequeña de los que se asignan para combatir la malaria (OMS, 2013).

Hoy en día la salud mental abarca una gama de factores interconectados con el componente de bienestar mental incluido en la definición de salud que da la OMS: «un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades». La salud mental está relacionada con la promoción del bienestar, la prevención de trastornos mentales, el tratamiento y la rehabilitación de las personas afectadas por dichos trastornos (OMS, 2013).

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

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013) define “La salud mental como el estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y

es capaz de hacer una contribución a su comunidad”. La salud mental es sinónimo de bienestar individual y del funcionamiento eficaz de la persona en su comunidad; permitiendo a la persona pensar de manera asertiva, expresar y manifestar sentimientos, mantener relaciones interpersonales adecuadas, ser productivo y contribuir con sus esfuerzos a la sociedad.

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

Otros autores ven la salud mental como “El conjunto de valores de bienestar individual y colectivo, que proporciona al ser humano capacidades únicas para tener relaciones armoniosas consigo mismo, que le permitan interactuar con el todo en un contexto globalizado” (Tobón Marulanda, López Giraldo, & Ramírez Villegas, 2013).

En este concepto se percibe la salud mental como el resultado de capacidades únicas que alcanza el ser humano y trae consigo habilidades para poder relacionarse con los demás de manera armoniosa y que desde la perspectiva biológica existe una marcada relación entre salud física, género y salud mental; enfatizando que el género femenino presentan síntomas

más graves de padecer probables trastornos mentales en comparación al género masculino, siendo las mujeres más vulnerables de padecer depresión y ansiedad por los factores sociales y los hombres suelen padecer adicción de drogas y alcohol como conductas delictivas (Ramos, 2014).

La relación entre los componentes físico y mental de la salud es múltiple y variada, los trastornos mentales aumentan el riesgo de padecer otras enfermedades y de sufrir lesiones no intencionales; pero también es responsabilidad propia del ser humano cuidar y mantener su salud mental, desde su propia voluntad y fomentar esos hábitos desde el seno familiar.

Según el Plan Decenal de Salud Pública (2013) la salud mental es un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana para, establecer relaciones significativas y contribuir así a la comunidad (OMS, 2013).

Se ha establecido un plan de acción para fomentar, valorar y proteger la salud mental, en donde las personas afectadas puedan conocer y empoderarse de sus derechos humanos, así como acceder a sistemas de atención sanitaria de calidad que estimule a la recuperación sin ningún tipo de discriminación y exclusión, siendo la meta fomentar el bienestar mental y de esta manera prevenir los trastornos mentales, mejorar su recuperación y atención en los servicios sanitarios con sistemas integrados y calidad de respuesta oportuna así reducir la mortalidad y morbilidad de las personas con trastornos mentales, a la vez fortalecer los

sistemas de información para que puedan llevarse a cabo estrategias de promoción y prevención en el campo de la salud mental (OMS, 2013).

La promoción de la salud mental es definida como el conjunto de políticas públicas y estrategias, así como acciones encaminadas a brindar oportunidades que permitan la optimización de recursos, tanto individuales como sociales para el goce pleno de la vida diaria, así como mantener relaciones interpersonales gestadas en el respeto, la solidaridad para el desarrollo personal y social (OMS, 2013).

En Honduras específicamente en el año 2004 fue aprobada la política de salud mental, tomando en cuenta los principios de respeto y de inclusión para todos y todas aún y cuando las personas presentan diferencias y vulnerabilidad relacionadas con edad, sexo, género y área geográfica, describiendo seis áreas para lograr el bienestar físico, mental, emocional y espiritual de los pobladores a lo largo de la vida, estas áreas son: a) ética y derechos humanos; b) violencia intrafamiliar; c) promoción y prevención, d) identidad, cultura y migración; e) fortalecimiento institucional; f) investigación científica (Secretaría Salud, 2005).

Y desde una perspectiva más integradora se puede definir la salud mental no como el resultado de conflictos sociales y la falta de adaptación del hombre, ni percibida como simplemente la ausencia de enfermedad, si no como un estado de bienestar completo tanto físico, mental y social, es simplemente el disfrute de la vida, donde existen diversos determinantes generadores de los problemas de salud mental, en este estudio se mencionarán factores sociales, psicológicos y biológicos.

Recapitulando lo antes mencionado, a continuación se indica el concepto que se toma como base para el presente estudio: Salud mental se define no sólo como la ausencia de enfermedad, es además un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad (OMS, 2013).

3.1.1 Determinantes de la salud mental

Ciertos problemas de salud mental están sólidamente arraigados en el ambiente donde se desenvuelve el individuo, tanto en su iniciación, así como en su progreso, afectando así su cognición y comportamiento. Sin lugar a duda en un momento dado de la vida las personas pasan por sucesos de crisis ya sean circunstanciales o producto de los hitos sociales, dichas crisis podrían ser por eventos menores o por eventos mayores que detonen los problemas de salud mental. Hay evidencias con base científicas que demasiados sucesos de crisis sean circunstanciales o vitales podrían ocasionar la aparición de trastornos mentales (OPS, 2016).

El género, el sexo y la edad; son otros determinantes: género un constructo social y sexo un constructo biológico; reflejan en investigaciones realizadas que las mujeres son más vulnerables de padecer trastornos mentales en comparación con los hombres, esto por cambios hormonales en la mujer, embarazo, la soledad, dependencia en otros miembros de la familia, violencia de género, trabajo no remunerado y la discriminación son factores que agudizan el problema (Ramos, 2014).

La edad juega un papel determinante para el surgimiento y exacerbación de los trastornos mentales y del comportamiento, lo que puede sugerir que la prevalencia de estos tiende a incrementarse en la medida que se tienen más años, es decir que los adultos mayores presentan mayor probabilidad de padecer trastornos mentales seguido por los más jóvenes (OPS, 2016).

Otros factores que contribuyen en la exacerbación de los trastornos mentales son los socioeconómicos considerados como determinante de los padecimientos de la salud mental, estos se ven marcados por la pobreza, las condiciones asociadas al desempleo, privación y falta de hogar, estos aspectos generadores de trastornos mentales no sólo predominan en los países pobres, sino que afectan en menor proporción a personas de países con mejor calidad de vida. Según investigaciones transnacionales arrojan datos interesantes con respecto a los determinantes socioeconómicos en países latinoamericanos, donde exponen que la prevalencia de los trastornos mentales y del comportamiento podría ser dos veces mayor entre los pobres que entre los ricos (OMS, 2013).

Finalmente, los determinantes psicológicos tienen fuerte correlación con los padecimientos de salud mental, entre ellos tenemos: la relación con los padres o cuidadores, estos permiten que los niños o niñas desarrollen con normalidad las funciones como el lenguaje, el intelecto y el control de las emociones; sin embargo este desarrollo puede verse interferido si el cuidador sufre problemas de salud mental u otras enfermedades, o si fallece; así mismo cuando los niños se ven privados de la atención de sus cuidadores, tienen más probabilidades de padecer trastornos mentales y del comportamiento, ya sea durante la infancia o más adelante en sus vidas, la interacción con el entorno social y el afrontamiento

a acontecimiento vitales, en muchos de los casos desencadenan trastornos mentales y del comportamiento tema que se explica a continuación.

3.1.2. Trastornos mentales.

En este apartado comenzaremos conceptualizando qué son los trastornos mentales, haciendo una breve descripción de la evolución que ha tenido este término a lo largo de la historia como también su etiología, considerando algunos resultados de investigaciones en diferentes partes del mundo.

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 lo es (Nuñez, 2009).

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 (Irigoyen, 1998).

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 en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5 de la Asociación Americana de Psiquiatría, 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, 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 provocando un deterioro en las áreas social, laboral o en las actividades importantes siendo reflejados en una disfunción de los procesos biológicos y psicológicos que prevalecen en su función mental (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

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, 2001).

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

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

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

Así como el concepto de trastornos mentales es dado según diversos autores, su clasificación en categorías es todavía inexacta y varían según las escuelas que trabajan en ello, por lo que la APA creó el Manual Diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales (DSM), decidieron uniformar criterios con la Organización Mundial de la Salud que creó el

sistema internacional denominado Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), ahora en su versión número 11, cuyo uso está generalizado de forma universal y se uniforma con el DSM-5 (APA, 2013).

Este estudio nos brinda una categoría diagnóstica de trastorno mental, los resultados obtenidos están condicionados por el instrumento proporcionándonos una probabilidad de padecer sintomatología de dichos trastornos mentales; con la finalidad de establecer la prevalencia de las siguientes categorías diagnósticas.

Síntomas ansiosos inespecíficos que podrían ser parte de cualquiera de los trastornos de ansiedad, estos son: cefaleas frecuentes, trastornos del sueño, temor fácil, temblor, nervios, tensión o aburrimiento, problemas digestivos, dificultad para pensar, sensaciones estomacales desagradables y fatiga sin explicación. Los datos de prevalencia indican que en Latinoamérica se puede hablar de un 8.9% de la población que sufre ansiedad (Organización Panamericana de la Salud OPS, 2009).

La ansiedad y la depresión son trastornos que se presentan en mayor porcentaje en la población femenina con un 61%, esto se debe a factores del desarrollo hormonal, la edad reproductiva y las sobrecargas laborales, actúan como factores estresantes en las mujeres a diferencias en el hombre (Rodríguez, 2013).

La *depresión* es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastorno del sueño o del apetito, sensación cansancio y falta de concentración debido a situaciones de estrés como la pérdida de un familiar, pérdida de empleo y desastres naturales (OMS, 2013). El trastorno

depresivo mayor es dos veces más frecuente en mujeres que en hombres con una prevalencia de vida que promedia el 20% y 12% respectivamente (Accortt, 2007).

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

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

En el estudio se identificó que la dependencia del *alcohol* es física, valorándose cinco síntomas o comportamientos relacionados con la dependencia, se indago sobre la opinión de familiares y otros sobre el exceso de bebida, la incapacidad para dejar de beber aun deseándolo, las dificultades en el trabajo o en el estudio a causa de la bebida, el involucramiento en riñas por causa de la bebida o estando embriagado y la opinión de personas de estar teniendo exceso de bebida (OMS, 2001).

Sin embargo, el *abuso de sustancias psicoactivas* se considera como un trastorno mental y conductual debido al consumo de los opioides, la heroína, marihuana, sedantes e hipnóticos, cocaína y otros estimulantes alucinógenos, como el tabaco y los disolventes volátiles, provocan estados patológicos que consisten en intoxicación, uso nocivo, dependencia y trastornos psicóticos, siendo diagnosticado el uso nocivo cuando la salud física o mental ha sufrido daños.

Los que presentan un abuso de sustancias psicoactiva sufren de síndrome de dependencia que se combina con un intenso deseo de consumir la sustancia con los problemas para dominar su consumo, un estado fisiológico de abstinencia, la tolerancia a la sustancia, el abandono de otras diversiones e intereses, y la persistencia del consumo pese al daño infligido a uno mismo y a los demás (OMS, 2001).

Otro trastorno de valoración es el *estrés postraumático* que según el DSM-5 (2013), aparece cuando la persona ha sufrido o ha sido testigo de una agresión física o una amenaza a la vida de uno mismo o de otras personas y cuando la reacción emocional experimentada implica una respuesta intensa de miedo, horror o indefensión, lo que se considera es la reacción de la persona y no tanto el evento traumático.

La anterior descripción permite identificar algunas características que se encuentran presentes en cada uno de los trastornos analizados, sin embargo es importante conocer el papel que ejerce la familia ante tales situaciones, a lo largo de la historia los estudios sobre familia se han centrado en el papel de la herencia como mecanismo de transmisión de los trastornos mentales y en algunos estudios se habla sobre el tema del funcionamiento familiar

como factor predisponente, desde la perspectiva del contexto familiar como un potencial preventivo y curativo o, por otra parte, como una contribución a la etiopatogenia y mantenimiento de los trastornos mentales (Irigoyen, 1998).

3.2. Funcionamiento familiar: Enfoque sistémico

La funcionalidad familiar ejerce un rol fundamental cuando un miembro padece una enfermedad física o trastorno mental, la familia brinda las herramientas para sobrellevar la enfermedad o transmite al paciente estigma y discriminación, debido al insuficiente conocimiento o por la falta de conciencia sobre el tema de salud mental, es decir que, para muchos es normal amarrar u ocultar a su familiar enfermo (Flórez, 2007). No obstante, en este apartado se pretende señalar algunas aproximaciones al concepto de familia y su funcionamiento desde la óptica de los teóricos Bronfenbrenner, Minuchin, Ochoa de Alda y otros; que han sido reconocidos en el tema de familia sistémica y que, de una u otra manera, relacionan a la familia como un factor determinante para la salud o enfermedad, llevándonos a distinguir la funcionalidad y disfuncionalidad que experimentan ciertas familias, para poder comprender si los trastornos mentales están relacionadas con el funcionamiento familiar.

La Organización Mundial de la Salud (2009), OMS define a la familia como el conjunto de personas que conviven en un mismo lugar, en donde los miembros están emparentados entre sí, con vínculos consanguíneos o no, organizados en roles fijos (padre, madre, hermanos, etc.), que comparten un mismo modo de existencia económico y social, con sentimientos afectivos que los unen.

Fundamento teórico

De acuerdo con Espina (2010) existen conceptos y teorías referidos a la familia desde el punto de vista sistémico, en donde se destacan los siguientes modelos: El contexto ecológico de Bronfembrenner, el cual, al referirse a la familia como sistema abierto, señala que los sistemas abiertos son aquellos que intercambian información con su medio, el cual constituye su universo, en donde los miembros que lo integran pueden formar parte del medio de otro sistema.

El contexto ecológico está compuesto por: *Microsistemas*, en el que la interacción es directa e incluye patrones de actividades, roles y relaciones interpersonales. El *Mesosistema*, es un sistema de microsistemas, que incluye las interrelaciones de dos o más entornos en los que la persona participa activamente. *Exosistema*, son sistemas que influyen en el entorno en el que vive una persona, pero en el que no participa activamente. Y el *Macrosistema* es cultura, subcultura, sistema de creencias e ideología que da coherencia a un sistema de menor orden (Espina, 2010).

Por otro lado, existen varias teorías en el modelo sistémico; entre las principales se encuentra la Teoría Pragmática de la Comunicación Humana de Watzlawick, Beavin y Jackson, en la que se hace hincapié en la comunicación, se centra en que algunas propiedades de la comunicación encierran consecuencias interpersonales básicas (Espina, 2010).

Asimismo, cabe destacar la Teoría General de los Sistemas de Von Bertalanffy, el cual constituye la base o fundamento teórico de la presente investigación, ya que sus trabajos sobre los sistemas fueron aplicados al estudio de la familia. En la Teoría General de los

Sistemas, la familia es vista como un todo, un grupo diferente a la suma de los individuos que la forman y que tiene sus propias leyes. En ese entorno existe una estructura formada por subsistemas: parental, conyugal y fraterno, entre los que puede haber límites claros, difusos o rígidos y que está regulado por una jerarquía que puede ser autoritaria, democrática o “de dejar hacer” (Espina, 2010).

Como se ha venido señalando, la familia es sin duda la más antigua y a la vez la más vigente de todas las instituciones sociales y muy probablemente la más universal de todas. La mayoría de los seres humanos nacemos y crecemos en una familia y por supuesto eventualmente formamos la nuestra, también dentro del núcleo familiar se construyen una buena parte de los procesos vitales para que las personas se desarrollen integralmente y puedan adaptarse a su entorno, pero en los últimos años la familia ha sufrido fuertes transformaciones demográficas, sociales, culturales y económicas que han afectado su propio desarrollo y su dinámica impactando en los miembros que la conforma (Rodríguez, 2013).

La familia es un segmento de la estructura de la sociedad, es un grupo que opera en forma sistémica como subsistema abierto, que está interconectada con los otros subsistemas de la sociedad, la cual se ve condicionada por el sistema económico y el período histórico-social y cultural en el que se desenvuelve. Asimismo, Louro hace hincapié en el aspecto de la salud familiar, considera que la familia es una condición dinámica regida por el proceso de condiciones materiales y por los cambios que se dan en su proceso de desarrollo (Bernal et al., 2002).

Al respecto Satir (2005) refiere el concepto tradicional de la familia como: “un lugar donde pueden encontrarse el amor, la comprensión y el apoyo, aun cuando todo lo demás haya fracasado.; en la familia es el lugar donde podemos recuperar el aliento y sacar nuevas energías para enfrentarnos mejor al mundo exterior, sin embargo, para millones de familias conflictivas, esto resulta ser un mito”.

La familia es un conjunto organizado e interdependiente de personas en constante interacción, que se regula por reglas y por funciones dinámicas que existen entre sí y con el exterior (Minuchin, 2003).

Bedoya Lau, Perea Paz, & Ormeño Martínez (2006), plantean que la familia es un sistema complejo, viviente y humano, pero que se encuentra en interacción directa con su entorno, con una estructura organizada, jerarquizada y tripartita (biológica, social y psicológica) y, a medida que avanza el ciclo vital, con el tiempo los roles y la dinámica en la familia sufre una serie de cambios.

El ser humano no solo recibe influencias del contexto familiar, sino que a medida se van ampliando las relaciones, aumentan las influencias de otros contextos, pero la familia sigue (Louro Bernal, 2003).

La familia es una unidad social constituida por vínculos consanguíneos y/o cohabitacionales. En tanto como grupo social, cumple funciones determinadas para el individuo y la sociedad mediante las cuales se transmiten y forman hábitos, costumbres, valores, creencias, percepciones y conductas protectoras y/o de riesgo para la salud, que

condicionan en sus miembros estilos de afrontamientos característicos ante la presencia de la salud y/o la enfermedad (Louro, 2004).

Al ver estas definiciones desde el enfoque sistémico, se deduce que los estudios realizados a la familia no se basan a partir de los rasgos de personalidad, sino como grupo o sistema que poseen costumbres y cultura propia, que se transmiten generacionalmente y que con el tiempo, da un sentido de pertenencia a sus miembros, fortaleciendo la necesidad de afiliación, construyendo identidad propia de los mismos frente al medio y respondiendo así a las diferentes circunstancias (Ochoa de Alda, 1995).

La corriente sistémica considera que cada familia se divide en subsistemas, donde cada miembro posee roles que son diferentes de acuerdo con la cultura, tradiciones, tiempo, edad, sexo y la interacción entre todos los integrantes de la familia que influyen entre sí, es decir, si existe un cambio en un miembro de la familia, éste afecta a los demás y por ende afecta a todo el sistema (Ochoa de Alda, 1995).

Los sistemas constan de elementos entrelazados. El sistema es más que la suma de sus partes y se centra en la observación de los patrones de interacción dentro de un sistema más que en sus partes aisladas (Espinoza, 2010)

En la actualidad el enfoque sistémico ha permitido definir un nuevo paradigma en la ciencia, principalmente en los estudios de familia, visto como un sistema que tiene identidad propia y diferenciada del entorno con su propia dinámica interna que regula su continuo proceso de cambio y que se basa no tanto en los rasgos de personalidad de sus miembros, como características estables temporal y situacionalmente, sino más bien, en el conocimiento

de la familia como un grupo con una identidad propia y como escenario en el que tienen lugar un amplio entramado de relaciones (Espinal, Gimeno, & González, 2006).

El modelo sistémico permite observar cómo cada grupo familiar (microsistemas) se inserta dentro de una red social más amplia (macrosistemas), y desde ésta despliega su energía para alcanzar su propia autonomía como un todo. Pero a la vez permite analizar cómo cada microsistema admite integrar la energía de los demás miembros del sistema, bien sean estos individuos, o bien sean subsistemas (Espinal, Gimeno, & González, 2006).

Una de las características de esta teoría es el desarrollo de la familia concebido como un sistema en donde señala que se compone por el aspecto estructural, límites, comunicación e información como elementos primordiales de su dinámica y dentro del cual tiene la capacidad de importar y exportar energías o sustancias que le permite generar un equilibrio dentro del sistema haciéndola funcional (Fuentes & Merino, 2003).

La familia es la primera red de apoyo social que posee todo individuo a través de toda la vida, y ejerce una función protectora ante las dificultades de la vida, siendo la familia el primer recurso de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y al carecer de esta ocasiona más daños tanto en el contexto individual, como social (Louro, 2003).

3.2.1. Categorías de evaluación para el funcionamiento familiar

En el presente estudio la funcionalidad de la familia se evaluó desde el enfoque sistémico, desde las siguientes categorías: Cohesión, armonía, rol, permeabilidad,

comunicación y afectividad definido cada concepto posteriormente (Ortiz, Louro, Jiménez, & Silva, 1999).

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

Para que el funcionamiento familiar sea adecuado se necesitan límites bien definidos y precisos, los miembros que participan les permitan contacto entre todos los miembros del subsistema, la claridad de los límites en el interior de una familia constituye un parámetro útil para la evaluación de su funcionamiento y es aquí donde surgen los límites muy rígidos o la carencia de ellos crean tipos de familias caóticas, flexibles, estructuradas y rígidas

(Minuchin, 2003). Tomando en consideración que cada familia cuenta con su propia dinámica familiar, de lo cual se expone a continuación.

3.2.2. Funcionamiento familiar y su relación con los Trastornos Mentales.

El funcionamiento familiar es un factor determinante en la conservación de la salud y de la enfermedad entre sus miembros, se puede encontrar familia funcional o disfuncional, ya que la funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que transita (Pérez, 2012).

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

Cuando en la familia uno de los miembros atraviesa una enfermedad, esta afecta la dinámica del grupo familiar, sin embargo, existen familias que asumen estilos de afrontamiento para situaciones de conflicto estabilizando la salud y brindando bienestar para que todos en el núcleo familiar enfrenten las crisis por si solos, en comparación otras familias buscan apoyo en otros sistemas para sobrellevar la situación (Ortiz et al., 1999).

Existen varias redes de apoyo que reducen las consecuencias negativas que la enfermedad produce tanto en el paciente como en la familia; sin embargo, para el paciente la pieza importante para brindar apoyo incondicional en medio de las vicisitudes es la familia (Ardila, 2009).

En toda familia existe la dependencia de sus miembros entre sí, tanto que cuando uno de ellos se enferma todos los demás miembros se ven afectados, es decir que de acuerdo al contexto en el que se desenvuelve y los recursos o factores con los que cuenta el enfermo en la familia va adoptar una posición diferente y cambiante en donde este grupo de personas puedan compartir un proyecto de vida en el que se generan sentimientos de dependencia, compromiso entre sus miembros y se establecen relaciones de intimidad como reciprocidad (Rodrigo & Palacios, 1998).

Este proceso de interacción que puedan tener los miembros de una familia a través de la definición de límites, normas o reglas nos enmarca en su dinámica familiar que es de suma importancia para crear condiciones necesarias para que sus miembros tengan la posibilidad de desarrollar estrategias para llevar a cabo sus proyectos de vida y así lograr una adecuada integración entre individuo, familia y sociedad, no obstante la dinámica familiar se describe a partir de la diferenciación de roles, la comunicación y la cohesión que existan en todos los miembros (Santos, Pizzo, Saragossi, Clerici, & Krauth, 2009).

Es necesario tener presente que la interacción familiar influye en la formación de la persona y que se pueden hacer cambios importantes al concientizar a las familias en relación con el valor de una adecuada estructuración, a partir del establecimiento de límites claros

que se enmarquen en las interacciones familiares y que permitan a sus miembros definirse como personas, para así saber quiénes son para el interior de la familia y qué función deben desempeñar en su contexto social.

Así como el ser humano cruza por un ciclo de vida, la familia como sistema vivo y dinámico ha ido presentando cambios, condicionado por la diversidad cultural, y la manera particular en que se desenvuelven los integrantes de cada familia, el tema cultural juega un rol trascendental y han ido apareciendo diferentes modelos de familias. De allí pues que se han generado varios modelos, desde la nuclear estructurada hasta las de parejas del mismo sexo, con o sin hijos, también familias monoparentales, etcétera. Visto de esta forma encontramos también diferenciaciones en las etapas del ciclo vital familiar, entendido así.

3.2.3. Familia y ciclo vital

Referirse al ciclo vital familiar involucra traspasar por etapas necesarias acorde con los momentos evolutivos de la familia, así como los desarrollos y aportes personales de cada miembro del núcleo familiar. El enfoque sistémico considera la familia dinámica sistemáticamente a lo largo de su existencia pasando por diferentes etapas o estadios (Fishman & Rosman, 1998).

A este respecto, la familia constituye un papel importante como primer agente socializador de las personas, que, a través del ciclo vital familiar, sienta las bases emocionales de sus miembros. Todas las familias recorren el proceso del ciclo vital, lo cual conlleva una serie de crisis durante su desarrollo y se van sosteniendo las dificultades individuales, así como grupales (Messanger, Zapata, & Semenova, 2015).

Ardila (2009), sostiene que la familia atraviesa un ciclo de nacimiento, crecimiento y declive, iniciando con una pareja y finalizando con la disolución de la unión, cuando una de las dos personas muere, sin obviar que las familias se expanden o reducen con los años.

La familia atraviesa una serie de crisis o estresores que pueden ser normativos o no como ser: familia con niños escolares; familia con hijos adolescentes; familia plataforma de lanzamiento; y familia de la edad media. Cada una con una serie de principios que los rigen como ser: Aceptación de los nuevos miembros en el sistema; incrementar la flexibilidad en los límites de la familia para permitir la independencia de los adolescentes; aceptación de múltiples entradas y salidas del sistema familiar y aceptar los cambios en los roles generacionales.

En la fase de familia con niños escolares se vive el proceso de crecimiento hasta los 13 años del hijo mayor, en la de familia con hijos adolescentes se da el crecimiento desde 14 hasta los 20 años del hijo mayor, luego la familia plataforma de lanzamiento, pasan por el proceso de: el hijo menor abandona la casa de los padres, le sigue la de edad media se vive el proceso de fin de la actividad laboral de la pareja y finalmente en la etapa disolución, es donde aparece la muerte del cónyuge, con la fase de la familia anciana y la viudez, rigiéndose por el principio de aceptación del cambio de roles generacionales (Carter & McGoldrick, 1989).

3.2.4. Etapas del ciclo vital familiar

La familia en América Latina ha sufrido varios cambios muy importantes en la magnitud del grupo de familias que se ubica en cada etapa del ciclo de vida familiar. Este

fenómeno es atribuible a cambios demográficos significativos, en especial el descenso de las tasas de natalidad de los años setenta, aun cuando las familias con hijo mayor de menos de 12 años continúan constituyendo el grupo más importante, han aumentado más las familias cuyo hijo mayor tiene más de 13 años (Arriagada, 1997).

Otro fenómeno importante que ha influido en la longitud del ciclo de vida familiar y la prolongación de los años de convivencia o matrimonio es el aumento de la esperanza de vida al nacer, que en los países de transición avanzada explica el aumento de los hogares de adultos mayores solos, especialmente de mujeres viudas constituidas como jefas de hogar.

La familia atraviesa por etapas o estadios determinadas por cada cultura, que define los roles y tareas propias de cada etapa entre ellas tenemos:

- *Formación de la pareja*: todo sistema familiar inicia con la unidad conyugal
- *Familia con hijos pequeños*: la presencia de un nuevo miembro puede desestabilizar el orden de la familia, por los roles, responsabilidades y funciones definidas de cada cónyuge
- *Familia con hijos adolescentes*: la adolescencia no representa rebeldía, sino se requiere de orientación iniciado desde la infancia (Bowen, 1998).
- *Familia con hijos adultos*: los hijos crecen y dejan el hogar, los padres no saben cómo hacer frente a esta situación de la triangulación (Rios, 2005).

Es así como se ve el tránsito de una etapa a otra representa un periodo de crisis, pero también brinda una oportunidad para el crecimiento de la familia, además de estas crisis pueden surgir varios eventos trágicos, calificados como eventos estresantes como ser:

divorcios, las migraciones, las muertes o pérdidas de un familiar, los accidentes, las enfermedades incurables, las crisis financieras o cualquier situación que altere la estabilidad de la estructura y funcionamiento familiar; al margen de las dificultades propias del ciclo vital familiar (Haley, 2002).

La forma en que cada familia afronta cada una de las etapas del ciclo vital, los eventos o tareas de desarrollo que se despliegan en cada una de ellas, estará acorde con sus recursos, o mecanismos de afrontamiento y con sus condiciones de funcionamiento familiar; dependiendo de cuan saludable esté el mismo, se podría vislumbrar la aparición o no de estados transitorios de crisis, con mayor o menor riesgo de presentar trastornos emocionales en alguno de sus miembros, el funcionamiento familiar saludable involucra el desarrollo de una adecuada dinámica familiar (Pérez et al., 2007).

En torno a la conceptualización de ciclo vital familiar vale decir que, hasta el presente, el estudio de la familia ha tenido un papel fundamental tanto para sentar bases conceptuales como para deslindar el rol de sus miembros y dar respuesta a interrogaciones sobre sus modos de permear el desarrollo de una sociedad como institución a pesar del transcurrir del tiempo, son diversos los estudios de tipo sociológico, antropológico y demográfico adelantados desde diferentes percepciones conceptuales.

Definir cada familia es difícil, estableciéndose algunas pautas para que funcione de una manera “normal”, pautas que van guiadas de acuerdo con sus valores y principios sociales, donde todos los miembros de la familia se sientan feliz y aceptados en el seno

familiar por lo que se determina dos tipos de familia, la Familia Funcional y la Familia Disfuncional, la cual se definirá a continuación.

3.2.5. Funcionalidad familiar

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

El funcionamiento familiar saludable implica el desarrollo de una dinámica adecuada en la familia, si el sistema familiar cumple plenamente la seguridad económica, afectiva, social, espiritual y de modelos sexuales, genera nuevos individuos en la sociedad en una homeostasis sin tensión, mediante una comunicación apropiada y basada en el respeto de las relaciones intrafamiliares; sin embargo, la disfuncionalidad familiar se da cuando existe perturbación severa en la comunicación, armonía y otros (Contreras-Palacios, Ávalos-García, Priego-Álvarez, Morales-García, & Córdova-Hernández, 2013).

Ackerman (1982) menciona que los requisitos que debe cumplir toda familia para que se defina como funcional son:

1. Proveer el alimento, abrigo y otras necesidades materiales que preservan la vida.
2. Ser la matriz de las relaciones interpersonales, donde se aprenden los lazos afectivos.
3. Promover la identidad sexual, lo cual prepara el camino para la orientación sexual.
4. Promover la identidad personal ligada a la identidad familiar.

5. Promover identidad social aceptando la responsabilidad.
6. Fomentar el aprendizaje, creatividad e iniciativa.
7. De acuerdo con Fernández Moya (2006), hay ciertas características que señalan las diferencias entre una familia funcional y una familia disfuncional.
 - La capacidad de la familia para resolver problemas
 - El clima emocional de la familia
 - La capacidad para cambiar el curso del ciclo vital de la familia
 - La capacidad para regular la proximidad y la distancia en las relaciones intrafamiliares.
 - La formación de fronteras generacionales funcionales

Entonces la salud de la unidad familiar es un predictor de salud mental y, por extensión, de la salubridad de un sistema social ya que lleva implícita la inclusión, funcionamiento adecuado y capacidad de adaptación del individuo dentro de un contexto familiar y, por ende, del resto de la sociedad.

Una de las funciones primordiales de la familia es el apoyo psicosocial a sus miembros, fomentando el desarrollo de las habilidades interpersonales de cada uno de los individuos que la constituyen; la familia cumple una función protectora, y como grupo social es de máxima importancia, puesto que, ante dificultades de contacto de uno de sus miembros con el mundo extra-familiar puede efectuar modificaciones, mantener aquellos cambios necesarios que posibiliten mecanismos de adaptación y, de ese modo, evitar la alienación de sus elementos (Eguiluz et al., 2003).

Es posible ubicar a una familia determinada en una escala que va desde muy nutricia hasta muy perturbada y conflictiva tomando en cuenta las anteriores dimensiones: En las familias nutricias, las personas tienen: autoestima alta, comunicación directa, clara, específica y sincera, normas flexibles, humanas, apropiadas y sujetas a cambios, y enlace con la sociedad, abierto y confiado sin embargo en las familias conflictivas, las personas tienen: -autoestima baja. comunicación indirecta, vaga e insincera, normas rígidas, inhumanas, fijas e inmutables, con enlaces temerosos y acusadores con la sociedad (Satir, 2002).

3.2.6. Disfuncionalidad Familiar

Una familia disfuncional es aquella en donde no se respeta la distancia generacional, cuando se invierte la jerarquía y se confunde con autoritarismo, volviéndose demasiada rígida y se usan reglas del pasado, aunque cambie el contexto, así mismo no hay una comunicación clara y se entorna difusa hasta el punto de que no permite compartir los problemas (Ochoa, 2012).

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

Por lo tanto, la familia disfuncional no puede distinguirse de la familia funcional por la presencia de problemas, sino por la utilización de patrones de interacción recurrentes que dificultan el desarrollo psicosocial de sus miembros, su adaptación y la resolución de

conflictos. La familia patológica, en este sentido, sería aquella que ante situaciones que generan estrés responde aumentando la rigidez de sus pautas transaccionales y de sus límites, carece de motivación y ofrece resistencia o elude toda posibilidad de cambio (Hernández et al., 2005).

Dentro de este marco de referencia la familia emerge como unidad social primaria universal, su importancia estratégica reside en su composición, organización, interacción, y en las funciones que desarrolla en cuanto a su entidad biopsicosocial.

Se han planteado algunos criterios para diferenciar la familia disfuncional: existen líneas intergeneracionales borrosas, ausencia de actitud negociadora, se presta poca atención a los sentimientos y opiniones de los demás, los límites de la familia son imprecisos, las pautas de interacción resultan fijas y rígidas, y las funciones de los miembros no están claras ni limitadas (Thomas & Bargada, 2002).

Pérez (2011), expresa que una familia disfuncional se observa si el comportamiento en uno de los padres es inadecuado e inmaduro, este inhibe el crecimiento de la individualidad y la capacidad de relacionarse sanamente, de los otros miembros de la familia, causando enfermedad emocional, psicológica y espiritual en el núcleo.

Desde un punto de vista familiar, la salud mental sería aquella condición en la que los diferentes elementos que componen la organización o estructura de la familia interactúan de modo adecuado (entre sí y con el entorno social) para llevar a cabo correctamente sus funciones; de este modo, todas aquellas circunstancias que ejercen tensiones sobre alguno de estos factores pueden provocar alteraciones y, si los correspondientes mecanismos de

autorregulación no son capaces de restaurar la homeostasis familiar, pueden dar lugar a la aparición de psicopatología (Mercaei, 2011).

Es decir que, en las familias conflictivas, las personas tienen: autoestima baja, comunicación indirecta, vaga e insincera, normas rígidas, inhumanas, fijas e inmutables, con enlaces temerosos, y conductas acusadoras con la sociedad (Satir, 2002).

La funcionalidad y disfuncionalidad familiar son términos que se adaptan a la familia como sistema y que permite entender la patología (Haley, 2002).

La funcionalidad y la disfuncionalidad son dos extremos que una familia puede presentar; la funcionalidad hace referencia a aquellas familias que tienen los límites claros; éstos se manifiestan cuando cada integrante cumple con las normas y reglas establecidas; y en las familias disfuncionales ocurre todo lo contrario: dificultad para resolver conflictos, un resquebrajamiento de normas, límites y se suspende la organización jerárquica.

Capítulo IV

Metodología

Capítulo IV: Metodología

4.1. Tipo de Investigación

Se realizó un estudio con enfoque cuantitativo, de alcance correlacional, diseño no experimental, determinando la prevalencia de trastornos mentales, relacionados con la funcionalidad familiar.

Se llevó a cabo en un punto determinado del tiempo, lo que es equivalente a obtener una "fotografía" del problema, a partir de una muestra de la población general, enmarcado en un diseño no experimental, dado que no existió manipulación de variables.

En la profundidad del estudio se identificó la frecuencia con la que aparecen los trastornos mentales en la muestra poblacional; se buscó conocer todos los casos de personas con sintomatología de trastornos mentales, sin importar por cuánto tiempo mantendrán esta característica ni tampoco cuándo la adquirieron.

Este estudio es de corte transversal porque caracterizó los trastornos mentales, la funcionalidad familiar y la relación que existe entre las variables.

4.2. Población y Muestra

El objetivo de conocer la existencia de esta problemática e identificar la prevalencia a nivel nacional, se decidió seguir el muestreo propuesto por el INE (2013), para la encuesta permanente de hogares y propósitos múltiples, ya que el diseño muestral asegura que los datos son generalizables para la población.

Comayagua cuenta con una población aproximada de 511,943 habitantes constituido por 77,855 viviendas, al dividir las por zona urbana con un aproximado de 263,241 habitantes y en la zona rural con 248,702 habitantes, oficialmente registradas en el Censo Nacional de Población y Vivienda 2013, con su respectiva segmentación y cartografía.

4.2.1 Tamaño de la muestra

La muestra estimada para objeto de investigación fue tomada con apoyo estadístico del INE (2013), siendo un total de 300 personas, con un nivel de confianza del 95%, un error muestral del 5%, con una probabilidad de que ocurriera el fenómeno de 25% y que no ocurriera de un 75%. Al seleccionar la muestra se basó en la fórmula de poblaciones infinitas $\geq 100,000$ (Morales, 2012), ver tabla 1.

Tabla 1. Criterios para calcular tamaño de muestra

Criterio	Valor
Varianza (p)	75
Varianza(q)	25
Error muestral(E)	5.00
Nivel de confianza(z)	2
Tamaños de la muestra(n)	300

Fuente: Elaboración propia en base a encuesta de una muestra aleatoria de la población adulta del departamento de Comayagua, en el año 2016

4.2.2. Selección de la muestra

Se seleccionó los municipios haciendo uso de un muestreo no probabilístico, se eligió cada municipio con base a tres criterios fundamentales para la investigación:

1. *Densidad poblacional.* - se ordenó en función al número de pobladores del municipio.
2. *Accesibilidad.* - para el municipio rural, se aseguró que tuvieran acceso con base a carreteras o caminos para poder entrar a realizar el estudio sin muchos problemas y que la distancia no fuera un impedimento para la investigación.
3. *Representación Geográfica.* - Consistió en dividir el departamento de Comayagua, en cuatro cuadrantes enlistando en cada uno de ellos los municipios que correspondían, para identificar los más representativos del departamento (ver anexo 1).

Se llevó a cabo la selección de barrios, colonias y caseríos, dentro del municipio urbano, mediante un muestreo no probabilístico que hace uso de los siguientes criterios:

1. *Representatividad Geográfica:* Consistió en dividir el municipio en 4 cuadrantes y enlistando en cada uno de ellos los barrios que corresponden.
2. *Densidad Poblacional:* Se ordenó en función al número de población.
3. *Procedencia Geográfica:* Se escogió un caserío de mayor población del cuadrante.

En el municipio de Comayagua se escogieron los barrios Arriba, Abajo e Independencia; así como una colonia llamada Primero de Mayo, representativa del área urbana.

Y en la zona rural se eligió el caserío de *Talanguita* (ver anexo 2); la tabla 2 describe el marco muestral.

Tabla 2. Marco Muestral

Área	Colonias / Área	Viviendas totales (INE 2013)	Viviendas muestreadas	% del total
Urbana	Barrio Arriba	1779	37	2.0
	Barrio Abajo	1055	37	3.5
	Barrio Independencia	1041	38	3.7
	Colonia 1 de mayo	767	38	5
	<i>Sub total</i>	<i>4642</i>	<i>300</i>	<i>9.3</i>
Rural	Talanguita	281	150	53.0
Total		4923	300	100%

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

La selección de unidades de análisis se realizó con base a género y rangos de edad distribuidos de la siguiente manera; de la muestra total, se seleccionaron 150 mujeres y 150 hombres, incluyendo población según rangos de edad, correspondiente a 50 mujeres en edad de 18 a 30 años, 50 de 31 a 50 y 50 de 51 en adelante; igual dato en el caso de los hombres; para llevar un control de esta muestra, se utilizó el cuadro del anexo 3.

4.3. Variables, hipótesis e indicadores

4.3.1. Matriz de operacionalización de variables

La tabla 3 desarrolla la información respecto a las variables del estudio y la forma en cómo se midieron, con lo que se responde a cada objetivo propuesto en la investigación

Tabla 3. Matriz de operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicadores
Trastornos mentales	El trastorno mental, es una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).	Aplicación de la escala SRQ	a. Ansiedad b. Depresión c. Epilepsia d. Dependencia del alcohol e. Dependencia de drogas f. Estrés postraumático	a. Ataques de pánico, sudoración, temblores b. Estado de ánimo depresivo, pensamientos recurrentes de muerte c. Convulsiones y dolor de cabeza. d. Frecuencia al beber. e. Frecuencia de dependencia sustancias psicoactivas. f. Traumas sufridos
Funcionalidad familiar	La funcionalidad familiar es la primera fuente donde se aprende a manejar los afectos, y marca profundamente el	Escala FF-SIL	a. Cohesión, b. Armonía	a. Unidad, toma de decisiones. b. comparten, están juntos. c. Conversan se comprenden. d. Comparten experiencias

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicadores
	desarrollo de los niños, así la manera de comunicarse y relacionarse con personas fuera del círculo familiar (Ortiz Gómez, Louro Bernal, Jiménez Cangas, & Silva Ayzaguer, 1999).		c. Comunicación d. Permeabilidad e. Afecto f. Roles g. Adaptabilidad	e. Demuestran sentimientos f. responsabilidades y funciones negociadas g. Habilidad para cambiar de estructura de poder, relación de roles y reglas (Louro Bernal, 2003).
Sociodemográficas	Conjunto de datos de naturaleza social que describen las características de una población a partir de cuyo análisis pueden hacerse interpretaciones de su comportamiento en el campo de donde son tomadas (Tejada, 2012).	Aplicación de encuesta sociodemográficas.	a. Género b. Edad c. Área geográfica d. Religión e. Estado civil	a. Masculino, femenino. b. Rangos edades (18-30, 31-50, 51-110) c. Urbana y rural. d. Católica, evangélica, otra, ninguna. e. soltero(a), casado(a), unión libre, viudo y separado.

Fuente: Elaboración propia.

4.3.2. Hipótesis

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

H₁: La funcionalidad óptima predomina en las familias del departamento de Comayagua.

H₀₁: La funcionalidad óptima predomina en las familias del departamento de Comayagua

H₂: Existe relación entre la funcionalidad familiar y la sintomatología de trastornos mentales en la población del departamento de Comayagua.

H₀₂: No existe relación entre la funcionalidad familiar y la sintomatología de trastornos mentales en la población del departamento de Comayagua.

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

Los instrumentos que se seleccionaron con base en la consulta a expertos, teniendo en cuenta que lo que se pretendía era realizar un tamizaje y no un estudio diagnóstico de caracterización poblacional y de *evaluación de cohesión y adaptación familiar*.

A continuación, se explica brevemente en qué consisten y cuál es la utilidad de ambos instrumentos.

4.4.1. El Cuestionario de auto-reporte o Self Reporting Questionnaire (SRQ).

El SRQ es una escala que ha sido diseñada 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, especialmente en países en desarrollo. Es una escala auto-aplicada o llenada por el personal de salud que permite identificar sintomatología actual o que se ha presentado durante los últimos 30 días. El SRQ comprende contenidos de varios instrumentos, es de fácil aplicación, es una escala simple y objetiva, fácil de evaluar que cubre aspectos claves de la psicopatología, con preguntas dicotómicas (“sí” o “no”), sencillas fáciles de entender. Los Ítems se puntúan con cero y uno, indica que el síntoma está presente o ausente durante los últimos 30 días.

La versión de la escala SRQ utilizada está compuesta por 30 ítems de los cuales en el instrumento se anexaron 4 ítems que miden estrés postraumático siendo validados por 60 jueces expertos en el área de salud mental, quedando el instrumento con un total de 34 ítems.

4.4.2. Escala de Funcionamiento Familiar FF-SIL

El instrumento se diseñó en 1994, por Esther Pérez González, Dolores de la Cuesta Freijomil, Isabel Louro Bernal y Héctor Bayarre Veá, con el propósito de diagnosticar el funcionamiento familiar (dinámica relacional sistémica que se da entre los miembros de una familia), a través de la percepción de uno de los miembros, con la idea de que fuera un instrumento sencillo para la evaluación de las relaciones intrafamiliares, de fácil aplicación y comprensión para cualquier nivel de escolaridad, de bajo costo, y que pueda ser aplicado por cualquier tipo de personal (médico de familia, enfermera, trabajadora social, psicólogo etcétera), este instrumento mide las siguientes categorías: comunicación, cohesión, armonía, adaptabilidad, roles,

permeabilidad y afectividad, a partir de estas categorías, se elaboró un instrumento provisional, que fue sometido al criterio de 30 expertos, con el objetivo de discriminar si existía diferenciación clara de las categorías a través de los ítems (enunciados), y si había correspondencia entre éstos; si en su conjunto media el funcionamiento familiar y si los enunciados fueron elaborados con un lenguaje claro y preciso, comprensible para cualquier nivel escolar, encontrándose que este instrumento posee alto nivel de contenido, criterio y de construcción considerado confiable (Pérez, Freijomil, Louro Bernal, & Bayarre, 2015)

4.4.3. Validación de los Instrumentos.

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

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

De acuerdo a la matriz de criterios de evaluación del instrumento SRQ y según los expertos con base a los datos obtenidos todos los ítems se encontraron aceptables tanto en la relevancia para la actitud del instrumento, lenguaje adecuado con nivel al informante y no hacer usos 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 ítem lleva vocales y consonantes, en la redacción se dio las observaciones en las preguntas 14 y 23 que

ameritó un ajuste de la siguiente forma: Pregunta 14: ¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida? Por ¿Siente que es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida? y la Pregunta 23: ¿Ha notado interferencias o algo raro en su pensamiento? Por ¿Ha notado pensamientos raros que le preocupen?

La confiabilidad por reactivos fue igual o mayor a 0.80 en promedio es decir que los jueces lo consideran válido en un 80 por ciento; así mismo en los ítems 2, 3, 4, 7, 11, 13, 14, 15, 19, 21, 22, 33, 34; al no presentar un nivel de validez superior a 0.80 se encuentran dentro del rango considerado valido entre el 60 y el 79 por ciento y en relación a los ítems 5 y 26 según la opinión de los expertos los consideran útiles, pero no esenciales en el instrumento al ser aplicados, sin necesidad de ser modificados.

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

Es importante mencionar como se hicieron los cortes de cada dimensión para ver si el sujeto padece algún trastorno considerándose por ansiedad 4 ítems de 8, depresión 4 ítems de 12, alcoholismo 1 ítem de 4, drogadicción 1 ítem de 2, epilepsia 1 ítem de 1, psicosis 1 ítem de 4 y estrés postraumático 1 ítem de 3 para identificar sintomatología y para dar un diagnóstico del trastorno se debe hacer una evaluación especializada, además, si el comportamiento de un paciente

parece evidentemente raro o extraño (ejemplo: suspicaz, habla demasiado, triste o llora), independientemente de las respuestas que se hayan dado en el cuestionario indica que la persona requiere evaluación integral, diagnóstico, tratamiento y seguimiento.

Para el presente estudio, no se realizó el análisis del trastorno *psicosis*, considerando que la pregunta no especifica en qué momentos escucha voces y es parte de la idiosincrasia y creencias culturales de escuchar voces del más allá. Asimismo, no se calculó punto de corte para el trastorno de epilepsia ya que se mide con un solo ítem.

En un segundo momento se procedió a un estudio piloto para validar la adaptación de los ítems a los instrumentos.

Para el instrumento SRQ se propuso un trabajo de campo que implicó desarrollar un proceso de validación de sensibilidad y especificidad basado en puntos de corte de la curva de ROC.

La muestra está compuesta por un total de 352 personas; dividida en dos grupos, el primero compuesto por casos diagnosticados clínicamente con trastornos mentales, siendo necesario 20 sujetos con patología. El segundo grupo estuvo compuesto por 232 sujetos clínicamente sanos definido como grupo control normativo.

Una vez realizada la prueba piloto se siguió una serie de procedimientos en la aplicación.

La escala FF-SIL, en 1994 y en el año 2000 fue sometida por varios procesos de validación por los 30 expertos que evidenciaron su confiabilidad y su validación, esta prueba aporta información válida y confiable para medir los procesos relacionados con el dinamismo familiar,

se validó con alfa de Cronbach ($\alpha=0,779$) y prueba de mitades de Spearman Brown ($r=.825$) (De la Cuesta Freijomil, Pérez González , & Louro Bernal, 1994) (López , 2000).

La Escala de Funcionamiento Familiar FF-SIL posee validez de contenido; es una Encuesta de 14 reactivos que mide las variables de: cohesión (reactivos 1 y 8), armonía (reactivos 12 y 13), comunicación (reactivos 5 y 11), permeabilidad (reactivos 7 y 12), afectividad (reactivos 4 y 14), roles (reactivos 3 y 9) y adaptabilidad (reactivos 6 y 10), habiendo un elevado porcentaje de coincidencia en las opiniones de los 15 expertos consultados, sin encontrarse observaciones de modificación en los ítems.

Según los indicadores propuestos por Ortiz Gómez et al. (1999) con base a los ítems seleccionados por los expertos y comparados con otras investigaciones encontradas en la Escala de Funcionamiento familiar FF-SIL, se estableció que los puntos de corte para definir si una familia es funcional, moderadamente funcional, disfuncional y moderadamente disfuncional se observan en la tabla.

Tabla 4. Categorías del cuestionario de funcionalidad familiar

Resultado del cuestionario	Puntaje
Familia funcional	De 70 a 57 puntos
Familia moderadamente funcional	De 56 a 43 puntos
Familia disfuncional	De 42 a 28 puntos
Familia severamente disfuncional	De 27 a 14 puntos

Fuente: Ortiz Gómez et al. (1999).

Consideraciones éticas: Se hizo uso del consentimiento informado como procedimiento garantizando a los participantes, la confidencialidad de los datos y respeto a su identidad, informándoles que los resultados serán utilizados con fines científicos (ver anexo 7).

Para el análisis estadístico de datos se utilizó el programa IBM SPSS 22, que ayudó a realizar los cruces de variables como las correlaciones con la r de Pearson y t de Student, para generar los gráficos se usó el programa Excel.

4.4.4. Encuesta de caracterización poblacional.

El propósito de esta encuesta fue recopilar información de contexto que permite la realización de análisis detallados y en profundidad de las interrelaciones entre los atributos socio demográfico y los socioeconómicos tanto a escala de individuos como de los hogares. Cualquier atributo sociodemográfico puede ser examinado a la luz de los más importantes diferenciales que identifican los diferentes enfoques teóricos o el conocimiento acumulado en materia de población, como las condiciones de vida (pobreza), el nivel educacional, la inserción ocupacional, la zona de residencia, la estructuración familiar, etc., fue realizada en base de datos de acuerdo con la encuesta de familias del INE (2013).

El tiempo de llenado del conjunto de instrumentos oscilo entre 17 – 21 minutos, considerando que todos eran autoadministrables, no obstante, se contó con la asistencia de psicología de cuarto año quienes previamente se les preparó con capacitación para dicha actividad.

4.5 Procedimiento

Procedimiento y análisis de información recolectada basada en un tamizaje.

- Se recolectó información y datos estadísticos, así como la revisión de literatura pertinente al tema de investigación.
- Se profundizó en la investigación analizando la información más relevante al tema de la investigación.
- Se seleccionaron los instrumentos para el análisis cuantitativo escogiéndose el instrumento (Escala SRQ) para la detección de posibles trastornos mentales y FF-SIL para la funcionalidad familiar.
- Se seleccionó una submuestra para el análisis cuantitativo.
- Se capacitó al equipo técnico que apoyó en el levantamiento de datos en el departamento.
- Cada equipo de trabajo fue asignado en cada lugar referente a la investigación para la aplicación del instrumento.
- Se finalizó con el procesamiento de datos haciendo uso del programa SPSS, tabulándolos y posteriormente valorándose estadísticamente alcanzando así los objetivos planteados al inicio.

Capítulo V

Resultados de la investigación

Capítulo V: Análisis de resultados

El presente capítulo contiene los principales hallazgos del estudio “Prevalencia de trastornos mentales y su relación con la funcionalidad familiar en la población adulta del departamento de Comayagua”. Para explicar los resultados se hizo uso de estadísticas descriptivas de análisis de frecuencias y cruce de variables que son representados mediante gráficos; dichos análisis son leídos e interpretados a la luz de los objetivos de la investigación.

5.1. Prevalencia de sintomatología de trastornos mentales en la población adulta del departamento de Comayagua.

La figura 1, presenta el porcentaje de prevalencia de sintomatología de trastornos mentales en la población del departamento de Comayagua; se detectó un 59% de los casos, es decir 5 de cada 10 habitantes declara padecer síntomas que altera su salud mental, esta prevalencia es superior a la reportada por la OMS (2001) a nivel mundial que es un 25%.

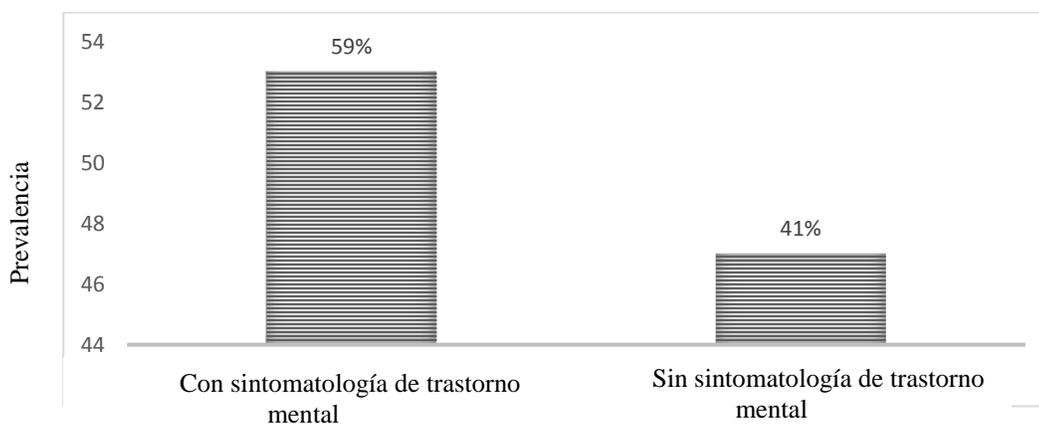


Figura 1. Prevalencia de sintomatología de trastornos mentales en la población adulta del departamento de Comayagua.

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

5.2. Prevalencia de los principales trastornos mentales según categoría diagnóstica en la población adulta del departamento de Comayagua.

En la figura 2 se aprecian los porcentajes de sintomatología de los posibles trastornos mentales de mayor prevalencia; siendo el estrés postraumático con un 26%, seguido de la depresión con 22%, ansiedad con 21%, drogas 16%, alcoholismo 12% y finalmente epilepsia con un 3%.

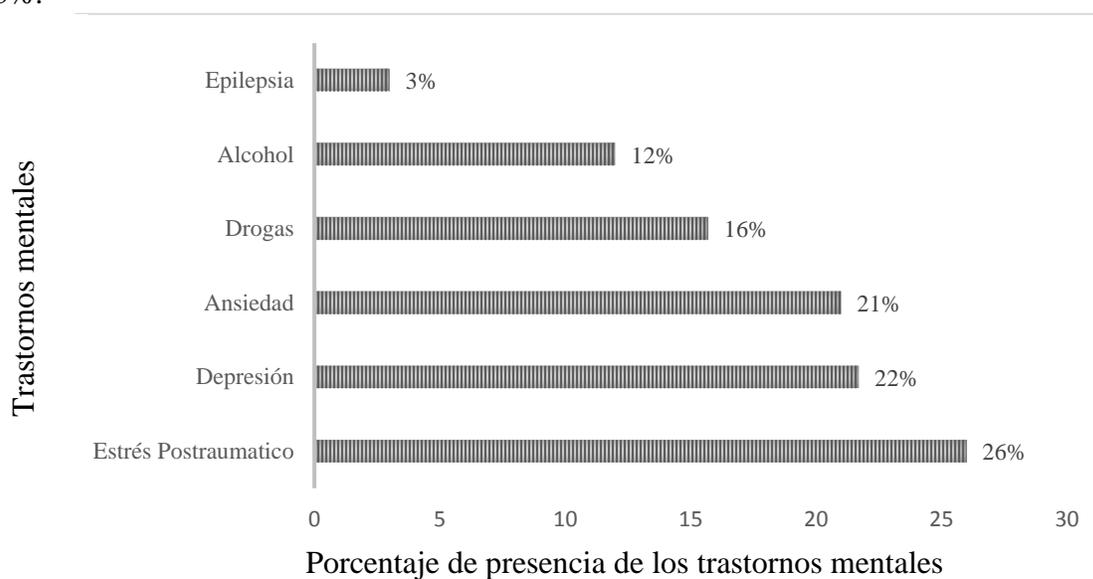


Figura 2. Trastornos mentales de mayor prevalencia en el departamento de Comayagua.

Fuente: Elaboración propia con base a encuesta de una muestra aleatoria de la población adulta del departamento de Comayagua, en el año 2016.

5.3. Prevalencia de trastorno mental según características socio demográficas.

A continuación, se presentan los resultados del estudio en relación con las variables sociodemográficas, específicamente se toman en cuenta género, rangos de edad, estado civil y ubicación geográfica.

5.3.1 Sintomatología de trastornos mentales según género

La figura 3 muestra que la prevalencia de sintomatología de posibles trastornos mentales es mayor en la población femenina con un 52% en relación con el género masculino 48%.

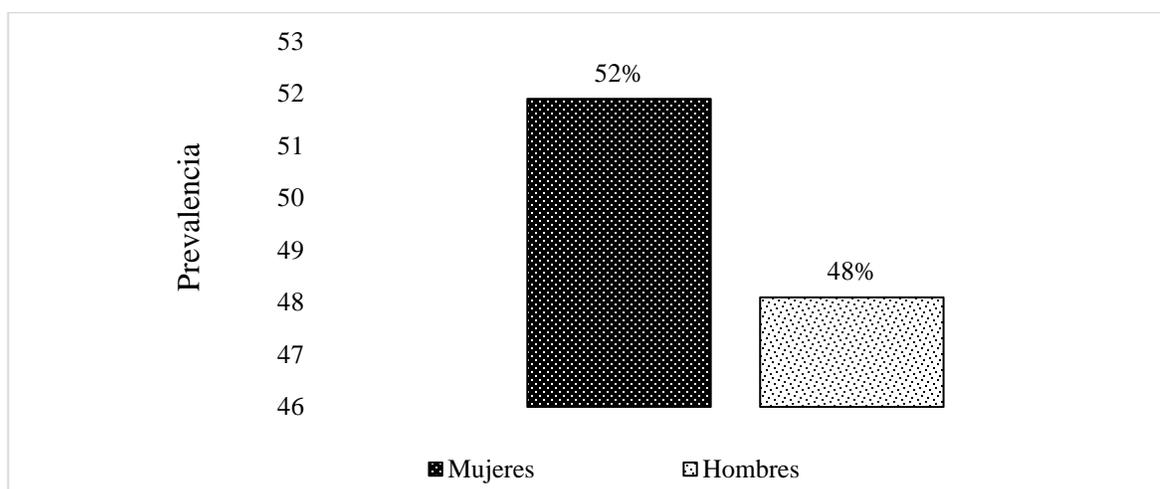


Figura 3. Sintomatología de trastorno mental según género.

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

5.3.2 Sintomatología de trastornos mentales según rangos de edad

La figura 4, muestra que las personas entre las edades 18-30 y 31-50 años, es decir, la población adulta joven y adulta media, poseen mayor presencia de sintomatología de trastornos mentales en un 39% ambos grupos en comparación a la población adulta mayor que es 22%.

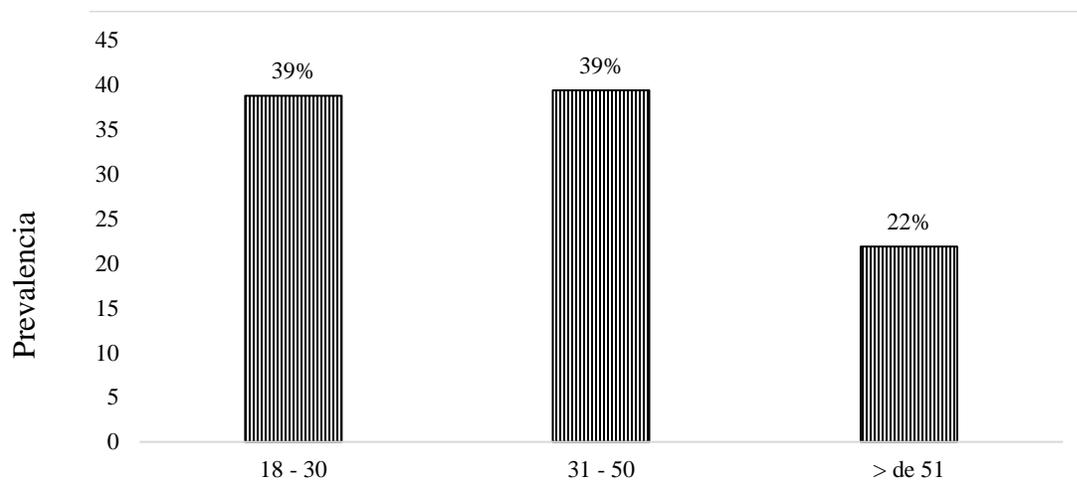


Figura 4. Sintomatología de trastorno mental según rangos de edad.

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

5.3.3 Sintomatología de trastornos mentales según estado civil

Se observa que los solteros presentan mayor sintomatología de trastorno mental con un 41%, seguido de los casados con un 26%, los de unión libre con un 24%, mientras que los viudos 4% y los separados 3% un menor porcentaje (ver figura 5).

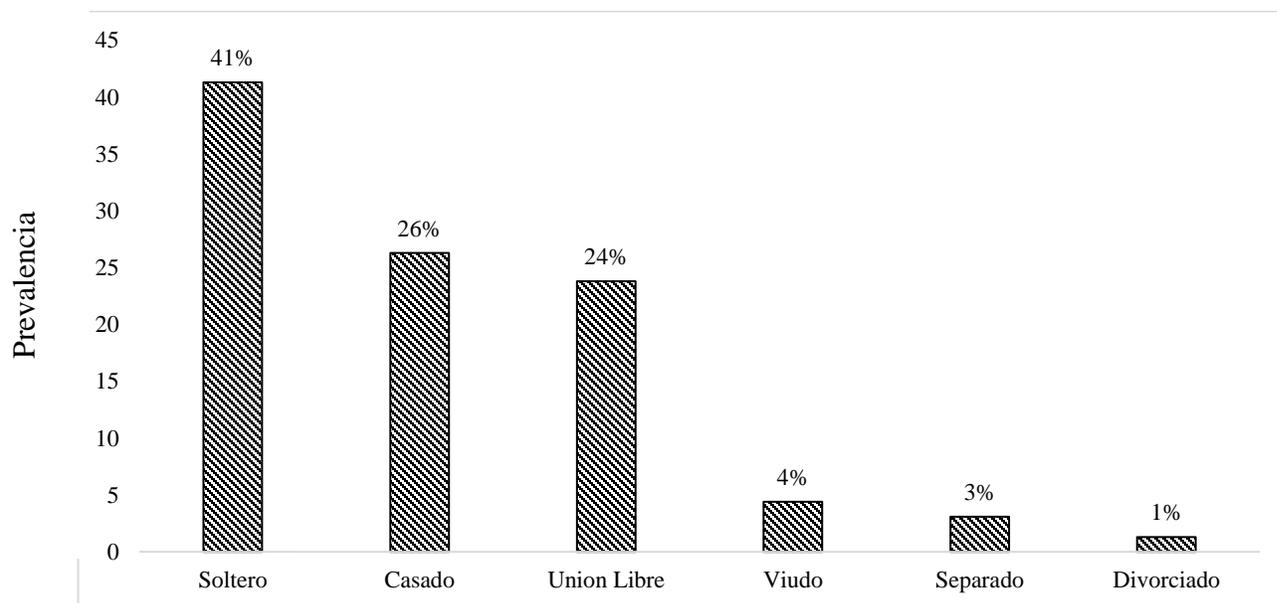


Figura 5. Sintomatología de trastornos mentales según estado civil.

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

5.3.4 Sintomatología de trastornos mentales según ubicación geográfica

Con relación al área geográfica la prevalencia de sintomatología de trastornos mentales se ve reflejado que en el área urbana hay un mayor porcentaje 59% de personas vulnerables a padecer posible trastorno mental, en comparación con el área rural donde el porcentaje es de 41%, (ver figura 6).

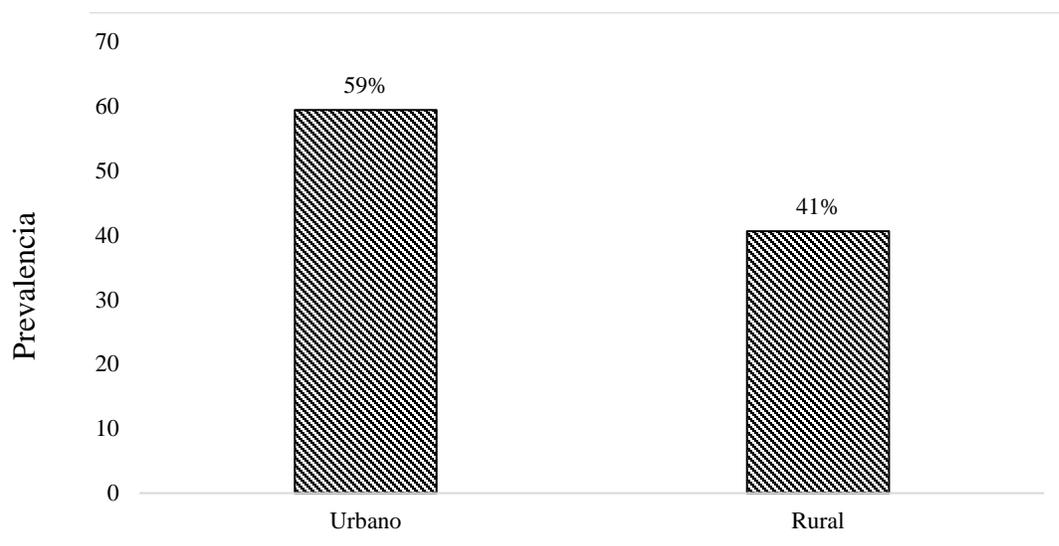


Figura 6. Sintomatología de trastornos mentales según área geográfica.

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

5.4. Caracterización de la funcionalidad familiar

La figura 7, presenta una estimación del 70% de las familias en el departamento de Comayagua, con funcionalidad óptima, donde el 25% se identifican como moderadamente funcional, el 5% obedecen a familias disfuncionales.

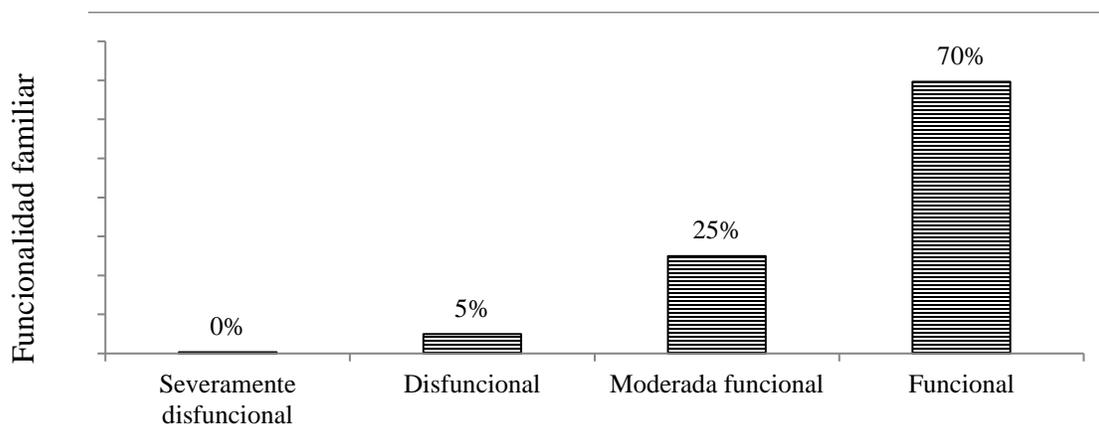


Figura 7. Caracterización de la funcionalidad familiar.

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

5.5 Relación entre funcionalidad familiar y sintomatología de trastornos mentales

En la figura 8 se presenta el análisis del promedio obtenido de funcionalidad familiar, encontrando que existe diferencia estadísticamente significativa, se observa una correlación negativa ($r = -0.140$, $p < 0.015$); lo que indica que en el grupo de personas con mayor funcionalidad no presentan sintomatología de trastorno mental (61.2) asimismo la población con menor funcionalidad familiar si presenta un probable trastorno mental (58.9).

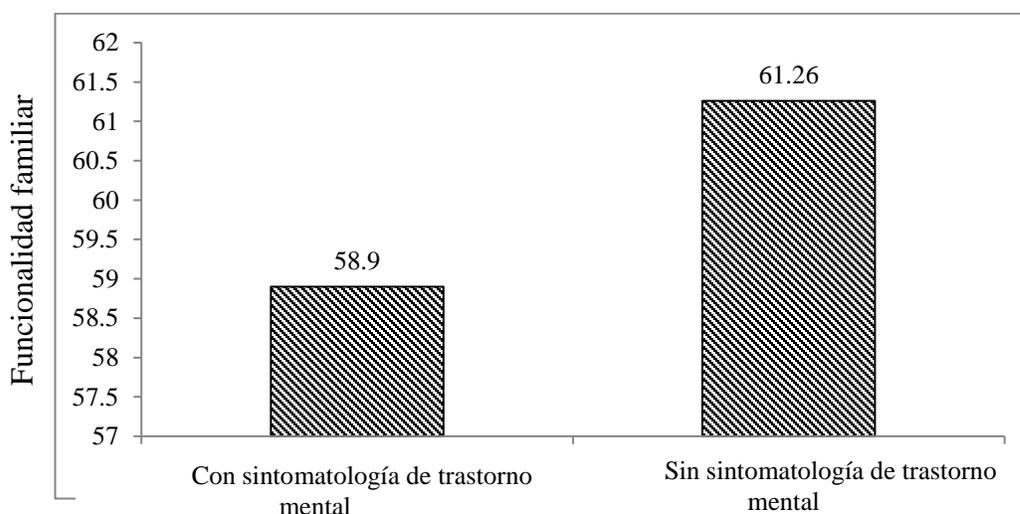


Figura 8. Relación entre funcionalidad familiar y sintomatología de trastornos mentales

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

5.5.1 Análisis de dispersión entre la funcionalidad familiar y sintomatología de trastornos mentales

La figura 9, revela una dispersión en la que se observa una correlación negativa, es decir que, a mayor funcionalidad familiar, menor sintomatología de trastornos mentales. Aunque se estime una tendencia débil, se considera que esto se relaciona con la muestra, ya que corresponde a personas de una población llana, es decir sin credenciales de patología psicológica, con la presencia tanto de familias funcionales como disfuncionales.

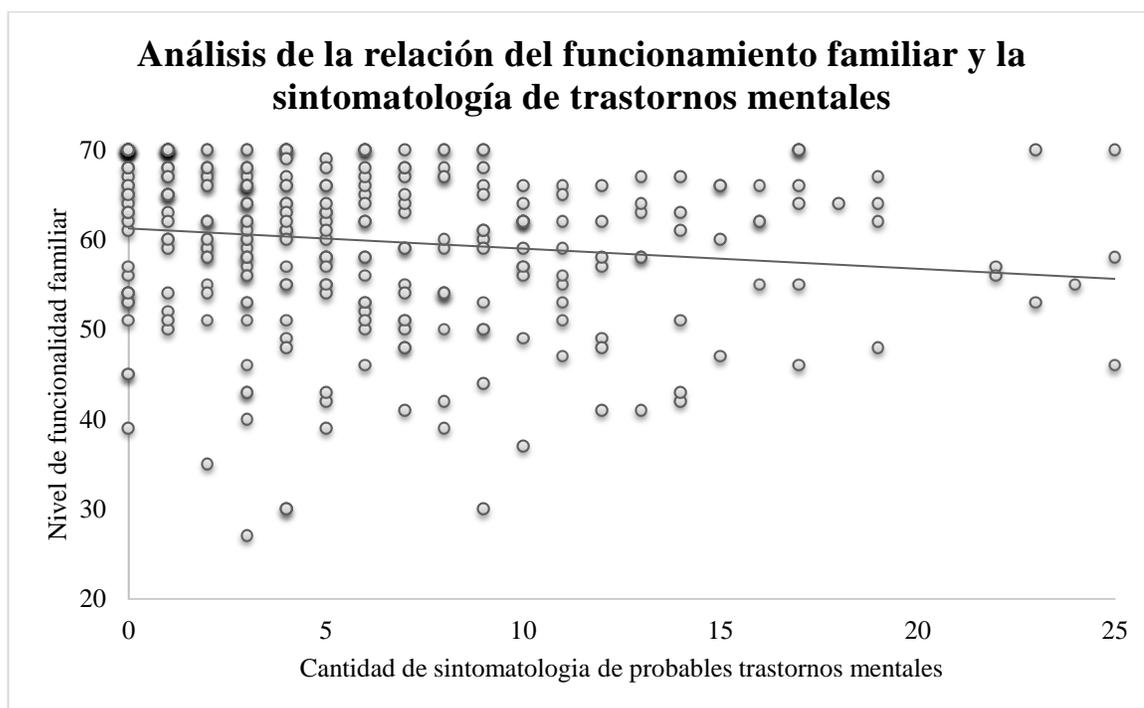


Figura 9. Relación del funcionamiento familiar y la sintomatología de trastornos mentales

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

5.6. Jerarquización de dimensiones de funcionamiento familiar y sintomatología de trastornos mentales.

A continuación, se presentan las dimensiones medidas en cuanto al funcionamiento familiar, relacionadas con la presencia de sintomatología de los trastornos mentales estadísticamente significativos, entre ellos *ansiedad, depresión, dependencia a las drogas, estrés postraumático y dependencia al alcohol.*

5.6.1. Funcionalidad familiar y ansiedad

Se observa una relación significativa en las 4 dimensiones: armonía, cohesión, roles y permeabilidad; cuando estas aumentan en el seno familiar, el nivel de ansiedad disminuye.

Tabla 5. Dimensiones de funcionamiento familiar según ansiedad.

Dimensión	Correlación de Pearson	Sig.(Bilateral)
Armonía	-0.170	0.003
Cohesión	-0.169	0.003
Roles	-0.127	0.028
Permeabilidad	-0.115	0.047

**La correlación es significativa en el nivel de 0,05 (bilateral); Total de muestra N =300*

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

5.6.2. Funcionalidad familiar y depresión

Se observa una relación significativa en las dimensiones roles, cohesión y armonía cuando estas aumentan en el seno familiar, el nivel de depresión disminuye.

Tabla 6. Dimensiones de funcionamiento familiar según depresión.

Dimensión	Correlación de Pearson	Sig.(Bilateral)
Roles	-0.153*	0.008
Cohesión	-0.143*	0.013
Armonía	-0.127*	0.028

**La correlación es significativa en el nivel de 0,05 (bilateral); Total de muestra N =300*

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

5.6.3. Funcionalidad familiar y dependencia de drogas

Se observa una relación significativa en las 3 dimensiones: Adaptabilidad, permeabilidad y afectividad, cuando estas aumentan en el seno familiar la dependencia de drogas disminuye.

Tabla 7. Dimensiones de funcionamiento familiar según dependencia de drogas.

Dimensión	Correlación de Pearson	Sig.(Bilateral)
Adaptabilidad	-0,156*	0,007
Permeabilidad	-0.137*	0.018
Afectividad	-0.114*	0.048

**La correlación es significativa en el nivel de 0,05 (bilateral); Total de muestra N =300*

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

5.6.4. Funcionalidad familiar y estrés postraumático

Se observa una relación significativa en la dimensión de adaptabilidad y cuando esta aumenta la probabilidad de padecer estrés postraumático disminuye.

Tabla 8. Dimensiones de funcionamiento familiar según estrés postraumático.

Dimensión	Correlación de Pearson	Sig.(Bilateral)
Adaptabilidad	-0.133*	0.022

**La correlación es significativa en el nivel de 0,05 (bilateral); Total de muestra N =300*

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

5.6.5. Funcionalidad familiar y dependencia de alcohol

Se observa una relación significativa en las 2 dimensiones: adaptabilidad y afectividad y cuando estas aumentan la dependencia de alcohol disminuye.

Tabla 9. Dimensiones de funcionamiento familiar según dependencia de alcohol.

Dimensión	Correlación de Pearson	Sig.(Bilateral)
Adaptabilidad	-0.165*	0.004
Afectividad	-0.119*	0.039

**La correlación es significativa en el nivel de 0,05 (bilateral); Total muestra N =300*

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

Capítulo VI

Discusión de los resultados

Capítulo VI: Discusión de los Resultados

El presente apartado tiene el propósito de discutir los hallazgos de la investigación, retomándose los principales resultados en función de los objetivos anteriormente mencionados, contrastándolos con los argumentos de algunos teóricos que han sido expuestos en el marco teórico.

Se determinó que un 59% de la población del departamento de Comayagua presenta sintomatología de trastorno mental, es decir, 5 de cada 10 personas. Este resultado es más del doble de lo reportado por la (OMS, 2001), que establece que un 25% de la población mundial presenta un trastorno mental a lo largo de la vida que puede llegar a incapacitarlo.

Un estudio de salud mental realizado en Colombia reporta que el 40,1% de la población ha tenido alguna vez en su vida uno o más de los 23 trastornos basados en el DSM-IV (FES SOCIAL, 2005); calculando que 25% de las personas (una de cada cuatro) padecen uno o más trastornos mentales o del comportamiento a lo largo de su vida. A nivel mundial, los trastornos mentales y neurológicos representan 14% de la carga mundial de enfermedades. Cerca de 30% de la carga total de enfermedades no transmisibles se debe a estas enfermedades y casi tres cuartas partes de la carga mundial de trastornos neuropsiquiátricos corresponden a los países con ingresos bajos y medios bajos, información recabada de una compilación de los estudios epidemiológicos más importantes acerca de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe (OPS, 2016).

No obstante, hay indicios que la prevalencia de los trastornos mentales está aumentando en todo el mundo, se estima que entre 1990 y 2013 el número de personas con depresión o ansiedad

ha aumentado cerca de un 50%, pasando de 416 a 615 millones de afectados, casi un 10% de la población mundial (OPS, 2009).

En el caso de Honduras el estudio realizado con una muestra representativa a nivel nacional determinó que la prevalencia de trastornos mentales era de un 35% en la población hondureña, este aumento lo atribuyen a las bajas condiciones socioeconómicas, inseguridad ciudadana y desastres naturales (Chirinos-Flores et al., 2002).

El incremento considerable en la prevalencia de sintomatología de trastornos mentales establecida en este estudio se da probablemente por los cambios que se han presentado en la última década relacionados con el desempleo, destrucción del medio ambiente, alta tasa de violencia e inseguridad que no solo afecta a un sector, sino a toda la población en general (Bedoya Lau, Perea Paz, & Ormeño Martínez, 2006). Asimismo, otras investigaciones reflejan que los trastornos mentales pueden ser afectados por el contexto, en virtud de que la OMS menciona que la salud mental se debe entender integralmente, desde el punto de vista bio-psico-social; en este sentido los trastornos mentales pueden estar siendo exacerbados por factores de tipo social ya que según el Observatorio de la Violencia de la UNAH ha habido un alza en la tasa de homicidios a nivel nacional (59,1% por cada 100,000 habitantes), y en departamentos que no existía este fenómeno, ahora se ven afectados. Aun cuando se proyecta una leve tasa de homicidios (1%) en el departamento de Comayagua, es significativo para datos a nivel nacional (IUDPAS, 2016).

Un segundo hallazgo de este estudio reporta que el trastorno mental de mayor prevalencia en la población del departamento de Comayagua es el estrés postraumático en un 26%; relacionado

con los altos índices de violencia que han estado surgiendo en varios municipios de Comayagua con un índice de 50 homicidios anuales de cada 100,000 habitantes (El Heraldo, 2015).

La situación económica por los bajos salarios, el desempleo, la pobreza, contemplándose en todos los niveles, tanto en la clase alta como en la baja, tanto en el campo como en la ciudad; de lo cual acuden a diario en los hospitales públicos y clínicas privadas, con la esperanza de recuperar su salud mental y emocional; estos factores van en ascenso, según el psiquiatra Javier Uclés, señaló que el ambiente que rodea a la mayoría de hondureños es muy dañino para su salud mental, principalmente por la violencia generalizada que causa estrés postraumático severo (Uclés, 2016); datos que coinciden con los resultados de esta investigación.

En segundo lugar, la depresión que representa un 22% hay reportes que en el primer semestre del 2014 los suicidios presentan un aumento alarmante en Honduras al grado que estudios forenses registran hasta 30 o 40 casos mensuales a nivel nacional (Uclés, 2016); así mismo expertos a nivel mundial consideran la depresión con la enfermedad del siglo XXI ya que sus síntomas van en ascenso y como lo menciona la OMS que se encuentra en los trastornos afectivos de mayor prevalencia considerando que dentro de unos 20 años esta enfermedad será una de las más recurrentes en la población pasando por encima e incluso de algunas causas de enfermedad que hoy son tan importantes como los problemas cardiovasculares o incluso el cáncer (Navarro Bometón, 2016) seguido del estrés postraumático con un 28,7% expertos a nivel mundial consideran que en Honduras se reporta que 7 de cada 10 hondureños sufren estrés postraumático atribuido al ambiente violento que se presenta en el país, en la actualidad se están presentando muchos casos de personas víctimas de un asalto o extorsión (Uclés, 2016).

La presencia de sintomatología de ansiedad es el tercer trastorno mental de mayor prevalencia con un 22%, seguida por la dependencia de drogas con un 16%, dependencia de alcohol con un 12%, y epilepsia 3% resultados que coinciden con una serie de estudios de prevalencia de trastornos mentales que establecen que estos son los principales trastornos mentales de mayor prevalencia (Zimmerman, McDermeut, & Mattia, 2000).

Asimismo, en Colombia los trastornos más frecuentemente reportados fueron los de ansiedad (19,3%), seguido por los trastornos del estado de ánimo (15,0%) y los trastornos por uso de sustancias (10,6%) y el 4,9% de la población estudiada ha intentado suicidarse alguna vez en la vida y el 1,3% lo ha intentado en los últimos treinta días en esta investigación (FES SOCIAL, 2005).

En relación con la presencia de probables trastornos mentales según género se refleja más en la población femenina con un 52%; como indican numerosos estudios, el género femenino tiene mayor riesgo de sufrir una enfermedad mental que los hombres, sobre todo porque la incidencia de la depresión y los trastornos de ansiedad son mayores en ellas y se presentan en mayor porcentaje, esto se debe a factores del desarrollo como ser las hormonas, edad reproductiva y las sobrecargas laboral, tareas domésticas, así como a vivir una situación de violencia intrafamiliar, siendo las mujeres quienes presentan un mayor número de acontecimientos estresantes (Rodríguez, 2013).

Respecto al rango de edad, se observa mayor presencia de sintomatología de probables trastornos mentales en las personas jóvenes entre edades de 18-30 años y las comprendidas entre 31 -50 años, con un 39% respectivamente. Cabe destacar que en este rango de edad se ubica la

población económicamente activa, lo que podría explicar la presencia de sintomatología de trastornos mentales, considerando que en esta etapa se adquieren compromisos financieros que alteran la salud mental de las personas. Y según el estado civil el mayor porcentaje de probable trastorno mental se manifiesta en los solteros con un 39%.

Otro factor determinante para la conservación de la salud mental o en la aparición de la enfermedad entre sus miembros es la funcionalidad familiar (Louro Bernal, 2003). En esta investigación se encontró que la mayoría de las familias en el departamento de Comayagua son funcionales en un 65,7%, seguido de las moderadamente funcionales con un 25,3% y alrededor del 8% pertenecen a familias disfuncionales, es decir que el 8% de las familias están en crisis y el 25,3% se encuentran en riesgo de caer en ellas.

Al respecto, en una familia disfuncional, si el comportamiento es inadecuado e inmaduro en uno de los padres éste inhibe el crecimiento de la individualidad y la capacidad de relacionarse sanamente, los miembros de la familia ocasionan que los otros integrantes estén enfermos emocional, psicológica y espiritualmente (Pérez & Reinoza, 2011).

En el análisis de resultados con la prueba t, considerando como dato importante la media de la población, se observa que hay diferencias estadísticamente significativas entre la variable de la funcionalidad familiar y la sintomatología de trastornos mentales, encontrando que el grupo de personas con mayor funcionalidad familiar no presentan sintomatología de trastorno mental (59,48). Es decir, que el funcionamiento familiar saludable implica el desarrollo de una dinámica adecuada en la familia, si el sistema familiar cumple plenamente la seguridad económica, afectiva, social, espiritual y de modelos sexuales, genera nuevos individuos en la sociedad en una

homeostasis sin tensión mediante una comunicación apropiada y basada en el respeto de las relaciones intrafamiliares. Sin embargo, la disfuncionalidad familiar se da cuando existe perturbación severa en la comunicación, armonía y otros (Contreras-Palacios, Ávalos-García, Priego Álvarez, Morales-García, & Córdova Hernández, 2013).

La funcionalidad familiar de la población adulta del departamento de Comayagua está basada en las dimensiones medidas por la escala FF-SIL en las cuales la cohesión, afectividad, comunicación y adaptabilidad son estadísticamente significativas, actúan como un factor de protección que ayuda a mantener un buen nivel de funcionamiento de las personas en las familias y en la sociedad.

En conclusión los hallazgos de este estudio demuestran que 5 de cada 10 personas en el departamento de Comayagua presenta sintomatología de trastorno mental y esto tiene implicaciones para los servicios de atención a la población por lo que se debería contar en los centros de salud con personal capacitado en atención a la salud mental, este personal deberá estar preparado para detectar y tratar este tipo de problemas y poder así mismo hacer la referencia apropiada a los servicios de atención especializados en la capital del país para la atención oportuna y su respectivo tratamiento.

A la vez asegurar la apertura de espacios en los Establecimientos de Salud para que se cuente con la asistencia de un psicólogo, así como en los centros educativos, como parte de una prevención y promoción primaria que contribuya al fomento de los hábitos protectores y a la reducción de los comportamientos de riesgo mejorando así la calidad de vida de la población en general (Flórez, 2007).

Aun cuando la salud forma parte del Plan de Nación, Visión de País 2021 donde uno de los objetivos es reducir las inequidades y mejorar la calidad de vida de la población de Honduras (Secretaría de Salud, 2005), y a pesar de que la salud pública es vista como la encargada de proteger y mejorar la salud de las personas, es sumamente preocupante que la prevalencia de estos trastornos se haya elevado tanto y, que al mismo tiempo esté tan oculta. Honduras no cuenta con una red de atención en salud mental por el escaso presupuesto, asimismo, los municipios de Comayagua presentan muy poca accesibilidad a estos servicios. Sumado a todo esto, el programa de salud mental que antes existía desaparece con el nuevo modelo de servicios en salud, es decir, en teoría está implícita la atención primaria salud, sin embargo, en la práctica no se percibe como tal; los encargados de desarrollo organizacional consideran esto.

Otra dificultad que suelen aquejar las personas que presentan sintomatología de trastorno mental, es el estigma y la discriminación que tienden a padecer por parte de sus familiares y allegados, debido al pobre conocimiento y a la falta de conciencia acerca del tema de salud mental, en donde es frecuente observar que se les oculta; por ello resulta propicio brindar psicoeducación desde diferentes etapas de la vida, ya que el cambio de conducta no ocurre de forma continua, sino de una manera secuencial, a través de etapas, considerando que la tarea inicial de las personas es tomar conciencia de la enfermedad para tomar acciones en su conducta (Flórez, 2007).

Conclusiones

Conclusiones

- Los hallazgos de este estudio demuestran que la prevalencia de los trastornos mentales es de 58,7% en el departamento de Comayagua, resultado que está por encima de lo establecido por la OMS (2001), a nivel mundial del 25%; esto se debe probablemente a factores de estrés, inseguridad ciudadana, desempleo, situación de migración etc. que con el tiempo se ha agudizado más la problemática, es decir que 5 de cada 10 personas en el departamento de Comayagua presenta sintomatología de trastorno mental y esto tiene implicaciones para la estructura del sistema de salud.
- El presente estudio encontró que en Comayagua los trastornos mentales más frecuentes son: Estrés postraumático, continuando con Depresión y Ansiedad; en contraposición con Alcoholismo y Epilepsia que presentaron menor prevalencia.
- Los factores sociodemográficos como género femenino, solteros y personas jóvenes son las que presentan más sintomatología de padecer probables trastornos mentales.
- Finalmente, se encontró que la mayoría de las personas estudiadas corresponden a familias funcionales en un 70%, en contraposición, solamente un 5% son disfuncionales. Y, recogiendo lo más importante de esta investigación, este estudio concluye que las personas que presentaron mayor funcionalidad familiar tuvieron menor sintomatología de trastornos mentales, es decir, los que presentaron menor funcionalidad familiar tuvieron mayor sintomatología de trastornos mentales. Esto pone de manifiesto que la funcionalidad familiar está ejerciendo un factor protector determinante en la conservación de la salud mental ayudando a preservarla. Se hace necesario resaltar que este hallazgo reviste notable importancia para el fomento e instauración de un trabajo con modelo de prevención y promoción de salud mental.

Recomendaciones

Recomendaciones

- Primeramente, se considera necesario profundizar una línea de investigación acerca de prevalencia de trastornos mentales en Honduras, sobre todo en los departamentos del país que no han sido estudiados, ya que en la medida en que se logre identificar de forma temprana los factores de riesgo de presentar trastornos mentales, en esa medida se permitirá evitar situaciones de crisis y que se eleve la tasa de prevalencia de trastornos mentales.
- Es indispensable la reorganización y elaboración de nuevas propuestas en salud mental y programas de intervención psico-social para adoptar políticas eficaces en la toma de decisiones que garanticen un abordaje integral de la salud, con atención descentralizada, participativa y preventiva a favor de las comunidades, especialmente a las más vulnerables.
- Asimismo, es importante seguir estudiando y profundizar en la investigación en relación con funcionalidad familiar y con otras variables. Es recomendable hacer estudios comparativos en torno a factores sociales, culturales y demás elementos en relación con la presencia de trastornos mentales. Honduras es diverso y es necesario identificar los procesos, mecanismos y diferencias que pueden estar relacionadas.
- Es preciso avanzar en la implementación de más y diversas propuestas metodológicas y teóricas para el trabajo preventivo, terapéutico y psicoeducativo en el país. Construir trabajos multidisciplinarios que desarrollen propuestas para contextos de diversidad sociocultural.
- Se advierte la enorme importancia que reviste esta investigación, ya que no existen otros estudios recientes de esta magnitud. Es imperativo divulgar propositivamente los resultados y trasladarlo fundamentalmente a los entes gubernamentales, especialmente a los gestores de

salud, de manera que este estudio no duerma el sueño de los justos; es menester que salga a la luz y que no descansa en un anaquel como una tesis más.

- Es indispensable que los tomadores de decisiones del Estado no solo conozcan, sino que, sobre todo, tomen conciencia acerca de esta realidad nacional, por consiguiente, es importante tomar acciones con convicción, haciendo hincapié en la importancia que reviste reforzar y edificar las fortalezas que presenta la familia hondureña, considerando la funcionalidad familiar como un factor protector para preservar la salud mental.
- El quehacer de la universidad no puede quedar en la epidermis, debe traspasar todas las fronteras como encargada de construir sabiduría y gestora del conocimiento científico, en tal sentido, la academia no debe quedarse como espectadora, por ello se recomienda que también construya puentes, es vital tender un puente hacia los gestores de salud, hacer una conexión directa con los tomadores de decisiones, persuadirlos acerca de la importancia de impulsar acciones en base al conocimiento.
- Las afirmaciones anteriores sugieren que se conforme una comisión que se encargue de llevar a cabo las propuestas antes mencionadas. Dicho de otro modo, se recomienda formular un comité o un grupo de personas idóneas, actores clave, para que se encargue de transmitir propositivamente los resultados de este estudio a las autoridades de gobierno encargadas de la salud.
- Tomando en consideración lo antes mencionado, es clave formular propuestas de políticas públicas al gobierno, particularmente a la Secretaría de Salud, Secretaría de Educación y Secretaría de Desarrollo e Inclusión Social, que contemple desarrollar de manera integral el

tema de salud mental, haciendo hincapié en los factores protectores, reforzando fortalezas y afianzando así el tejido social de la población nacional.

- Es fundamental que se incorpore con mayor importancia el trabajo multidisciplinario con el equipo de salud y también los diferentes actores de la sociedad, de manera que asuman compromisos como una apuesta política a desarrollarse desde los espacios de incidencia social, cultural y política.
- Se recomienda impulsar desde la Secretaría de Educación, Secretaría de Salud y Secretaría de Desarrollo e Inclusión Social, programas enfocados en la institución de la familia, como eje central de la sociedad; con el fin de que se refuercen factores protectores desde el hogar, tales como la unidad familiar, armonía, afectividad, comunicación, cohesión, adaptabilidad, permeabilidad y definición de roles, para fortalecer un buen funcionamiento familiar.
- Finalmente, se recomienda hacer énfasis en los modelos de promoción y prevención de salud mental, haciendo hincapié en la promoción del bienestar, a través de programas dirigidos sobre todo a los más jóvenes. Modelos que contribuyan al fomento de hábitos protectores y a la reducción de comportamientos de riesgo, mejorando así la calidad de vida de la población hondureña. El modelo de prevención y promoción tiene muchas ventajas, ya que permite menor sufrimiento y menor costo y tiempo de tratamiento y rehabilitación de personas afectadas, al mismo tiempo se abarca una población ilimitada que cruza fronteras y se logra fortalecer el tejido social a gran magnitud.

Referencias Bibliográficas

Referencias bibliográficas

- Accortt, E. A. (2007). Women and major depressive disorder: clinical perspectives on causal pathways. *Journal of Women's Health, 17*(10), 1583-1590.
- Ackerman, N. (1982). *Diagnóstico y tratamiento de las relaciones familiares*. Buenos Aires, Argentina: Horm.
- Ardila. (2009). El apoyo familiar como uno de los pilares de la reforma de la atención psiquiátrica consideraciones desde una perspectiva psicosocial. *Revista Colombiana de Psiquiatría, 38*(1), 114-125.
- Arriagada, I. (1997). *Políticas sociales, familiares y trabajo en la América Latinas de fin de siglo, Serie políticas sociales*. Santiago de Chile: CEPAL.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. Washington: Arlington.
- Bedoya Lau, S., Perea Paz, M., & Ormeño Martínez, R. (2006). Evaluación de niveles, situaciones generadoras y manifestaciones de estrés académico en alumnos de tercero y cuarto año de una Facultad de Estomatología. *Revista Estomatología Herediana, 16*(1), 15-20.
- Bernal, I. L., Infante Pedreira, O., De la Cuesta Freijomil, D., Pérez González, E., González Benitez, I., Pérez Pileta, C., ... Tejera Villarreal, G. (2002). *Manual para la intervención en la salud familiar* (Vol. 1). (C. Médicas, Ed.) La Habana, Cuba, La Habana: Ciencias Médicas.
- Borsotti, C. (1978). *Notas sobre la familia como unidad socioeconomica* (Vol. 2). Santiago: CEPAL.
- Bowen, M. (1998). *De la familia al individuo*. Barcelona: Paidós.
- Carter, E., & McGoldrick, M. (1989). *The Changing Family Life cycle*, Allyn y Bacon. Boston.
- Chirinos-Flores, A., Munguia-Matamoros, A., Lagos-Velásquez, A., Salgado-David, J., Reyes-Ticas, A., Padgett-Moncada, D., & Donaire-Garcia, I. (2002). Prevalencia de trastornos Mentales en la población mayor de 18 años en 29 comunidades urbanas de Honduras, 2001. *Revista Médica Postgrado UNAH, 7*(1), 42-48.
- Congreso Nacional de Honduras. (2010). *Visión de País 2010 – 2038 y Plan de Nación 2010-2022. Visión de País 2010 – 2038 y Plan de Nación 2010-2022*, 177. Tegucigalpa, Honduras, Honduras: Diario Oficial La Gaceta.

- Constitución de la República de Honduras. (1982). Artículo 145. *Constitución de la República de Honduras*, 172. Tegucigalpa, Honduras, Honduras: La Gaceta.
- Contreras et al. (2013). Síndrome de Burnout, funcionalidad familiar y factores relacionados en personal médico y de enfermería de un Hospital de Villahermosa, Tabasco, México. *Salud Pública, Horizonte Sanitario*, 12(2), 43-45.
- Contreras-Palacios, S., Ávalos-García, M. I., Priego Álvarez, H. R., Morales-García, M. H., & Córdova Hernández, J. A. (2013). Síndrome de Burnout, funcionalidad familiar y factores relacionados en personal médico y de enfermería de un hospital de villa hermosa. *Revista de salud pública horizonte sanitario*, 12(2), 48-49.
- De la Cuesta Freijomil, D., Pérez González , E., & Louro Bernal, I. (1994). *Funcionamiento familiar. Construcción y validación de un instrumento* . La Habana: Facultad Salud Pública.
- Duriez, M., López , V., & Moncada, G. (2016). *Educacion superior en Iberoamerica*. Tegucigalpa: Universia.
- Eguiluz, L., Robles, A., Rosales, J., Ibarra, A., Córdova , M., Gómez, J., & Gonzáles, A. (2003). *Dinamica de la familia: Un Enfoque Psicológico Sistémico*. Mexico: PAX Mexico.
- El Heraldo. (26 de Julio de 2015). tres municipios tienen el 40% de homicidios en Honduras. *El heraldo*.
- Espina, A. (2010). *Manual de evaluación familiar y de pareja*. Madrid, España, España: CCS.
- Espinal, I., Gimeno, A., & González, F. (2006). El enfoque sistémico en los estudios sobre la familia. *Revista Internacional de sistemas*, 14, 21-34.
- Fernández Moya, J. (2006). *En busca de resultados: una introducción a las terapias sistémicas*. Argentina: Universidad Aconcagua.
- Fishman, C., & Rosman, B. (1998). *El cambio familiar; desarrollo y modelos*. Buenos Aires: Gedisa.
- Flores Fonseca, M. A. (2003). *Hogares y familias en Honduras*. UNAH, Francisco Morazán. Tegucigalpa: universitaria. Obtenido de <https://poblacionydesarrolloenhonduras.files.wordpress.com/2011/03/hogares-y-familias-1988-2001.pdf>
- Flores, J. (2017). En 2017: Deportados más de ocho mil hombres, la mayoría padres de familia. *El Heraldo*, pág. 2.
- Flórez, L. (2007). *Psicología social de la salud: Promocion y prevencion*. Bogotá: El Manual Moderno.

- Fuentes, A., & Merino, J. (2003). Validación de un instrumento de funcionalidad familiar (Tesis para obtener el grado de Magister en Investigación Social y Desarrollo en la Universidad de Concepción-Chile) Recuperada de <http://www.ucb.edu.bo/publicaciones/ajayu/v14n2/v14n2a3.pdf>
- Haley, J. (2002). *Terapia para resolver problemas. nuevas estrategias para una terapia familiar eficaz*. Buenos Aires: Amorroutu editores.
- Hernández, A., Beuring, T., Berner, E., Blum, R., Florenzano, R., Lammers, C., . . . Valdés, M. (2005). *Familia y adolescencia: Indicadores de salud. Manual de aplicacion de instrumentos*. Washintong: Kellogg Foundation.
- Hernández, A., Beuring, T., Berner, E., Blum, R., Florenzano, R., Lammers, C., . . . Valdes, M. (1996). *Familia y adolescencia indicadores de salud*. Washington: Kellogg,W.K., Foundation.
- Hernández, C., & Malta, J. (diciembre de 2014). La relación entre el nivel de pobreza, la tasa de analfabetismo y el ingreso per capita. *Portal de la ciencia*(7), 131-152.
- Organización Mundial de la salud, IESM-OMS. (2009). *Informe sobre los sistema de salud mental en centroamerica y república dominicana*. Panamá: OPS/OMS.
- Instituto Nacional de Estadística, INE. (2016). *Encuesta Permanente de Hogares de Propósitos Múltiples*. Recuperado el 12 de septiembre de 2016, de www.ine.gob.hn: <http://www.ine.gob.hn/index.php/25-publicaciones-ine/87-encuesta-permanente-de-hogares-de-propositos-multiples-ephpm>
- Instituto Nacional de Estadística, ENDESA (2012). *Encuesta nacional de demografía y salud*. Honduras: Calverton.
- Instituto Nacional de Estadística. (2003). *Perfil sociodemográfico, análisis de datos*. Tegucigalpa.
- Instituto Nacional de Estadística. (2012). *Análisis de datos; perfil sociodemogáafico*. Tegucigalpa; Honduras.
- Instituto Universitario de democracia, Paz y Seguridad, IUDPAS (2016), Observatorio de la Violencia de la Universidad Nacional Autonoma de Honduras, UNAH, Boletín octubre 2016.
- Irigoyen, A. (1998). *Diagnósticos de salud familiar, en Irigoyen: Fundamentos de medicina familiar* (Vol. 2). México: México.

- La estrella de Panamá. (viernes de abril de 2014). Honduras, el país más violento del mundo. *Internacional, América*, pág. 23.
- Lewinsohn, P. M., Hyman, Roberts, R. E., Seeley, J. R., & Andrews, J. A. (1993). Adolescent psychopathology: I. Prevalence and incidence of depression and other DSM -III-R disorders in high school students. *Journal of Abnormal Psychology*, 102(1), 133-144.
- López, S. (2000). *Validación de la prueba de funcionamiento familiar a escala comunitaria*. Facultad Calixto García.
- Louro Bernal, I. (2003). La familia en la determinación de la salud. *Revista cubana Salud Pública*, 29(1), 48-51. Obtenido de http://scieo.sld.cu/scielo.php?scrip=sci_arrtxt
- Mapa de Comayagua. (2016). *Mapa de Comayagua, Comayagua*. Obtenido de <https://www.google.com/maps/place/Comayagua/@14.4438197,-87.7340507,12z/data=!3m1!>
- Mercaeí. (Diciembre de 2011). *Encuesta nacional sobre la dinámica familiar en México*. Obtenido de <http://www.dif.gob.mx/diftransparencia/media/encuestanaldinamfamiliaramex2011.pdf>
- Messenger, T., Zapata, J., & Semenova, N. (2015). Conceptualización de ciclo vital familiar: una mirada a la producción durante el periodo comprendido entre los años 2002 a 2015. *Revistas Científica de América Latina, El Caribe, España y Portugal*, 8(2), 103-121.
- Ministerio de Salud de Colombia, FES SOCIAL. (2005). *Estudio nacional de salud mental*. Colombia: Graficas Ltda.
- Minuchin, S. (2003). *Familia y terapia familiar* (8 ed.). Barcelona: Gedisa, S.A.
- Molina Cruz, L., & Tulio Hernández, M. (enero-diciembre de 2003). Prevalencia e incidencia de las epilepsias en Honduras. *Revista Médica Postgrado de Neurología UNAH*, 8(1 al 3), 45-52.
- Moncada, G. (2016). Prevalencia de trastornos mentales en estudiantes universitarios. *Revista de las Ciencias Sociales UNAH*, 2, 41-50.
- Morales, P. (2012). *Estadística aplicada a las ciencias sociales*. Madrid: Universidad de Pontificia.
- Munguía, A., Chirinos, A., Lagos, A., Jessica, S., Padgett, D., & Reyes, A. (Agosto de 2011). Prevalencia de trastornos de estrés postraumático en la población de Morolica a los 9 meses del huracán Mitch. *Revista Hondureña de postgrado de Psiquiatría*, 8-19.

- Navarro Bometón, M. J. (2016). *De hospitales para el alma, dispositivos de poder: Arquitectura en las Instituciones psiquiátricas Aragonesas* (. Facultad de Geografía e Historia. Aragonza: Facultad de Geografía e Historia. doi:<http://e-spacio.uned.es/fez/view/tesisuned:GeoHis-Mjnavarro>
- Núñez, M. (2009). Psicopatología y delincuencia; implicaciones en el concepto de imputabilidad. *Revista electrónica de ciencia penal y criminología*, 11(2), 21-27. Recuperado el miércoles de enero de 2017, de <http://crimineugr.es/recpc/11/recpc11-r2.pdf>
- Ochoa de Alda, I. (1995). *Enfoques en terapia familiar sistémica*. Barcelona: Herder.
- Ochoa, E. (2012). *La importancia del entorno familiar desde el enfoque sistémico*. Barcelona: Paidós.
- Olson, (1985). FACES III. (y. Olson, Ed.) *University of Minnesota, St. Paul, MN*.
- Organización Mundial de la Salud, OMS. (2001). *Informe sobre la salud en el mundo 2001: Salud mental ; nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud,1211.
- Organización Mundial de la Salud, OMS. (2006). *¿Cuáles son los primeros signos de los trastornos mentales? Preguntas y respuestas*. Recuperado el 15 de diciembre de 2016, de <http://www.who.int/features/qa/38/es/index.html>.
- Organización Mundial de la Salud, OMS. (2008). *Informe sobre el Sistema de Salud Mental en Honduras- IESM*. OPS/OMS.
- Organización Mundial de la Salud, OMS. (2013). *Carga mundial de trastornos mentales y necesidad de que el sector salud y el sector social respondan de modo integral y coordinado a escal de país*. Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud, OMS. (2013). *Informe sobre salud en el mundo 2013-2020: investigaciones para una cobertura sanitaria universal*. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud, OMS. (2013). *Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020*. Organización Mundial de la Salud. Ginebra: OMS. doi:ISBN 978 92 4 350602 9
- Organización Mundial de la Salud, OMS. (2016). *La inversión en el tratamiento de la depresión y la ansiedad tiene un rendimiento del 40%*. Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/depression-anxiety-treatment/es/>:
<http://www.who.int>

- Organización Panamericana de la Salud, OPS. (2009). *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe*. Washington D.C.: OPS. Recuperado el 4 de marzo de 2016, de [infocop.es/view_article.asp?id=2038: http://www.infocoponline.com](http://www.infocoponline.com)
- Organización Panamericana de la Salud, OPS. (2016). *Género y envejecimiento*. Obtenido de: http://www.Who.int/ageing/global_movement
- Organización Panamericana de la Salud, OPS. (2009). *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe*. Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- Ortega Alvelay, A., Fernández Vidal, A. T., & Osorio Pagola, M. F. (julio-agosto de 2003). Funcionamiento familiar : su percepción por diferentes grupos generacionales y signos de alarma. *Revista Cubana Medicina General Integral*, 19(4), 538-41. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252003000400002
- Ortiz Gómez, M., Louro Bernal, I., Jiménez Cangas, L., & Silva Ayzaguer, L. C. (1999). La salud familiar. Caracterización en un área de salud. *Revista Cubana Medicina General Integral*, 15(3), 303-309.
- Paz Fonseca, A., Moneada Landa, R., Sosa Mendoza, C., Romero , M., Murcia , H., & Reyes Ticas , A. (1999). Prevalencia de trastornos mentales en la comunidad de Villa Nueva , región Metropolitana. *Revista Hondureña de Postgrado de Psiquiatría UNAH*, 4(1), 74-85.
- Pérez Milena, A., Pérez Milena, R., Martínez Fernández , M. L., Leal Helmling, J., Mesa Gallardo, I., & Jiménez Pulido, I. (2007). Estructura y funcionalidad de la familia durante la adolescencia: relación con el apoyo social, el consumo de tóxicos y el malestar psíquico. *Revista Elsevier*, 39(2), 61-65.
- Pérez, A., & Reinoza, M. (2011). El educador y la familia disfuncional. *Educacere: Revista Venezolana de Educación*, 15(52), 19-25.
- Pérez, D. G. (2012). *Estado nutricional del adulto mayor y su funcionalidad familiar en los pacientes que acuden a la unidad de medicina familiar 220 del IMSS, Toluca México en el año 2012*. Tesis, Toluca. Obtenido de [file:///C:/Users/titoe/Downloads/funcionamiento%20familiar%20adulto%20mayor%20alli%20reporte%20del%20FF-SIL%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/titoe/Downloads/funcionamiento%20familiar%20adulto%20mayor%20alli%20reporte%20del%20FF-SIL%20(3).pdf)
- Pérez, G. E., Freijomil, D. d., Louro Bernal, I., & Bayarre, V. H. (12 de mayo de 2015). Funcionamiento familiar. Construcción y validación de un instrumento. *Ciencias de la salud humana*, 4(1), 63-66. Recuperado el 7 de abril de 2017, de CIENCIA ergo-sum: CIENCIA ergo-sum, 4(Recuperado de <http://cienciaergosum.uaemex.mx/index.php/ergosum/article/view/4004>

- Ramos-Lira, Luciana. (2014). ¿Por qué hablar de género y salud mental?. *Salud mental*, 37(4), 275-281. Recuperado en 29 de agosto de 2018, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252014000400001&lng=es&tlng=es.
- Restrepo, D. A. (mayo - agosto de 2012). Concepciones de salud mental en el campo de la salud pública. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 30(2), pp. 202-211. Obtenido de <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12023918009>>ISSN 0120-386X: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12023918009>>ISSN 0120-386X
- Rios, J. (2005). *Los ciclos vitales de la familia y la pareja ¿ Crisis u oportunidades?* Madrid: CCS.
- Rodrigo López, M. J., & Palacios, J. (1998). *La familia como contexto de desarrollo humano* (Vol. 2). Madrid: Alianza editorial,S.A.
- Rodríguez, J. A. (26 de 05 de 2013). Obtenido de Eroski Consumer. Obtenido de La salud mental de la mujer: <http://www.consumer.es/web/es/salud/prevencion/2013/05/26/216742.php>
- Sandoval, N. (23 de noviembre de 2014). Honduras:600 mil mujeres son jefas de familia. *Diario El Heraldo*, pág. 17.
- Santos, G., Pizzo, M., Saragossi, C., Clerici, G., & Krauth, K. (2009). La relación adulto-niño y las dinámicas familiares en una investigación sobre la recepción y apropiación de mensaje. *17*.
- Satir, V. (2002). *Nuevas relaciones humanas en el nucleo familiar*. México: Pax Mexico, libreria Carlos Cesarman.
- Secretaría de relaciones exteriores y cooperación internacional, CONMIGHO. (2017). Deportados en Honduras, Observatorio consular y migratorio de Honduras. Tegucigalpa, Distrito Central, Honduras.
- Secretaria de Salud. (2012). *Perfil epidemiológico de la salud mental en México*. México: Inner traditions en Español Rochester.
- Secretaría de Salud. (2013). *Modelo Nacional de Salud*. Recuperado el 5 de julio de 2016, de Modelo Nacional de Salud: http://www.nationalplanningcycles.org/sites/default/files/planning_cycle_repository/honduras/modelo_nacional_de_salud_secretaria_de_salud_mayo_2013_version_21-05-13.pdf
- Secretaría Salud. (2005). *Plan nacional de salud 2021*. Tegucigalpa: Despacho de salud.

- Slaikueu, A., & Chavez Mejía, M. (2000). *Intervención en crisis: Manual para práctica e investigación*. México: El Manual Moderno.
- Tejada, M. (2012). Variables sociodemográficas según turno escolar en un grupo de estudiantes de educación básica. *Revista Pedagogía*, 33(92), 32-40.
- Thomas, J., & Bargada, M. (2002). *Valoración de la familia en situaciones de crisis*. Recuperado el 01 de febrero de 2017, de Familianovaschola: centrlondres94.com/files/valoracion_familia_situacion_crisis_pdf
- Tobón Marulanda, A., López Giraldo, L., & Ramírez Villegas, J. (2013). Características del estado de salud mental de jóvenes en condiciones vulnerables. *Cubana de salud pública*, 39(3), 462-473.
- Ubilla, E. (2009). El concepto de salud mental en la obra de Erich Fromm. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 47 (2): 153-162. doi:<http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272009000200008>
- Ubilla & Enrique. (2009). El concepto de salud mental en la obra de Erich Fromm. *Chilena de neuro-psiquiatría*, 47(2), 153-162. Obtenido de www.sonepsyn.cl
- Uclés, J. (05 de septiembre de 2016). *Noticias online diario la tribuna*. Recuperado el 05 de octubre de 2016, de <http://www.latribuna.hn/2016/09/05/>
- World Health Organization, WHO. (2003). *Strengthening mental health promotion*. Geneva: Factsheet.
- Zimmerman, M., McDermeut, W., & Mattia, J. (2000). Frequency of anxiety disorders in psychiatric outpatients with major depressive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 157(8), 1377-1340.

Anexos

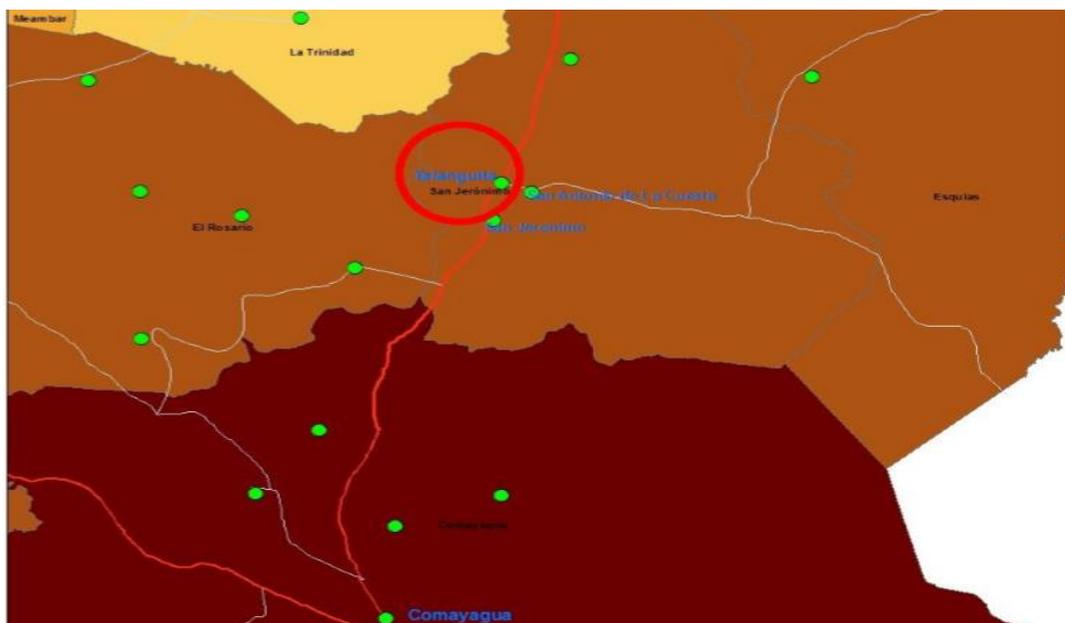


Figura 12. Selección de casas consultadas.

(Google, 2016)

Fuente: Adaptación de mapa en base a datos demográficos del INE, año 2016.

Anexo 3

Hoja de registro y control de aplicación de encuestas según rangos de edad y género.

N°	18-30 años		31-50 años		50 en adelante	
	H.	M	H	M	H	M
1						
2						
3						
4						
.						
.						
50						

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

Anexo 4. Prueba SQR



INSTRUCCIONES

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

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

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

Anexo 5. Escala De Funcionamiento Familiar

FF-SIL

INSTRUCCIONES

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

Casi nunca (1) Pocas veces (2) A veces (3) Muchas veces (4) Casi siempre (5)

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

Anexo 6. Glosario

Ansiedad:

Síntomas ansiosos inespecíficos que podrían ser cefaleas frecuentes, trastornos del sueño, temor fácil, temblor, nervios, tensión o aburrimiento, problemas digestivos, dificultad para pensar, sensaciones estomacales desagradables y fatiga sin explicación. Los datos de prevalencia indican que en Latinoamérica se puede hablar de un 8.9% (Organización Panamericana de la Salud OPS, 2009).

Abuso de sustancias psicoactivas:

Se consideran trastornos mentales y conductuales por consumo de sustancias psicoactivas como los opioides, heroína, marihuana, sedantes e hipnóticos, cocaína, otros estimulantes, alucinógenos, tabaco y disolventes volátiles

Depresión:

Es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastorno del sueño o del apetito, sensación cansancio y falta de concentración debido a situaciones de estrés como la pérdida de un familiar, pérdida de empleo y desastres naturales (OMS, 2013).

Dependencia de alcohol:

Es la incapacidad para dejar de beber aun deseándolo, las dificultades en el trabajo o en el estudio a causa de la bebida, involucrarse en riñas por causa de la bebida o estando embriagado y la opinión personas de estar teniendo exceso de bebida (OMS, 2001).

Dinámica familiar:

“La familia es un conjunto organizado e interdependiente de personas constante interacción, que se regula por unas reglas y por funciones dinámicas que existen entre sí y con el exterior (Minuchin, 2003).

Epilepsia:

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

Estrés Postraumático:

Es la reacción emocional de la persona y no tanto el evento traumático, no es el tipo de suceso, sino la reacción de la víctima acción emocional experimentada implica una respuesta intensa de miedo, horror o indefensión (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

Familia:

La Organización Mundial de la Salud (2009), define a la familia como “los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio...”.

Funcionamiento familiar:

Implica el desarrollo de una dinámica adecuada en la familia, si el sistema familiar cumple plenamente la seguridad económica, afectiva, social, espiritual y de modelos sexuales genera nuevos individuos en la sociedad en una homeostasis sin tensión mediante una comunicación apropiada y basada en el respeto de las relaciones intrafamiliares; sin embargo, la disfuncionalidad familiar se da cuando existe perturbación severa en la comunicación, armonía y otros (Contreras-Palacios, Ávalos-García, Priego Álvarez, Morales-García, & Córdova Hernández, 2013).

Salud mental:

Estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades». Estando está relacionada con la promoción del bienestar, la prevención de trastornos mentales y el tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas por dichos trastornos (OMS, 2013).

Tamizaje: es un estudio rápido, fácil (al utilizar instrumentos más cortos, pero menos precisos), que muestra síntomas de fenómenos y no diagnósticos.

Trastorno mental (TM): es un síndrome o un patrón comportamental o psicológico de significación clínica, que aparece asociado a un malestar, a una o a un riesgo significativamente

aumentado de morir o de sufrir, este síndrome o patrón no debe ser meramente una respuesta culturalmente aceptada a un acontecimiento particular, debe considerarse como la manifestación individual de una disfunción comportamental, psicológica o biológica. Los TM son una clasificación categorial no excluyente, basada en criterios con rasgos definitorios. Admiten que no existe una definición que especifique adecuadamente los límites del concepto, y que se carece de una definición operacional consistente que englobe todas las posibilidades. Un trastorno es un patrón comportamental o psicológico de significación clínica que, cualquiera que sea su causa, es una manifestación individual de una disfunción comportamental, psicológica o biológica.

Anexo 7. Consentimiento informado



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 la Prevalencia de los Trastornos Mentales y su relación con la Funcionalidad Familiar en 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.

Esta se realiza debido a la alta demanda en la atención a personas con trastornos mentales en los diferentes hospitales y clínicas del país. 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 mi salud.

Firma del participante: _____

Fecha: _____ Huella _____