



**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  
Condición Laboral en adultos de 4 comunidades del Distrito Central,  
Francisco Morazán, Honduras, 2016**

Presentada por:

**Danellia Paola Martínez Salgado**

Previa opción al Título de Máster en Psicología Clínica

Asesor Metodológico:

**PhD. German Moncada**

Asesor Temático:

**MSc. Fabio Andrade**

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

13 de marzo de 2019

## **Autoridades Universitarias**

Dr. Francisco Herrera  
Rector Interino

Máster Belinda Flores  
Vice-Rectora Académica

Abogada Emma Virginia Rivera Mejía  
Secretaria General

Máster Magda Elsy Hernández  
Directora de Docencia

Doctor 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

## Resumen

Se realizó un estudio de la prevalencia *de trastornos mentales (TM) en relación con la condición laboral en población adulta de cuatro comunidades del Distrito Central*. Se utilizaron dos instrumentos: SRQ que permitió hacer un tamizaje de sintomatología de trastornos mentales y la Encuesta de Condición Laboral Trabajo y Desempleo. La muestra poblacional fue de 300 adultos: en zona urbana, los que se ubicaron en los cuatro cuadrantes de la ciudad, 75 en cada uno. Los resultados indicaron que el 51% de la población presenta sintomatología de *trastornos mentales*, siendo los más prevalentes: el *Estrés Postraumático*, seguido de la *Ansiedad* y la *Depresión*.

En relación a las variables sociodemográficas, se encontró que las mujeres y los adultos mayores son los más vulnerables de ser afectados, determinado por una serie de factores psicosociales, como realidad de país en la cual se experimenta falta de: seguridad económica, igualdad de oportunidades y justicia social.

La condición laboral incide de manera significativa en la salud mental de la población, a mayor cantidad de desempleo, mayor prevalencia de trastornos mentales.

Palabras claves: prevalencia, trastornos mentales, condición laboral, trabajo, desempleo

## **Abstract**

A study of the prevalence of mental disorders (TM) was carried out in relation to the working condition in the adult population of four communities in the Central District of the department of Francisco Morazán, Honduras. Two instruments were used: SRQ that allowed a screening of symptoms of mental disorders and the Labor Condition and Unemployment Survey. The population sample was 300 adults: in urban areas, those located in the four quadrants of the city, 75 in each one. The results indicated that 51% of the population presents symptoms of mental disorders, being the most prevalent: Posttraumatic Stress, followed by Anxiety and Depression. Regarding sociodemographic variables, it was found that women and older adults are the most vulnerable to be affected, determined by a series of psychosocial factors, such as country reality in which there is a lack of: economic security, equality of opportunities and social justice. The labor condition has a significant impact on the mental health of the population, the greater the amount of unemployment, the higher the prevalence of Mental Disorders.

Key words: prevalence, mental disorders, work condition, work, unemployment.

## **Dedicatoria**

Dedico éste trabajo en primer lugar a Dios, nuestro Padre celestial por su providencia Divina y su infinito amor, porque en momentos de flaqueza me ha levantado e impulsado a continuar. A mis amados padres que desde el cielo me envían su amor y fortaleza y han sido mi inspiración en lograr éste triunfo. A mi amada Carolina Cáceres por su apoyo incondicional y ayuda presta en todo momento. A mis hermanas por su amor filial y palabras de ánimo.

## **Agradecimientos**

Agradezco a Dios nuestro Divino creador que con su infinito amor me ha guiado en este proceso.

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

A la Dra. Vilma Escoto por sus detalles, palabras de aliento y acompañamiento en toda la maestría.

Al Dr. German Moncada por sus oportunos aportes a nuestro conocimiento académico.

Al MSc. Fabio Andrade por su asesoría, su calidad humana demostrada en cada encuentro y su comprensión en momentos de silencio.

A mis queridas compañeras del grupo que conformamos en la maestría por su amistad, ayuda, y apoyo incondicional Fabiola Soto Carvo, Gloria Tábor, Rosa Martínez, Suguey Valladares e Ilce Pérez.

## Índice de contenido

Resumen.....	III
Abstract.....	IV
Dedicatoria.....	V
Agradecimientos.....	VI
Introducción.....	1
Capítulo I: Planteamiento del Problema.....	4
1. Tema.....	4
1.1 Situación Problemática.....	4
1.2 Objetivo General.....	6
1.3 Objetivos Específicos.....	7
1.4 Preguntas problemas de investigación.....	7
1.5 Justificación.....	8
Capítulo II: Marco Contextual.....	11
2.1 Contexto de país.....	11
2.2 Caracterización del Municipio del Distrito Central.....	16
Capítulo III: Marco Teórico.....	21
3.1 Salud Mental.....	21
3.2 Trastorno Mental.....	23
3.3 Problemática de salud mental a nivel mundial.....	25

3.4 Factores y consideraciones sobre la salud mental .....	28
3.5 Salud Mental en América Latina y el Caribe .....	44
3.6 Historia de la Salud Mental en Honduras .....	46
3.7 Estudios sobre prevalencia de trastornos mentales en Honduras .....	52
3.8 Condición Laboral.....	57
3.8.1 Trabajo .....	57
3.8.1.2 Factores Psicosociales del Trabajo .....	59
3.8.2 Trabajo y salud mental .....	60
3.8.3 Desempleo y salud mental.....	63
3.8.4 Problemática de la condición laboral a nivel mundial .....	65
3.9 Condición laboral en Honduras.....	66
Capítulo IV: Metodología.....	69
4.1 Tipo de Investigación .....	69
4.2 Participantes, población y muestra.....	69
a. Caracterización de la población.....	69
b. Marco poblacional .....	69
c. Muestreo .....	70
d. Caracterización de la muestra .....	75
4.3 Hipótesis, variables e indicadores .....	76
4.3.1 Hipótesis .....	76



4.3.2 Operacionalización de variables .....	79
4.4 Técnicas de recolección de datos .....	81
4.4.1 Escala SRQ.....	82
4.4.2 Encuesta sobre condición laboral, trabajo y desempleo .....	88
4.5 Procedimiento.....	90
Capítulo V: Resultados de la investigación .....	93
5.1 Prevalencia de trastornos mentales en relación con la condición laboral .....	93
5.1.1 Trastornos mentales específicos y la condición laboral .....	94
5.2 Prevalencia global de trastornos mentales .....	95
5.2.1 Trastornos mentales de mayor prevalencia en la población adulta de cuatro comunidades del municipio del Distrito Central. ....	96
5.3 Comorbilidad global de trastornos mentales en la población adulta de cuatro comunidades del Distrito Central.....	97
5.3.1 Comorbilidad de Trastornos específicos en la población estudiada.....	98
5.4 Trastornos mentales según sexo en la población adulta de cuatro comunidades del Distrito Central.....	99
5.4.1 Trastornos Mentales según estado civil.....	99
5.4.2 Trastornos mentales según rangos de edad.....	100
5.4.3 Trastornos mentales según escolaridad .....	101
Capítulo VI: Discusión .....	104

Conclusiones .....	114
Recomendaciones .....	117
Referencias Bibliográficas .....	120
Anexos .....	128
ENCUESTA SOBRE CONDICIÓN LABORAL: TRABAJO Y DESEMPLEO .....	132

## **Índice de tablas**

Tabla 1. Aspectos relativos a la salud mental en el mundo .....	28
Tabla 2. Muestreo proporcional para Poblaciones Infinitas .....	70
Tabla 3. Cuadrantes a muestrear .....	72
Tabla 4: Caracterización de la muestra total.....	75
Tabla 5: Operacionalización de variables .....	79
Tabla 6: Resultados aplicación curva de ROC .....	88
Tabla 7. Condición laboral y prevalencia de trastornos mentales .....	93
Tabla 8. Relación condición laboral y ansiedad y drogadicción .....	95
Tabla 9. Comorbilidad de trastornos específicos .....	98

## Índice de Figuras

Figura 1. Modelo de salud mental en el contexto laboral .....	62
Figura 2. Mapa de cuadrantes para aplicación de instrumentos. ....	71
Figura 3: Cuadrante I - Colonia La Travesía .....	72
Figura 4: Cuadrante II – Colonia Cerro Grande .....	73
Figura 5: Cuadrante III– Colonia Flor del Campo <sup>3</sup> .....	73
Figura 6: Cuadrante IV – Colonia Villa Nueva .....	74
Figura 7. Trastornos mentales específicos y la condición laboral .....	94
<i>Figura 8. Prevalencia global de trastornos mentales en cuatro comunidades del Distrito Central.....</i>	<i>96</i>
Figura 9. Trastornos mentales de mayor prevalencia en cuatro comunidades del Distrito Central.....	97
Figura 10. Comorbilidad global de trastornos mentales. ....	98
<i>Figura 11. Trastorno mental según sexo .....</i>	<i>99</i>
Figura 12. Trastornos mentales según estado civil. ....	100
Figura 13. Trastornos mentales según rangos de edad.....	101
Figura 14. Trastorno mental según escolaridad. ....	102

## Introducción

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

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

El presente estudio da a conocer la prevalencia de trastornos mentales en relación con la condición laboral, dicho estudio se realizó con población adulta de cuatro comunidades del Distrito Central, municipio de Francisco Morazán.

Actualmente Honduras atraviesa por una crisis económica de gran impacto donde las fuentes de trabajo son escasas y los índices de desempleo son elevados, lo cual afecta la salud mental de la población en general.

Según datos de la Organización Internacional del Trabajo OIT (2016) La tasa más alta de desempleo para Latinoamérica en 2016 la registró Brasil con 11,3%, seguido de Colombia con 9,6% y Costa Rica con 9,5%. Argentina sigue en la lista con 9,3% y precede a Paraguay que tuvo un índice de 8,3% y **Honduras posee un 7.4%**. Todos estos países estuvieron por

encima de la tasa promedio para la desocupación en la región. El desempleo más bajo se presentó en Guatemala (3,1%), México (4%) y Perú (4,4%).

El estudio se centra en los efectos que la condición laboral, el trabajo y el desempleo tienen en el estado de salud mental de la población adulta de cuatro comunidades del Distrito Central.

En nuestra época actual no tan sólo ejercer una actividad laboral supone una gran importancia sino que la ausencia del ejercicio de éste tiene como efecto la aparición de alteraciones en la salud mental. Asimismo la posibilidad contraria, la actividad laboral puede implicar diversos factores estresantes que desencadenen afecciones en la salud mental de la población económicamente activa de nuestro país.

Los hallazgos de este estudio son de gran relevancia ya que están sustentados en la investigación científica y muestra datos e información que serán de gran utilidad para las autoridades del país en la toma de decisiones orientado a la salud y la salud mental de la población.

La investigación contiene una descripción detallada de la situación problemática actual en el tema de la condición laboral y salud mental de los habitantes de cuatro comunidades del Distrito Central; los objetivos del estudio que tiene un alcance a nivel descriptivo; los aspectos relevantes que indican la importancia de la investigación; la sustentación teórica que a través de otros estudios realizados aportan a la temática; la metodología utilizada para obtener los resultados, se indica la muestra, caracterización de la población, comprobación de hipótesis, descripción de los instrumentos que facilitaron la recolección de datos; las referencias bibliográficas y los anexos que incluyen una copia fidedigna de los formatos y la información de mayor relevancia utilizada en el estudio.

# **Capítulo I**

## **Planteamiento del Problema**

## **Capítulo I: Planteamiento del Problema**

### **1. Tema**

Prevalencia de Trastornos Mentales en relación con la Condición Laboral en adultos de 4 comunidades del Distrito Central, Francisco Morazán, Honduras, 2016

#### **1.1 Situación Problemática**

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

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

En el caso de América Latina, el 5% de la población adulta padece de depresión o ansiedad, 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 más del 50% se gasta en hospitales psiquiátricos (OMS, 2016).

En Honduras, se encontró que un 35% de los hondureños está afectado por estos padecimientos; los autores lo atribuyeron este aumento a las condiciones socioeconómicas, la inseguridad ciudadana y los desastres naturales (Chirinos-Flores, y otros, 2002).

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

En este estudio dado su naturaleza correlacional, se pretendió realizar un tamizaje de los trastornos mentales, ya que los resultados estuvieron condicionados por el instrumento que se utilizó, que mide síntomas de algunas de las categorías diagnósticas, pero sin alcanzar suficiente especificidad en el diagnóstico. Por lo que se propone establecer la prevalencia de las siguientes categorías diagnósticas, establecidas en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5, 2014): *ansiedad, depresión, dependencia de alcohol, abuso de sustancias psicoactivas, epilepsia y estrés postraumático*.

Por otra parte un factor importante que influye en la salud mental, es la condición laboral, el trabajo remunerado como forma de sustento y desarrollo personal es la significación del trabajo en la sociedad actual, de ahí la importancia de analizar las distintas formas de malestar generadas en su ejercicio o por su carencia forzada en el caso del desempleo, en especial el de larga duración, y relacionándolas con el amplio abanico de trastornos psicopatológicos a que pueden dar lugar (Espino, 2012).

Numerosos estudios han demostrado las relaciones entre condiciones psicosociales del trabajo y la salud mental de los empleados, y especialmente cómo la combinación de bajo control



percibido y altas demandas laborales predicen determinados problemas de salud mental. Trastornos mentales tales como los de ansiedad y depresión tienen un efecto muy negativo sobre la calidad de vida y la capacidad funcional en el trabajo (Mingote, 2011).

Otro factor desencadenante de trastornos mentales en personas económicamente activas es el desempleo. En junio de 2014 los desempleados en Honduras 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 tasa de desempleo 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).

En cuanto a la relación existente entre las condiciones de trabajo, el desempleo y el efecto que tienen en la salud mental de las personas, son factores de alta importancia que requiere un interés particular para su estudio valorando los índices de trastornos mentales que estarían siendo generados por los altos niveles de estrés laboral y las altas tasas de desempleo que actualmente inciden en el país.

El estudio se enfoca en población adulta de cuatro comunidades del Distrito Central, considerando que es uno de los segmentos de población mayormente afectada con trastornos mentales según estadísticas de los centros asistenciales en salud mental del país.

## **1.2 Objetivo General**

Determinar la prevalencia de trastornos mentales en relación con la condición laboral en población adulta, en cuatro comunidades del Distrito Central en el año 2016.

### **1.3 Objetivos Específicos**

1. Relacionar la prevalencia de trastornos mentales con la condición laboral en población adulta, en cuatro comunidades del Distrito Central en el año 2016
2. Identificar los tipos de trastornos mentales según su prevalencia en cuatro comunidades del Distrito Central.
3. Determinar la comorbilidad de trastornos mentales más frecuentes en la población de cuatro comunidades del Distrito Central.
4. Conocer los trastornos mentales de mayor prevalencia según el sexo, estado civil, edad, y escolaridad en adultos de cuatro comunidades del Distrito Central.

### **1.4 Preguntas problemas de investigación**

- a. ¿Cuál es la relación entre trastornos mentales y la condición laboral?
- b. ¿Cuáles son los tipos de trastornos mentales según su prevalencia en 4 comunidades del Distrito Central?
- c. ¿Existe la probabilidad de que los adultos de cuatro comunidades del Distrito Central presenten síntomas de más de un trastorno mental?
- d. ¿Cuál es la prevalencia de trastornos mentales según el sexo, estado civil, edad y escolaridad en adultos de cuatro comunidades del Distrito Central?

## 1.5 Justificación

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

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

Según la OMS, el comportamiento de la morbilidad por desórdenes mentales en el ámbito mundial, se presenta en un 25% de la población general, que sufren de algún desorden o enfermedad mental que los incapacita. Un análisis preliminar muestra que en Honduras se invierte menos del 1% del presupuesto de salud en atenciones a la salud mental, lo que indica la poca importancia que se le está dando.

Los resultados del presente estudio han brindado información fundamental para reorientar las políticas de intervención en los programas de atención primaria en salud, especialmente en relación a indicadores de prevalencia para los trastornos de depresión, ansiedad, psicosis, estrés postraumático, dependencia al alcohol y consumo de sustancias psicoactivas.

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

Tomando en cuenta los altos índices de desempleo y de estrés laboral debido a las condiciones de trabajo la investigación cuenta con datos relevantes sobre la influencia de éstos factores en la salud mental de la población, ésta información es de alto beneficio para el diseño de procesos preventivos.

Considerando la precaria situación laboral que se vive en nuestro país, la mano de obra se desplaza del medio rural a las zonas urbanas en este caso al Distrito Central contribuyendo a las altas tasas de desempleo en la ciudad, por lo que éste estudio nos muestra indicadores de trastornos mentales en esta población.

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

# **Capítulo II**

## **Marco Contextual**

## Capítulo II: Marco Contextual

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

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

### 2.1 Contexto de país

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

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

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

Más del medio millón de sus habitantes son de descendencia indígena y negra distribuidos en 9 pueblos culturalmente diferenciados (Lencas, Chortis, Tolupanes, Tawahkas, Garífunas, Negros de habla Inglesa, Pech, Náhuatl y Misquitos) quienes con sus descubrimientos han aportado al desarrollo de la sociedad hondureña.

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

En el ámbito *educativo*, el analfabetismo sigue siendo un problema persistente en la realidad educativa del país. El 11% de las personas mayores de 15 años no saben leer y escribir siendo su tasa mayor en el área rural (17.2%). El analfabetismo tiende a ser superior en las personas mayores alcanzando hasta los 35 años un promedio del 10% y a partir de los 36 aumenta a tal grado que casi la mitad de la población adulta con 60 años, no sabe leer ni escribir representando esto el 30.2%. El sistema educativo del país es el más atrasado de Centro América pues apenas 32 de 100 estudiantes logran terminar la primaria completa sin repetir años: las estadísticas de Naciones Unidas (PNUD) revelan que el 51% de los matriculados terminan la primaria con un promedio de 9.4 años y que los niveles de deserción escolar no han disminuido (INE, 2016).

Esta situación se agudiza en el nivel básico ya que solo el 86.5% asiste a la escuela, mientras que el 13.5% no puede acceder a la enseñanza. Afecta por igual a hombres y mujeres en un 15% y se le ha insertado como eje primordial en el Plan de Nación del Gobierno de Honduras (Ramírez, 2015).

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 6.0% de los ingresos, sin embargo, para junio del 2016, el 60.9% de los hogares hondureños se encontraban en situación de pobreza extrema, agudizándose esta triste realidad en el área rural donde obtiene un porcentaje del 62.9% y 59.4% en lo urbano (INE, 2016).

Uno de los problemas del mercado laboral es el *desempleo*: este se mide con la tasa de desempleo abierto (TDA). Para junio del 2016, los desempleados representaban el 7.4 % de la



población económicamente activa. El área urbana representa el espacio de mayor conflictividad probablemente por la migración de las personas a la ciudad y las escasas fuentes de trabajo, es decir, la TDA representa el 9.0% a diferencia del área rural que resulta del 5.4%. Una persona buscando trabajo se tardará alrededor de 4.0 meses en la ciudad y en el campo 3.3 meses (INE, 2016).

En relación al 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).

Por todos estos factores antes expuestos en relación a la condición laboral de la población fue un escenario que propició el interés en realizar éste estudio para realmente conocer cómo se ve afectada la persona en su salud mental al estar desempleada, asimismo conocer cómo se ven afectadas en su salud mental las personas que cuentan con trabajo.

En cuanto a *salud*, de acuerdo al artículo 145 de la Constitución de la República está reconocido el derecho a la protección de la Salud y en este sentido, la Secretaria 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 2034 (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.

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 2do 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).

Dado que el estudio se llevó a cabo en el Distrito Central, se presentan datos sociodemográficos específicos del lugar.

## **2.2 Caracterización del Municipio del Distrito Central**

El Distrito Central es la ciudad más grande de Honduras, tiene una extensión territorial de 1,514.00 km<sup>2</sup> y una población de 1,319.000 habitantes al 2016. Cada año la ciudad crece a un número de 40 a 45 mil habitantes, por lo que se predice que para el año 2020 crecería en 360 mil habitantes más. Cuenta con una densidad poblacional de 796.21 habitantes por km<sup>2</sup>. Posee un total de 44 aldeas y 447 caseríos. Su población representa el 13.74% del total de la población de Honduras. Los rubros industriales más importantes de la ciudad son el comercio, construcción, servicios, la industria hotelera (INE, 2016).

En el tema de educación el índice de analfabetismo en el municipio del Distrito Central es de 4.89%. En cuanto a los índices de 2014, la Unidad de Estadísticas de la Secretaría de Educación señalan que en el Distrito Central se obtuvo a nivel de básica 86.4 % y en media 71.49 % (INE, 2016).

De allí el interés en realizar un estudio en un contexto local, particularmente en el municipio del Distrito Central, que incluye las ciudades de Tegucigalpa y Comayagüela. Ubicado en el departamento de Francisco Morazán zona central de Honduras.

### **Salud Mental en Honduras**

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

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

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

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

Igualmente, la estructura del empleo en las últimas décadas ha venido cambiando; se incrementó el sub empleo y el empleo por horas y se combinó con formas cuasi-asalariadas informales, en forma concomitante, con la absorción del sector de los servicios, lo cual agudizó el fenómeno de la violencia siendo así que Honduras se ubica en el puesto número uno,

reportando 59.1 muertes por cada cien mil habitantes, según el Instituto Universitario de Democracia Paz y Seguridad (IUDPAS, 2016).

Ello ha traído entre otras consecuencias para la salud y el bienestar, el desplazamiento de la familia campesina a la ciudad, la casi desaparición de la familia extensa (que se comporta como factor de protección en especial para los grupos extremos de edad), y la alta mortalidad en grupos de sexo masculino en edades jóvenes, lo cual, a su vez, incrementa en forma directa el número de hogares con ausencia de figura paterna y por tanto el número de viudas y huérfanos (OMS, 2002).

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

El individuo y su medio ambiente conforman un complejo difícilmente dissociable, en el cual intervienen los procesos de adaptación que se relacionan con el ajuste del ser a las condiciones exteriores. Por consiguiente el trastorno mental no es el problema aislado de un individuo; con frecuencia es el derrumbamiento de fuentes normales de apoyo social, especialmente de la familia (OMS, 2013). Aunque el individuo contribuye a ese

derrumbamiento, no es sólo él el que se deteriora y se destruye, son los sistemas de los cuales hace parte a través de la familia, la escuela o el trabajo (González, 1981).

# **Capítulo III**

## **Marco Teórico**

## Capítulo III: Marco Teórico

### 3.1 Salud Mental

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

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

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

En esta misma línea el autor sostiene que la concepción biomédica de la salud mental se define a partir de dos características fundamentales: la reducción de lo mental a un proceso



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

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

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

En la actualidad la salud mental es vista como un estado de bienestar desde diversos puntos de vista y de acuerdo a las ciencias que tienen entre sus objetivos la satisfacción del individuo. Es así que la revisión bibliográfica ilustra cada uno de los conceptos propuestos, por

lo que no existe una categoría general y consensuada, con estudios y fundamentos precisos que favorezcan un solo concepto de “salud mental”.

Desde el punto de vista de la salud pública, la salud mental es concebida desde las concepciones, biomédica, referida a la ausencia de trastornos “mentales” según criterios del modelo biomédico. DSM IV TR. CIE-10 la conductual, como adaptación, ajuste al contexto y al sistema productivo y la concepción cognitiva, derivada de la capacidad del sujeto para adaptarse racionalmente a las demandas internas y externas (Restrepo, 2012).

### **3.2 Trastorno Mental**

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

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

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

- Los trastornos mentales describen procesos, no personas. Se explica este punto debido a los temores de algunos clínicos de que al utilizar esos criterios de alguna manera están

“etiquetando a la gente”. Los pacientes con el mismo diagnóstico pueden ser diferentes entre sí en muchos aspectos importantes, como síntomas, personalidad y otros diagnósticos que pudieran tener, y en muchos aspectos distintivos de sus vidas personales que no tienen nada que ver con su condición emocional o conductual.

- En cierto grado, algo de lo anormal, y por supuesto mucho más lo que no lo es, es determinado por la cultura de cada individuo. Cada vez más aprendemos a tomar en consideración la cultura al definir los trastornos y evaluar a los pacientes.
- No debe asumirse que existen límites definidos entre los trastornos, o entre cualquier trastorno y la denominada “normalidad”. Por ejemplo, los criterios para los trastornos bipolares I y bipolar II diferencian con claridad uno de otro (y a las personas que no los padecen). En realidad, todas las condiciones bipolares (y quizá muchas otras) pueden ubicarse en algún punto del continuo.
- La diferencia esencial entre una afección física como neumonía o diabetes y un trastorno mental como la esquizofrenia y el trastorno bipolar I es que conocemos las causas de la neumonía o diabetes. Sin embargo, cualquiera de estos trastornos mentales podría tener una base física; quizá aún no la hemos descubierto. En términos operativos, la diferencia entre trastornos físicos y mentales es que los primeros no son tema del DSM-5.
- En términos generales, el DSM-5 sigue el modelo médico de la enfermedad. Se trata de un trabajo descriptivo derivado (en gran medida) de estudios científicos con grupos de pacientes que parecen tener mucho en común, como síntomas, signos y evolución de su enfermedad. La inclusión se justifica, en mayor medida, por los estudios de seguimiento, los cuales demuestran que las personas que pertenecen a estos grupos tienen una evolución de enfermedad predecible en los meses, o en ocasiones años, por venir.

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

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

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

En lo que respecta a la prevalencia de posibles trastornos mentales de acuerdo a los estimados proporcionados en el Informe de Salud Mundial (DSM-5, 2014), alrededor de 450 millones de personas padecen de trastornos mentales, la depresión alcanza un 10.4% y su variante unipolar un 2.5%, en el caso el alcoholismo existe un 2.7% de la población que presenta dicho trastorno.

Por su parte el tabaquismo asciende a un 20% y la ansiedad a un 7.9%, los trastornos mentales y conductuales son frecuentes: más del 25% de la población los padece en algún momento de la vida. Son también universales, puesto que afectan a personas de todos los países y sociedades, a individuos de todas las edades, a mujeres y hombres, a ricos y pobres, a residentes en entornos urbanos y rurales. Tienen un impacto económico sobre las sociedades y

sobre la calidad de vida de los individuos y las familias. Los trastornos mentales y conductuales afectan en un momento dado al 10% de la población adulta aproximadamente.

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

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

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

En el Atlas de Salud Mental 2011 de la OMS se proporcionan datos que demuestran la escasez de recursos de los países, particularmente recursos financieros y humanos, para atender a las necesidades en materia de salud mental. También se subraya la falta de equidad en la distribución y de eficacia en el uso de esos recursos (OMS, 2001).

Por ejemplo, en el mundo entero, el 67% de los recursos financieros asignados a la salud mental se sigue destinando a hospitales psiquiátricos, pese a que estos están asociados a

resultados sanitarios deficientes y a violaciones de los derechos humanos. Destinar esta financiación a servicios basados en la comunidad facilitaría el acceso de muchas más personas a una atención mejor y más costo eficaz. La financiación del tratamiento y la prevención de los trastornos mentales siguen siendo insuficientes en los Estados Miembros (OMS, 2011).

A nivel mundial, el gasto anual en salud mental es inferior a US\$ 2 por persona, e inferior a US\$ 0,25 en los países de bajos ingresos. La mediana de los gastos anuales per capita en salud mental oscila entre US\$ 0,20 en los países de bajos ingresos y US\$ 44,84 en los países de ingresos altos. Los recursos humanos para la salud mental en los países de ingresos bajos y medios son insuficientes.

Por ejemplo, casi la mitad de la población mundial vive en países donde, en promedio, hay un psiquiatra para atender a 200 000 personas o más, y los proveedores de atención de salud mental capacitados en la realización de intervenciones psicosociales, como psicólogos, trabajadores sociales y terapeutas ocupacionales, son aún más escasos (OMS, 2011).

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

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

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

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

Fuente: Reporte de salud mental (OMS, 2013).

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

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

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

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

- *Factores biológicos:* a pesar del énfasis del estudio, en lo psicosocial, sería imposible desconocer la importancia de los factores de riesgo biológicos, ampliamente comprobada con excelentes aplicaciones metodológicas, como en el caso de los estudios de laboratorio y los realizados en gemelos adoptados, respecto de la aceptación del componente genético en el modelo multicausal del alcoholismo.

Numerosos estudios han demostrado que los hijos adoptivos, con padres biológicos alcohólicos, presentan aproximadamente cuatro veces mayor probabilidad de desarrollar el alcoholismo, que los hijos adoptivos, con padres biológicos no alcohólicos; viviendo ambos en hogares de padres adoptivos similares y no alcohólicos.

Estudios en gemelos monocigóticos y dicigóticos, demuestran que los primeros son aproximadamente dos veces más concordantes -con relación al desarrollo del alcoholismo que los gemelos dicigóticos.

La edad y el sexo son otras variables biológicas importantes en el desarrollo de trastornos mentales. Como ejemplos se pueden recordar, la depresión clínica, que muchos estudios en forma consistente han encontrado más alta y con mayor severidad para el sexo, femenino y para grupos de mayor edad; la dependencia a las drogas, por el contrario más frecuente en población joven y en el sexo masculino; y la demencia senil.

- *Factores sociales:* Desde 1974 los Estados miembros de la OMS prestan atención, cada vez mayor, a los factores psicosociales en relación con la salud y el desarrollo humano. Se reconoce que los factores psicosociales son decisivos, tanto en su relación causal como respecto a la promoción de la salud. Los síntomas percibidos pueden ir acompañados de alteraciones objetivamente mensurables del sistema nervioso autónomo y de las funciones



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

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

Al evaluar los factores que influyen en el bienestar, hay que reconocer que el mismo factor puede ser bueno para unas personas y malo para otras, o positivo en unas circunstancias y negativo en otras; por tanto, es necesario tener en cuenta las interacciones complejas y no lineales que se producen. Técnicamente, la palabra inglesa "stress" se refiere a una fuerza que

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

La historia de la salud mental, considerando a las disciplinas especializadas en su estudio como la psiquiatría, psicología, neurología, por mencionar algunas, es la historia del conocimiento científico. Ha tenido idas y venidas, aciertos y desaciertos, siempre un constante cuestionamiento ya que a lo largo de la misma las enfermedades mentales se han relacionado con la religión, con la magia o incluso con aspectos culturales. Por lo anterior es de suma importancia conocer cómo ha sido esta evolución, como a través del tiempo los conceptos y los métodos de tratamiento han ido cambiando en función del momento histórico en que se desarrollaron, siempre con la convicción de buscar ese enigma que se esconde detrás de las llamadas enfermedades mentales y como éstas pueden llegar a ser incapacitantes (Fernández, 2012).

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

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

Dependiendo del contexto local, algunas personas y grupos sociales pueden correr un riesgo significativamente mayor de sufrir problemas de salud mental. Entre estos grupos vulnerables se encuentran (aunque no siempre) miembros de las familias que viven en la pobreza, las personas con problemas de salud crónicos, los niños expuestos al maltrato o al abandono, los adolescentes expuestos por vez primera al abuso de sustancias, los grupos minoritarios, las poblaciones indígenas, las personas de edad, las personas sometidas a discriminaciones y violaciones de los derechos humanos, los homosexuales, bisexuales y transexuales, los prisioneros o las personas expuestas a conflictos, desastres naturales u otras emergencias humanitarias (OMS, 2013).

Los avances en las investigaciones epidemiológicas han permitido conocer el importante impacto que los problemas de salud mental suponen a escala mundial, tanto para quienes los padecen como para sus familias y la sociedad en general. Según estudios europeos y latinoamericanos, estos problemas son muy frecuentes en atención primaria, siendo los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo los más prevalentes en este contexto (Moreno, 2015).

Los trastornos sociales y de comportamiento abarcan enfermedades mentales, como la depresión, el abuso de las sustancias adictivas, los suicidios, la violencia y los trastornos de la alimentación (bulimia y la anorexia, por ejemplo). Según informes del Banco Mundial, los

problemas de salud mental constituyen alrededor del 15% de la carga mundial de enfermedad, y a pesar de ello, en el 2001, la mayoría de los países de ingresos medianos y bajos, dedicaron menos del 1% de sus gastos de salud a la salud mental.

Tomados en su conjunto, los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias se cobran un alto precio y representaban un 13% de la carga mundial de morbilidad en 2004. Por sí sola, la depresión representa un 4,3% de la carga mundial de morbilidad y se encuentra entre las principales causas mundiales de discapacidad (un 11% del total mundial de años vividos con discapacidad), sobre todo entre las mujeres. Las consecuencias económicas de estas pérdidas de salud son igualmente amplias: en un estudio reciente se calculó que el impacto mundial acumulado de los trastornos mentales en términos de pérdidas económicas será de US\$ 16,3 billones entre 2011 y 2030 (OMS, 2013).

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

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

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

La depresión contribuye de manera significativa a la carga global de enfermedad, afectando a personas en todas las comunidades del mundo. Es una de las causas principales de discapacidad a nivel mundial. Actualmente se estima que afecta a 350 millones de personas. La Encuesta Mundial de Salud Mental llevada a cabo en 17 países encontró que en promedio 1 de cada 20 personas informó haber tenido un episodio depresivo en el año previo.

Los trastornos depresivos comienzan a menudo a temprana edad; reducen el funcionamiento y frecuentemente son recurrentes. Por estas razones, la depresión se encuentra cerca de los primeros lugares de la lista de enfermedades incapacitantes en los estudios de carga global de enfermedad. La necesidad de contener a la depresión y otras enfermedades mentales va en aumento en el mundo (OMS, 2011).

La depresión es un trastorno mental frecuente con mayor prevalencia en las mujeres que en los hombres. El paciente con depresión presenta tristeza, pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, sentimientos de culpa o baja autoestima, trastornos del sueño o del apetito, cansancio y falta de concentración. También puede presentar diversos síntomas físicos sin causas orgánicas aparentes. La depresión puede ser de larga duración o recurrente y afecta considerablemente a la capacidad de llevar a cabo las actividades laborales y académicas y de

afrontar la vida cotidiana. En su forma más grave, puede conducir al suicidio. En el tratamiento de la depresión se tienen en cuenta los aspectos psicosociales y se determinan los factores que pueden causar estrés, como las dificultades económicas, los problemas en el trabajo y el maltrato físico o psicológico, así como las fuentes de apoyo, como los familiares y amigos (OMS, 2016).

Al igual que la depresión, otro de los trastornos mentales de mayor prevalencia a nivel mundial son los trastornos de *ansiedad*. Los trastornos de ansiedad son los trastornos mentales más frecuentes de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) en los servicios de atención primaria en el mundo.

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

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

encuentre ante la ausencia de estímulos que generen esta reacción, lo que conduce a una disfuncionalidad a nivel psicológico y fisiológico interfiriendo con sus actividades normales.

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

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

Se trata de una patología crónica con un alto impacto social y sobre la calidad de vida tanto para quien lo sufre como sus familiares, pero también para el sistema sanitario y económico. Además, la Organización Mundial de la Salud y diversos autores alertan que los pacientes con epilepsia y sus familias pueden ser víctimas de estigma social y discriminación en muchos lugares del mundo OMS (2012), citado en (Parejo, 2016).

En la actualidad, unos 50 millones de personas de todo el mundo padecen epilepsia. La proporción estimada de la población general con epilepsia activa (es decir, ataques continuos o necesidad de tratamiento) en algún momento dado oscila entre 4 y 10 por 1000 personas. Sin embargo, algunos estudios realizados en países de ingresos bajos y medianos sugieren una proporción mucho mayor, entre 7 y 14 por 1000 personas. Según estimaciones, se diagnostican

anualmente unos 2,4 millones de casos de epilepsia. En los países de altos ingresos, los nuevos casos registrados cada año entre la población general oscilan entre 30 y 50 por 100 000 personas. En los países de ingresos bajos y medianos esa cifra puede ser hasta dos veces más alta (OMS, 2016).

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

La ansiedad en las personas que padecen epilepsia, suele manifestarse por síntomas corporales de tensión física y aprensión respecto al futuro, es decir aprensión al no poder predecir o controlar sucesos próximos. La psicosis que son cuadros psiquiátricos graves pocos frecuentes que precisan tratamiento psiquiátrico. Es necesario que tenga información por parte del neurólogo que trata la epilepsia de los cambios clínicos y de medicación que puede haber influido en el agravamiento de los síntomas psicóticos (Asociación Andaluza de Epilepsia, 2011).

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

El consumo nocivo de alcohol conlleva una pesada carga social y económica para las sociedades.



El alcohol afecta a las personas y las sociedades de diferentes maneras y sus efectos están determinados por el volumen de alcohol consumido, los hábitos de consumo y, en raras ocasiones, la calidad del alcohol. En 2012, unos 3,3 millones de defunciones, o sea el 5,9% del total mundial, fueron atribuibles al consumo de alcohol (OMS, 2015).

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

En lo que respecta a la mortalidad y la morbilidad, así como a los niveles y hábitos de consumo de alcohol, existen diferencias entre los sexos. El porcentaje de defunciones atribuibles al consumo de alcohol entre los hombres asciende al 7,6% de todas las defunciones, comparado con el 4% entre las mujeres.

En 2010, el consumo total de alcohol per cápita en todo el mundo registró un promedio de 21,2 litros de alcohol puro entre los hombres, y 8,9 litros entre las mujeres (OMS, 2015).

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

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

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

*Deterioro social*, puede recurrir al incumplimiento de los deberes académicos, laborales o domésticos, problemas recurrentes o persistentes en el área social o interpersonal exacerbados por el consumo y se reducen o abandonan importantes actividades sociales, ocupacionales o recreativas debido al consumo de sustancias; *consumo de riesgo*, un consumo recurrente de la sustancia incluso en situaciones que provoca un riesgo físico, la persona consume de forma continuada a pesar de saber que padece un problema físico o psíquico recurrente o persistente que probablemente se pueda originar o exacerbar por dicho consumo; *farmacológico*, tolerancia y abstinencia (Portero, 2015).

Los trastornos relacionados con sustancias abarcan diez clases de drogas distintas: alcohol, cafeína, cannabis, alucinógenos (con categorías separadas para la fenciclidina [o arilciclohexaminas, de acción similar] y otros alucinógenos), inhalantes, opiáceos, sedantes, hipnóticos y ansiolíticos, estimulantes (sustancia anfetamínica, la cocaína y otros estimulantes),

tabaco y otras sustancias (o sustancias desconocidas). Estas diez clases no son radicalmente distintas entre sí. Cualquier droga consumida en exceso provoca una activación directa del sistema de recompensa del cerebro que participa en el refuerzo de los comportamientos y la producción de recuerdos. Provocan una activación tan intensa del sistema de recompensa que se ignoran las actividades normales (DSM-5, 2014).

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

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

Por otra parte el DSM-5 (2014), clasifica el *Trastorno de Estrés Postraumático* con los códigos F43.10 [309.81] y los define como eventos traumáticos en extremo que afectan a

personas sobrevivientes de los mismos. Considera que sobrevivientes del combate son las víctimas más frecuentes, pero también se identifica en individuos que enfrentaron otros desastres, tanto de origen natural como inducidos. Incluyen violación, inundaciones, secuestros y accidentes de aviación, así como las amenazas que pueden implicar el secuestro o la toma de rehenes.

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

Quedan excluidas de manera implícita de la definición las experiencias estresantes de la vida cotidiana, como el duelo, el divorcio y la enfermedad grave. El despertar de la anestesia mientras la cirugía aún continúa, sin embargo, se podría considerar un evento traumático, así como enterarse de la muerte accidental súbita del cónyuge y de una enfermedad que amenaza la vida de un hijo. Ver las imágenes televisivas de una desgracia no sería un factor de estrés suficiente (excepto si lo visto tuviera relación con el empleo de la persona).

Después de cierto periodo (los síntomas no suelen desarrollarse de inmediato tras el trauma), el individuo de alguna manera vuelve a evocar el evento traumático y trata de evitar pensar en él. También hay síntomas de hiperactivación fisiológica, como exageración de la respuesta de sobresalto. Los pacientes con TEPT también expresan sentimientos negativos, como

culpa o responsabilidad personal (“Yo debería haberlo evitado”). Además del evento traumático mismo, otros factores pudieran participar en el desarrollo del TEPT.

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

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

Los adultos mayores tienen menos probabilidad de desarrollar síntomas que los de menor edad, y las mujeres tienden a mostrar tasas un poco más altas que los varones. Cerca de la mitad de los enfermos se recupera en el transcurso de algunos meses; otros pueden experimentar incapacidad por años. Los trastornos del estado de ánimo, de ansiedad y por consumo de sustancia son con frecuencia concomitantes. Un especificador nuevo corresponde al hallazgo de que quizá en 12 a 14% de los pacientes, la disociación es relevante en el desarrollo y el mantenimiento de los síntomas de TEPT.

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

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

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

Dentro del TEPT podríamos diferenciar los síntomas positivos (re-experimentación, evitación) y los síntomas negativos (apatía, embotamiento afectivo). El TEPT casi nunca se da en ausencia de otros trastornos. Del 50 al 90% de las personas con TEPT sufre un trastorno mental asociado, de acuerdo a Freedy, Shaw, Jarrell (1992); Kulka, Schlenger y Fairbank (1990) citado en (Amodeo, 2011). Los trastornos comórbidos más frecuentes son los trastornos de ansiedad, trastornos depresivos, trastornos de somatización y trastornos relacionados con sustancias.

Los eventos traumáticos y la pérdida de seres queridos son frecuentes en la vida. En un estudio de la OMS llevado a cabo en 21 países, más del 10% de los encuestados declararon que habían sido testigos de actos de violencia (21,8%) o habían sufrido violencia interpersonal (18,8%), accidentes (17,7%), exposición a conflictos bélicos (16,2%) o eventos traumáticos

relacionados con seres queridos (12,5%). Se estima en el estudio que un 3,6% de la población mundial ha sufrido un trastorno de estrés postraumático (TEPT) en el último año (OMS, 2013).

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

La creciente carga de trastornos mentales que afecta a las poblaciones de América Latina y el Caribe es demasiado grande para hacer caso omiso de ella ya que los trastornos mentales y neurológicos representan el 22% de la carga total de enfermedades en América Latina y el Caribe, los más altos son los trastornos depresivos unipolares (13,2%) y los producidos por el uso excesivo de alcohol (6,9%), resulta evidente que los mismos tienen un impacto importante en términos de mortalidad, morbilidad y discapacidad en todas las etapas de la vida.

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

En relación a las *Políticas de Salud Mental* definen una visión de futuro que ayuda a establecer un programa para la prevención y el tratamiento de las enfermedades mentales, la rehabilitación de personas con trastornos mentales y el fomento de la salud mental en la comunidad (Funk, 2001).

En América Central, México y el Caribe latino, ocho países tienen una política nacional de salud mental. Solo Nicaragua y Haití no la poseen, aunque este último país ya ha comenzado

el proceso de elaboración. Estos ocho países han desarrollado o actualizado sus políticas de salud mental en los últimos tres o cuatro años. En América del Sur, seis países: Argentina, Brasil, Ecuador, Paraguay, Perú y Uruguay, informaron contar con un documento que explicitaba la política nacional de salud mental (OPS, 2013).

Respecto a la *Prevalencia de algunos de los Trastornos Mentales en la región*, la Organización Panamericana de la Salud en el año 2013 describe la prevalencia media por cada 100 habitantes adultos entre ellas: Uso nocivo o dependencia del alcohol 5.7, Depresión Mayor 4.9, Trastorno de Ansiedad 3.4, Distimia 1.7, Trastorno Obsesivo Compulsivo 1.4, Psicosis no afectivas 1.0, Trastorno de Pánico 1.0, Trastorno Bipolar 0.8.

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

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

En México, como en otros países, se ha observado un incremento de los trastornos mentales entre la población general: las mujeres, presentan una prevalencia de depresión del 6.5%, padecimiento que ocupa el primer lugar como carga de enfermedad; mientras que en los



hombres es el consumo de alcohol 4.8%. La prevalencia del trastorno depresivo es del 10-14% entre los pacientes hospitalizados por problemas médicos y del 9% al 16% entre los pacientes ambulatorios.

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

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

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

### **3.6 Historia de la Salud Mental en Honduras**

La historia de la atención psiquiátrica en nuestro país data de 91 años atrás cuando en 1926, el Hospital General hoy conocido como Hospital General San Felipe inició el abordaje de

los pacientes asilados e indigentes entre los cuales se encontraban pacientes con epilepsia y enfermos mentales. Su número fue incrementándose a tal grado que fue necesario la creación de los primeros pabellones para atender a esta población en septiembre de 1929 (Alcerro, 1952).

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

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

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

Al Dr. Alcerro Castro se le reconoce el inicio de la práctica psiquiátrica a nivel docente y asistencial en Honduras. Realizó una serie de cambios, implementó nuevos exámenes que dieron un giro diferente a la atención de estos pacientes y promovió en 1952, la enseñanza de la psiquiatría en la facultad de Ciencias Médicas en el 6to año de la carrera. En 1953, presentó el Primer Proyecto de Ley de Salud Mental de la República de Honduras (Alcerro, 1952).

Para 1960 asumió la dirección de dicho departamento, el Dr. Asdrúbal Raudales quien junto con los doctores Jorge Zelaya Smith, Manuel Sosa y Rodolfo Dubón Martínez continuaron con la obra del Dr. Castro. Se apertura el servicio de consulta externa y la formación de equipos terapéuticos donde se incorporaron otros profesionales del campo de la salud mental como personal de enfermería auxiliar, la figura del trabajador social, psicología, neurología y médicos especialista como los Doctores Mario Mendoza, Francisco León Gómez y Rafael Molina (Alcerro, 1952).

Las limitaciones presupuestarias, escasez de personal capacitado, sobrepoblación y condiciones del edificio comprometieron el ejercicio de la atención psiquiátrica ya que se emplearon medios aversivos en contra de los derechos de los pacientes. A iniciativa del Dr. Mario Mendoza formado como médico psiquiatra en Perú se gestionó ante el entonces Patronato Nacional de la Infancia (PANI) un terreno para la construcción de un nuevo edificio que sirviera para la atención de este tipo de pacientes (Alcerro, 1952).

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

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

Se creó en 1975 la División de Salud Mental cuya responsabilidad dentro del Ministerio de Salud, consistiría en la formulación y ejecución de programas en este campo a nivel nacional y en 1978, la OMS/OPS y UNICEF promovieron la iniciativa a nivel de los gobiernos la estrategia de APS (Atención Primaria de Salud) con el fin de adoptar medidas sanitarias y sociales a favor de los ciudadanos (Alcerro, 1952).

En 1981 se apertura el Servicio de Hospital de Día en el Hospital Psiquiátrico Dr. Mario Mendoza dando inicio a un nuevo programa de intervención psicosocial bajo la responsabilidad de las psicólogas clínicas Alma Ramírez e Iris de Mendoza quienes junto con el psiquiatra Daniel Herrera, implementaron por vez primera en Honduras este nuevo enfoque orientado a la mejora de la calidad de vida, autonomía, integración social y manejo de la enfermedad por parte de los pacientes y familiares (Alcerro, 1952).

Este programa se ofrece desde el inicio de la enfermedad y es simultáneo al tratamiento farmacológico durante 10 meses siendo condición imprescindible la presencia de la familia o un tutor responsable quien debe participar en las actividades.

Debido a la carga sanitaria que implicaba el impacto de las enfermedades mentales en América Latina, la OMS promovió en 1990 una reestructuración de la atención psiquiátrica que debía romper con el sistema tradicional para dirigirse a la comunidad donde los sujetos tendrían un accionar más participativo y coherente con su realidad y desde entonces se han venido realizando algunos pasos como, por ejemplo, la creación de las Consejerías de Familia por acuerdo presidencial en 1993 para dar respuesta a la demanda social que la violencia intrafamiliar ocasionaba en los hogares hondureños (División de Salud Mental, 2000).

En enero de 1995, el Dr. Américo Reyes promovió la incorporación del postgrado en psiquiatría en la Facultad de Ciencias Médicas que dentro de su currículo contemplaba una práctica comunitaria que cubriría 4 ejes: subprograma escolar, capacitación en salud mental, educación en salud mental y atención de los trastornos mentales. En 1999, el Dr. Héctor Murcia inauguró el Servicio de Atención Integral al Adolescente en Crisis bajo un modelo de intervención sistémico donde la familia era vista como unidad protectora y manejada por un equipo interdisciplinario formado por un psiquiatra, psicólogo, trabajador social y enfermero capacitado bajo el enfoque sistémico (Alcerro, 1952).

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

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

El cambio de los esquemas de comportamiento social ha afectado las relaciones de conducta en los diferentes niveles organizacionales e institucionales del país, de donde se percibe, con variadas interpretaciones, una realidad social a la que se le atribuyen diferentes causas y efectos. La problemática del país ha involucrado al entorno social a través de la violencia, el consumo de drogas y otras patologías del campo de los trastornos mentales, de tal

forma que ha llegado a convertirlos en prioridades para la atención de la salud, por ello el Gobierno de Honduras se comprometió con la Declaración de Caracas de 1990 en los principios de la psiquiatría comunitaria y desde entonces ha venido dando pasos en esa línea (OMS, 2008).

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

Igualmente, la estructura del empleo en las últimas décadas ha venido cambiando; se incrementó el sub empleo y el empleo por horas y se combinó con formas cuasi-asalariadas informales, en forma concomitante, con la absorción del sector de los servicios, lo cual agudizó el fenómeno de la violencia siendo así que Honduras se ubica en el puesto número uno, reportando 59.1 muertes por cada cien mil habitantes (IUDPAS, 2016).

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, 2011).

La realización de cualquier acercamiento a la investigación en salud, debe partir de la aceptación de que el continuo salud enfermedad se explica con la definición de su origen

multicausal y que la posibilidad de su análisis, en especial cuando se aplica al campo de la salud mental, se efectúe mediante el modelo biopsicosocial. De acuerdo al planteamiento anterior, la salud mental debe ser enfocada de manera integral teniendo en cuenta los múltiples factores que inciden en ella, dado que es la resultante de las interacciones entre el individuo, el medio ambiente sociocultural y los hechos biológicos que protagonizan el crecimiento y desarrollo del ser.

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

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

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

*Prevalencia de Trastornos mentales en la comunidad de Villa Nueva*, en 1997 los doctores Alicia Paz, Reinaldo Moncada, Carlos Sosa, María Guadalupe Romero, Héctor Murcia y Américo Reyes realizaron una investigación acerca de la Prevalencia de trastornos mentales en la comunidad de Villa Nueva, en la Región Metropolitana de Tegucigalpa, Honduras. Ellos

realizaron un estudio transversal descriptivo y analítico con el objeto de estimar la prevalencia de trastornos mentales en la Colonia Villa Nueva, Tegucigalpa, Honduras.

Se llevó a cabo mediante un muestreo aleatorio estratificado de 466 familias donde cada entrevistado dispuesto, respondía por todos los miembros de 15 o más años obteniéndose así la información de 1,306 personas. Se realizó el tamizaje de los casos posibles con trastornos mentales utilizando el cuestionario Self Reporting Questionnaire (SRQ). Dicha investigación de campo se ejecutó en los meses de septiembre y octubre del año 1997. Se encontró que las proporciones de prevalencia estimada fueron: Ansiedad 20.5%, Consumo de drogas 14.8%, Depresión 13.1%, Alcoholismo 6.2%, Epilepsia 1.2%, Psicosis 0.8%; y la prevalencia global estimada de trastornos mentales en la población fue de un 56.7%. Estos trastornos fueron más frecuentes en los hombres que en las mujeres (64.9% y 39.4%) respectivamente. En este estudio los investigadores llegaron a la conclusión que las elevadas prevalencias estimadas están asociadas con el estrés ocasionado por el hacinamiento y bajos ingresos económicos, lo cual constituye la presencia de necesidades básicas insatisfechas y violencia (Aguilar, Roveló, Padgett & Reyes, 2000).

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

En Tegucigalpa, se seleccionó a 800 personas de 15 años de edad o más que vivían en áreas residenciales consideradas de estatus socioeconómico alto, medio o bajo y que habían



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

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

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

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

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

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

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

Se encontró que los trastornos mentales más prevalentes fueron: Depresión Mayor, Agorafobia, Fobia Social y Dependencia al Alcohol. Las comunidades con mayor prevalencia de trastornos mentales fueron: Santa María, El Paraíso; Limón de la Cerca, Choluteca; San Manuel, Cortés y Morolica, Choluteca y se observó que la mayor frecuencia de trastornos se daba en mujeres jóvenes.

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

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

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

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

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

Otro hallazgo fue que la prevalencia de trastornos mentales en estudiantes universitarios era de 29.9%, ese porcentaje presenta un valor superior al que había determinado la OMS (2001) el cual era entre 20 y 25%. Sin embargo, fue un porcentaje inferior al señalado por Chirinos-Flores y otros (2002) que resultó de un 35% (Moncada, 2013).

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

### **3.8 Condición Laboral**

Se refiere a la situación laboral de una persona que nos indica si ésta es:

Asalariada: Persona que trabaja por cuenta ajena, con un contrato laboral fijo o eventual

En paro: Persona que no trabaja y está a la búsqueda de empleo, bien si ha tenido antes trabajo remunerado ó nunca lo ha tenido y busca su primer empleo.

La condición laboral es la variable que se utilizó en este estudio para conocer la situación de trabajo de la población de cuatro comunidades del Distrito Central, es decir conocer si las personas cuentan con trabajo o se encuentran desempleadas, y cómo se relaciona dicha condición con la salud mental de las mismas.

Para efectos de conocerlas las presentaremos cómo Trabajo y Desempleo, para lo cual detallaremos el significado y la relación de las mismas con salud mental.

#### **3.8.1 Trabajo**

En este apartado se aborda la variable trabajo, caracterizando los tipos de trabajo y las condiciones de trabajo. La salud mental incide en todos los ámbitos de interacción que tienen las

personas, el trabajo es determinante para la misma, en los individuos. Por tal motivo la condición laboral, llámese trabajo, desempleo o sub empleo influye significativamente.

El trabajo es el medio para dar rienda suelta al potencial humano, a la creatividad, a la innovación y la imaginación. Es esencial para que la vida humana sea productiva, útil y significativa. Permite a las personas ganarse la vida, es un canal de participación en la sociedad, proporciona seguridad y confiere un sentido de dignidad (Jahan, 2015).

La Organización Internacional del Trabajo, define al trabajo *como el conjunto de actividades humanas, remuneradas o no, que producen bienes o servicios en una economía, o que satisfacen las necesidades de una comunidad o proveen los medios de sustento necesarios para los individuos. El empleo es definido como "trabajo efectuado a cambio de pago (salario, sueldo, comisiones, propinas, pagos a destajo o pagos en especie)" sin importar la relación de dependencia (si es empleo dependiente-asalariado, o independiente-autoempleo)* (Queiros, 2013).

Para lograr bienestar mental y psicológico en el desarrollo de nuestro trabajo debemos de realizar trabajos decentes, dignos que motiven el buen desempeño y la productividad. Trabajo decente es un concepto que busca expresar lo que debería ser, en el mundo globalizado, un buen trabajo o un empleo digno.

El trabajo que dignifica y permite el desarrollo de las propias capacidades no es cualquier trabajo; no es decente el trabajo que se realiza sin respeto a los principios y derechos laborales fundamentales, ni el que no permite un ingreso justo y proporcional al esfuerzo realizado, sin discriminación de género o de cualquier otro tipo, ni el que se lleva a cabo sin protección social, ni aquel que excluye el diálogo social (Levaggi, 2013).

El trabajo es un medio de subsistencia, fortalece la agencia, genera lazos sociales y en términos más amplios provee seguridad a las familias y las comunidades. El desempleo tiende a estar asociado a un aumento de la delincuencia, del suicidio, de la violencia, del abuso de drogas y de otros problemas sociales que pueden aumentar la inseguridad personal. Los empleos fomentan la estabilidad y la cohesión sociales, y el trabajo decente fortalece las capacidades de las personas para hacer frente a las crisis y la incertidumbre, según el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD, 2014).

El empleo dota a la persona de seguridad económica y status social y, frecuentemente le proporciona un grupo de pertenencia que le protege de situaciones de marginación y exclusión social. Por el contrario, el desempleo coloca a las personas en una situación de vulnerabilidad, asentada en la inseguridad económica para cubrir las propias necesidades y en la falta de independencia que dificulta la planificación de la propia vida (Deusto, 2012).

Cabe decir que el trabajo, es una actividad de importancia para todas las personas, dado que es fuente de ingreso económico y sostenimiento, pero, además, puede ser tanto fuente de satisfacciones, como de desgaste y de diversos conflictos. Igualmente, el trabajo es uno de los ámbitos, donde las personas permanecen una cantidad importante de tiempo y en la que entran en contacto con un gran número de factores de riesgo, de acuerdo a la actividad laboral que desarrollan (Gómez & Calderón, 2017).

### **3.8.1.2 Factores Psicosociales del Trabajo**

Los factores psicosociales en el trabajo consisten en interacciones entre el trabajo, su medio ambiente, la satisfacción en el trabajo y las condiciones de su organización, por una parte, por la otra, las capacidades del trabajador, sus necesidades, su cultura y su situación personal

fuera del trabajo, todo lo cual, a través de percepciones y experiencias pueden influir en la salud, en el rendimiento y la satisfacción en el trabajo (OIT, 2016).

### **3.8.2 Trabajo y salud mental**

La salud mental es un estado de bienestar en el que la persona realiza sus capacidades y es capaz de hacer frente al estrés normal de la vida, de trabajar de forma productiva y de contribuir a su comunidad. En este sentido positivo, la salud mental es el fundamento del bienestar individual y del funcionamiento eficaz de la comunidad. La salud mental y el bienestar son fundamentales para nuestra capacidad colectiva e individual de pensar, manifestar sentimientos, interactuar con los demás, ganar el sustento y disfrutar de la vida. Sobre esta base se puede considerar que la promoción, la protección y el restablecimiento de la salud mental son preocupaciones vitales de las personas, las comunidades y las sociedades de todo el mundo (OMS, 2013).

En 2013, la Asamblea Mundial de la Salud aprobó un plan de acción integral sobre salud mental para el período 2013-2020. En el marco del Plan, los Estados Miembros de la OMS se comprometen a adoptar medidas específicas para mejorar la salud mental y contribuir al logro de los objetivos mundiales. La salud mental incide en todos los ámbitos de interacción que tienen las personas, el trabajo es determinante en la salud mental de los individuos (OMS, 2013).

Para la OMS (2016), la salud mental se determina por factores sociales, psicológicos y biológicos. Es así como las presiones socioeconómicas constantes crean un riesgo para la salud mental de las personas y comunidades. Indicadores de este riesgo son, por ejemplo, la pobreza y el bajo nivel educativo. De igual manera, relaciona una “mala salud mental” con cambios

sociales rápidos, discriminación de género, exclusión social, condiciones de trabajo estresantes, violencia, mala salud física y violaciones a los derechos humanos.

A principios de este siglo la Organización Mundial de la Salud ya estimaba que cerca del 40% de los trabajadores del mundo sufren de algún tipo de trastorno mental (OMS, 2001). Los datos oficiales de Brasil y Colombia revelan que los trastornos mentales ocupan el tercer lugar entre las enfermedades laborales que con mayor frecuencia presentan los trabajadores, mientras que las cifras estadísticas de sus órganos oficiales señalan que la incidencia de ese tipo de perjuicios a la salud no para de crecer (Bernardo, Souza, Garrido & Kawuamura, 2015).

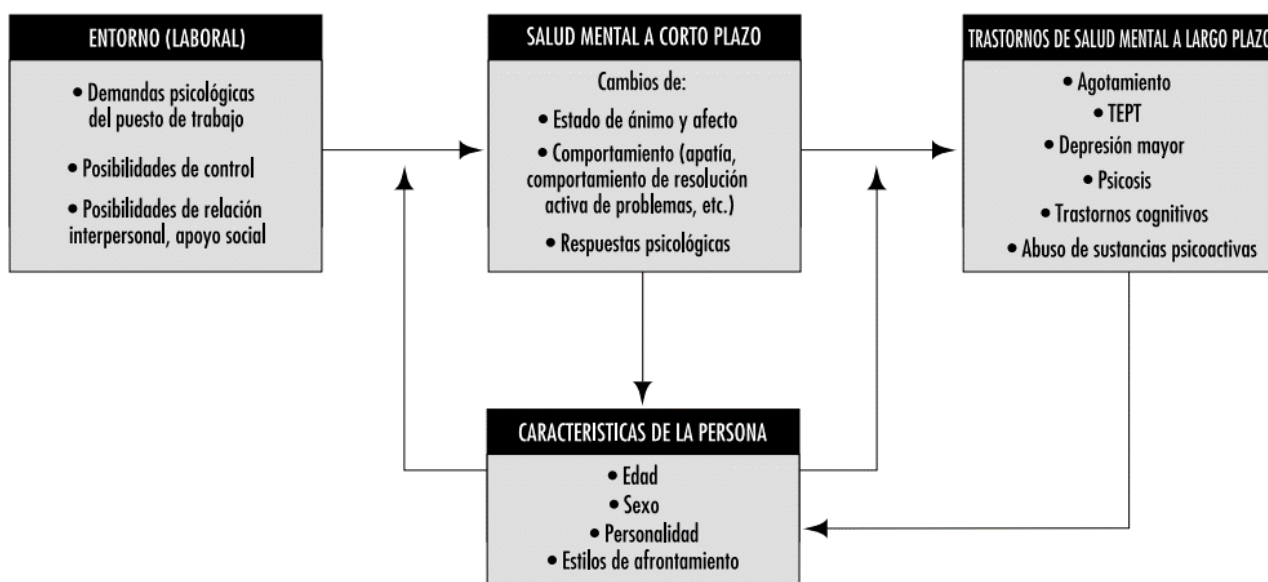
Un entorno de trabajo adverso puede ocasionar problemas físicos y psíquicos, un consumo nocivo de sustancias y de alcohol, absentismo laboral y pérdidas de productividad. La promoción de la salud mental en el lugar de trabajo y el apoyo a las personas que sufren trastornos psiquiátricos hace más probable la reducción del absentismo laboral, el aumento de la productividad y la obtención de beneficios económicos que conllevan estos efectos (OMS, 2016).

Hay muchos factores del entorno laboral que pueden afectar a la salud mental. En la mayoría de los casos, los riesgos que conllevan se deben a una interacción inadecuada entre el tipo de trabajo, el entorno organizativo y directivo, las aptitudes y competencias del personal y las facilidades que se ofrecen a este para realizar su trabajo. Por ejemplo, puede ocurrir que una persona tenga las aptitudes necesarias para llevar a cabo sus tareas pero no disponga de suficientes recursos o no reciba el apoyo que necesita debido a las prácticas de gestión y administración de la empresa (OMS, 2016).



Los tipos principales de trastornos de la salud mental que pueden asociarse al trabajo: los trastornos del estado de ánimo y del afecto (p. ej., insatisfacción), el agotamiento, el trastorno por estrés postraumático (TEPT), las psicosis, los trastornos cognitivos y el abuso de sustancias psicoactivas (OIT, 1998).

La Salud Mental Relacionada con el Trabajo (SMRT) propone una comprensión crítica del proceso de sufrimiento y enfermedad mental provocado o agravado por el trabajo y un distanciamiento de las concepciones predominantes en la actualidad. Estas últimas tienden, por una parte, a presentar los modelos de trabajo como naturales y sin posibilidad de cambios y, por otra, a presentar al individuo y su historia familiar como la causa de todos sus problemas psíquicos (Bernardo, Souza, Garrido & Kawuamura, 2015).



**Figura 1. Modelo de salud mental en el contexto laboral**  
Fuente: OIT, 1998

En el modelo para la salud mental viene determinado por las características del entorno, tanto fuera como dentro del campo profesional, y por las características propias del individuo.

Los precursores de la (mala) salud mental son, en general, de carácter psicosocial y guardan relación con el contenido del trabajo, así como con las condiciones de trabajo y de empleo y con las relaciones (formales e informales) en el trabajo (OIT, 1998).

Los factores de riesgo ambientales de la (mala) salud mental suelen provocar efectos a corto plazo, como cambios del estado de ánimo y del afecto del tipo de sentimientos de placer o entusiasmo o un estado de ánimo depresivo. Estos cambios van acompañados a menudo de cambios de comportamiento. Pensemos en la inquietud, en el afrontamiento paliativo (p. ej., el consumo de alcohol) o en la evitación, así como en los comportamientos de resolución activa de problemas. Estos afectos y comportamientos también van acompañados generalmente de cambios psicológicos, que indican un estado de alerta y, a veces, también una alteración de la homeostasia (OIT, 1998).

Cuando uno o más de estos factores estresantes se mantiene activo, las respuestas reversibles a corto plazo pueden originar modificaciones más estables y menos reversibles de la salud mental, como el agotamiento, las psicosis o un trastorno depresivo mayor. Las situaciones sumamente amenazadoras pueden causar, incluso de forma inmediata, un trastorno mental crónico (p. ej., TPET), difícil de contrarrestar (OIT, 1998).

### **3.8.3 Desempleo y salud mental**

La crisis económica ha afectado de manera considerable en multitud de aspectos individuales, sociales, económicos y culturales. Entre las consecuencias principales de ésta

situación se encuentran el aumento del desempleo y la bajada de ingresos (Marín & Domínguez, 2010).

Más de 300 millones de personas en el mundo padecen depresión, un trastorno que es la principal causa de discapacidad. Además, muchas de ellas sufren también síntomas de ansiedad. Según un reciente estudio dirigido por la OMS, los trastornos por depresión y por ansiedad cuestan a la economía mundial US\$ 1 billón anual en pérdida de productividad. Por otro lado, es bien conocido que el desempleo es un factor de riesgo de problemas mentales, mientras que la obtención de un empleo o la reincorporación al trabajo ejercen efectos protectores (Banco Mundial, 2016).

Las personas desempleadas presentan menores niveles de bienestar psicológico, mayor grado de sentimientos depresivos y ansiedad, así como menor autoestima y satisfacción con la vida. Cuando se pierde el empleo ocurre un rápido deterioro de la salud mental por la ausencia de “aportes psicosociales” como la solvencia económica, la seguridad física, la pérdida de habilidades laborales, la imposibilidad de predecir y planificar el futuro y la pérdida de una posición social valorada. Los autores muestran que con la prolongación del desempleo aumenta el deterioro de la salud mental (Caicedo & Van, 2016).

Efectivamente, existe una relación entre el desempleo y el desarrollo de trastornos en el bienestar psíquico. Además, se ha observado que la protección social es clave para que el impacto del desempleo en la salud sea reducido o incluso nulo.

El desempleo no solo se trata de una situación de ausencia de trabajo sino que supone una etapa que, según el contexto de cada persona, puede implicar un continuo de problemas que a su

vez provocan el alargamiento de la situación de desempleo, formándose así un círculo vicioso del que es difícil escapar.

### **3.8.4 Problemática de la condición laboral a nivel mundial**

#### *El Trabajo y desempleo a nivel mundial*

En el mundo el desempleo es una realidad para muchas personas y hoy en día es muy común que los individuos experimenten uno o múltiples periodos sin empleo a lo largo de su vida. En Colombia el mercado laboral de los últimos años se ha caracterizado no sólo por una alta tasa de desempleo, sino también por niveles muy importantes de subempleo. La tasa de desempleo se define como la relación entre la población económicamente activa (PEA) no ocupada, pero que está buscando empleo en forma activa, y la PEA total (ocupada y no ocupada). Mientras que el subempleo se define, tanto por *insuficiencia de horas*, como por *condiciones de empleo inadecuado*, el cual a su vez se divide en dos categorías: subempleo por competencias y subempleo por ingresos, y se mide esencialmente por el número de personas que desean cambiar su situación laboral actual por razones que limitan sus capacidades o su bienestar (García-Ubaque, Riaño-Casallas, & Benavides-Piracón, 2012).

Los resultados de la globalización han sido el aumento constante del desempleo, la proliferación de la economía informal, el crecimiento del subempleo lo que conduce a altos índices de pobreza que a su vez influyen en las condiciones de vida y en la salud mental de las personas.

En 2014, la tasa de desempleo de Europa ascendió al 10,2% y la situación de los países que se encuentran al sur del continente es aún peor; España en concreto obtuvo en 2014 una tasa

de desempleo de 24,5%, únicamente superada por Grecia cuyo porcentaje fue 26,5% (Guardia, 2015).

La tasa de desocupación en América Latina y el Caribe llegó a 8,1% en 2016, el nivel más alto en una década, en un contexto de contracción económica que también ha afectado la calidad de los empleos, destacó la OIT al presentar en la capital peruana su informe anual sobre el mercado de trabajo en la región (OIT, 2016).

### **3.9 Condición laboral en Honduras**

En este apartado describimos la situación laboral de la población hondureña, contemplando la condición de trabajo y desempleo.

El desempleo y el subempleo en Honduras tienen sus orígenes en la precariedad de la economía que no logra crecer a niveles que le permita ampliar su capacidad instalada, a través del desarrollo de programas y proyectos de inversión tanto pública como privada. La economía no ha logrado crecimientos importantes que propicien condiciones adecuadas de empleo y subempleo, por lo que las tasas de subempleo principalmente invisible, son las que se muestran más elevadas (Secretaría del Trabajo, 2011).

En Honduras el mercado laboral de los últimos años se ha caracterizado no sólo por una alta tasa de desempleo, sino también por niveles muy importantes de subempleo. (PNUD, 2014)

El desempleo en Honduras es un fenómeno social que ha tenido un repunte en los últimos años. Las personas requieren de un trabajo para poder sostener a sus familias pero muchas veces estos no son los adecuados o no se percibe la cantidad de dinero para poder satisfacer las necesidades básicas de cada hogar, y a esto le conocemos como “Subempleo”.

Podemos definir el subempleo como un fenómeno social en el que los trabajadores deben trabajar menos horas, realizan labores con un nivel de calificación inferior al que tienen o se ocupan en unidades económicas menos productivas para evitar quedar desempleados (INE, 2016).

Uno de los problemas del mercado laboral es el desempleo; el cual se mide con la Tasa de Desempleo Abierto (TDA). En junio de 2016 los desempleados representaban el 7.4% 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 TDA urbana se estima en 9.0%, la rural es de 5.4%; el Distrito Central y San Pedro Sula tienen la mayor tasa de desempleo 11.7% y 7.9% respectivamente (INE, 2016).

# **Capítulo IV**

## **Metodología**

## Capítulo IV: Metodología

### 4.1 Tipo de Investigación

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

### 4.2 Participantes, población y muestra

#### a. Caracterización de la población

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

#### b. Marco poblacional

El marco poblacional lo constituyen las 1,972.520 viviendas a nivel nacional, registradas en el Censo Nacional de Población y Vivienda (INE, 2013), de las cuales al Distrito Central le corresponden 189,927 con su respectiva segmentación y cartografía. Se trabajó en el Distrito Central uno de los 28 municipios de Francisco Morazán.



### c. Muestreo

Partiendo del principio de la siguiente fórmula, se establece una muestra de 300 personas a encuestar, según se muestra en la tabla 2:

**Tabla 2. Muestreo proporcional para Poblaciones Infinitas  $\geq 100,000$**

Criterios Estadísticos	Valores
Varianza (p)	75
Varianza (q)	25
Error muestral (E)	5.00
Nivel de Confianza (Z)	2
Tamaño de la Muestra (n)	300

Fuente: (Bernal, 2010)

#### Fórmula de muestreo

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

#### Tipo de muestreo:

Se seleccionó un tipo de muestreo no probabilístico por conveniencia, con un diseño *polietápico*, dado que permite recoger los datos en distintas etapas de planificación y ejecución, logrando representatividad de la población, por lo que la escogencia de las unidades de análisis se efectuó en tres etapas sucesivas.

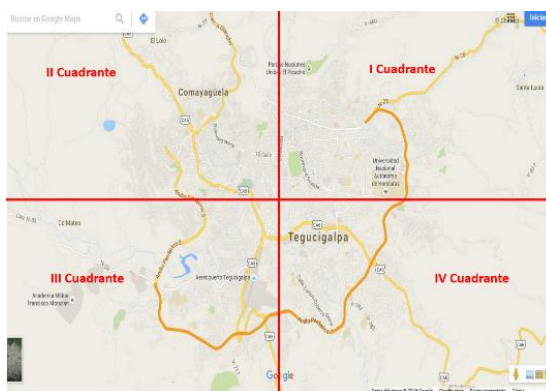
- La muestra estimada para el municipio del Distrito Central fue de 300 personas, con un nivel de confianza del 95%, un error muestral del 5% y la probabilidad que ocurra el fenómeno es de 25% y que no ocurra de 75%. tomando en cuenta que la revisión bibliográfica permitió constatar que en promedio, un 25% de la población está afectada en su salud mental; por lo que se estimó dicha varianza para el cálculo de la muestra (OMS, 2016).

La representatividad geográfica implicó la división de la ciudad en 4 cuadrantes tomando en cuenta las colonias con el mayor número de viviendas. A continuación se describen las etapas.

### **Etapa I**

Se eligió el **Distrito Central** dado que es la cabecera departamental y considerada el casco urbano del Departamento de Francisco Morazán. Cuenta con servicios públicos y avanzados como educación, acceso a servicios de salud, actividad financiera y comercial, transporte, tratamiento de aguas y desechos sólidos entre otros.

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



**Figura 2. Mapa de cuadrantes para aplicación de instrumentos.<sup>1</sup>**

Fuente: (Google, s.f.)

### **Etapa II**

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

En la segunda etapa se realizó la selección de un barrio ó colonia de cada cuadrante, como muestra representativa de cada área geográfica del municipio del Distrito Central, se seleccionaron las colonias o comunidades con base a la cantidad de viviendas en cada colonia, la distribución se refleja en la tabla 3.

**Tabla 3. Cuadrantes a muestrear**

Cuadrantes	Colonias	Total de viviendas	Viviendas a muestrear	% del total
I cuadrante	La Travesía, Tegucigalpa	3481	75	2.1
II cuadrante	Cerro grande (zona 2, 4 y 4), Comayagüela	3,657	75	2.0
III cuadrante	Flor del Campo, Comayagüela	3,089	75	2.4
VI cuadrante	Villa nueva sur, Tegucigalpa	4,846	75	1.6
	Total	15,073	300	2.0

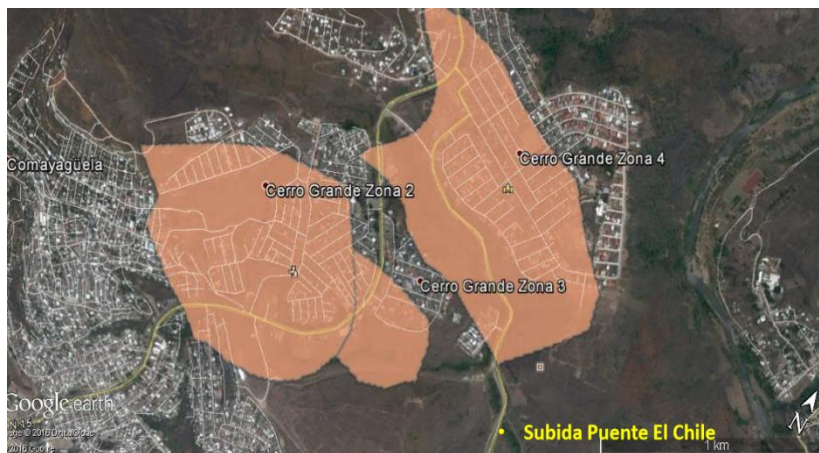
Fuente: Censo de población (INE, 2013)



**Figura 3: Cuadrante I - Colonia La Travesía <sup>2</sup>**

Fuente: Google Maps

<sup>2</sup> Los mapas de este documento se crearon con el software ArcGIS® de Esri (Environmental Systems Research Institute, Inc). ArcGIS® y ArcMap™ son propiedad intelectual de Esri y se utilizan aquí bajo licencia. Copyright © Esri. Todos los derechos reservados.



**Figura 4: Cuadrante II – Colonia Cerro Grande**<sup>3</sup>

Fuente: Google Maps

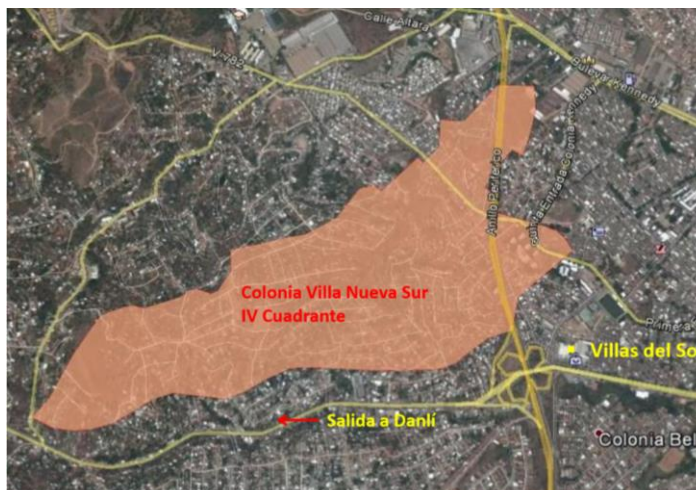


**Colonia Flor del Campo  
III Cuadrante**

**Figura 5: Cuadrante III– Colonia Flor del Campo**<sup>3</sup>

Fuente: Google Maps

<sup>3</sup> Los mapas de este documento se crearon con el software ArcGIS® de Esri (Environmental Systems Research Institute, Inc). ArcGIS® y ArcMap™ son propiedad intelectual de Esri y se utilizan aquí bajo licencia. Copyright © Esri. Todos los derechos reservados.



**Figura 6: Cuadrante IV – Colonia Villa Nueva <sup>4</sup>**

Fuente: Google Maps

### **Etapa III:**

Selección de las unidades de análisis: se realizó con base a la edad y sexo. Los rangos de edad fueron de 18 a 30 años, de 31 a 50 años y de 51 en adelante. Estos se estimaron solamente como un parámetro metodológico, para lograr un equilibrio entre los grupos etarios. Por otra parte, se toma en cuenta a partir de los 18 años de edad considerando la validación y naturaleza del instrumento SRQ, el cual está diseñado para la medición de posibles trastornos mentales en adultos.

De la muestra total, se seleccionaron 150 mujeres y 150 hombres, incluyendo población según rangos de edad. Correspondió a 50 mujeres en edad de 18 a 30 años, 50 de 31 a 50 y 50 de 51 en adelante; igual dato en el caso de los hombres.

---

<sup>4</sup> Los mapas de este documento se crearon con el software ArcGIS® de Esri (Environmental Systems Research Institute, Inc). ArcGIS® y ArcMap™ son propiedad intelectual de Esri y se utilizan aquí bajo licencia. Copyright © Esri. Todos los derechos reservados.

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

#### **d. Caracterización de la muestra**

La tabla 4, describe la población muestreada, considerando las variables de sexo, estado civil, ocupación, escolaridad, religión y rangos de edad.

**Tabla 4: Caracterización de la muestra total**

<b>Variable</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b><i>Sexo</i></b>		
Femenino	158	52%
Masculino	142	48%
<b><i>Estado Civil</i></b>		
Soltero	128	43
Casado	68	23
Unión Libre	79	26
Viudo	12	4
Separado	12	4
Divorciado	1	0
<b><i>Ocupación</i></b>		
Profesionales	41	14
Sector Servicio	81	27
Sector Industria	89	30
Obreros no calificados	11	4
Otros	78	26
<b><i>Escolaridad</i></b>		
Ninguna	28	9
Básica	99	33

<b>Variable</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Media	111	37
Universitaria	60	20
<b><i>Religión</i></b>		
Católico	90	30
Evangélico	135	45
Ninguna	56	19
Otra	19	6
<b><i>Rangos de edad</i></b>		
18 - 30	110	37
31 - 50	108	36
51 - 110	82	27

Fuente: Elaboración propia con base a encuesta de muestra aleatoria de la población adulta del cuatro comunidades del Distrito Central, año 2016.

### **4.3 Hipótesis, variables e indicadores**

#### **4.3.1 Hipótesis**

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

HG: Existe relación entre la prevalencia de trastornos mentales y la condición laboral en la población adulta de cuatro comunidades del Distrito Central.

H<sub>0</sub>: No existe relación entre la prevalencia de trastornos mentales y la condición laboral, en la población adulta de cuatro comunidades del Distrito Central.

H<sub>1</sub>: Existe relación entre condición laboral y los trastornos mentales específicos de la población de 4 comunidades del Distrito Central.

H<sub>0</sub>: No existe relación entre condición laboral y los trastornos mentales específicos de la población de 4 comunidades del Distrito Central.

H<sub>2</sub>: La población adulta de cuatro comunidades del Distrito Central experimenta una prevalencia entre 25 y 35% de probables trastornos mentales.

H<sub>0</sub>: La población adulta de cuatro comunidades del Distrito Central experimenta una prevalencia mayor al 35% de probables trastornos mentales.

H<sub>3</sub>: La prevalencia de trastornos depresivos alcanza más del 15% en la población adulta de cuatro comunidades del Distrito Central.

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

H<sub>4</sub>: La comorbilidad de sintomatología de trastornos mentales es más frecuente en los trastornos de ansiedad y depresión en comparación con el trastorno de estrés postraumático, epilepsia, consumo de sustancias psicoactivas, en personas adultas de cuatro comunidades del Distrito Central.

H<sub>0</sub>: La comorbilidad de sintomatología de trastornos mentales es menos frecuente en los trastornos de ansiedad y depresión en comparación con el trastorno de estrés postraumático, epilepsia, consumo de sustancias psicoactivas, en personas adultas de cuatro comunidades del Distrito Central.



H<sub>5</sub>: En las mujeres se manifiestan mayores porcentajes de depresión en comparación con los hombres.

H<sub>0</sub>: En las mujeres se manifiestan menores porcentajes de depresión en comparación con los hombres.

H<sub>6</sub>: Los porcentajes de trastornos mentales son más frecuentes en la población casada, en relación con la población soltera del Distrito Central.

H<sub>0</sub>: Los porcentajes de trastornos mentales son menos frecuentes en la población casada, en relación con la población soltera del Distrito Central.

H<sub>7</sub>: La población adulta de cuatro comunidades del Distrito Central que presenta mayor porcentaje de trastornos mentales es la comprendida entre los 18 y 30 años de edad, en comparación con personas de 31 años en adelante.

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

H<sub>8</sub>: La población adulta de cuatro comunidades del Distrito Central, que presenta mayor porcentaje de trastornos mentales, es la que tiene un nivel de escolaridad básica.

H<sub>0</sub>: La población adulta de cuatro comunidades del Distrito Central, que presenta menor porcentaje de trastornos mentales, es la que tiene un nivel de escolaridad básica.

### 4.3.2 Operacionalización de variables

La tabla 5 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 5: Operacionalización de variables**

<b>Variable</b>	<b>Definición conceptual</b>	<b>Definición operacional</b>
Trastornos mentales	Según el DSM-5 (2014), el trastorno mental, es un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo.	Se midió a través de la aplicación del SRQ, a población adulta, mayor de 18 años de edad.
Sociodemográficas	Variabes sociodemográficas: Según Tejada (2012) son un conjunto de datos de naturaleza social que describen las características de una población a partir de cuyo análisis pueden hacerse interpretaciones de su comportamiento.	Se obtuvo mediante encuesta en la que se solicitó información sobre la edad, sexo, estado civil, nivel socioeconómico y escolaridad.
<b>Condición Laboral</b>	Se denomina trabajo a toda aquella actividad ya sea de origen manual o intelectual que se realiza a cambio de una compensación económica por las labores concretadas. La OIT (Organización Internacional de Trabajo) define el desempleo como el conjunto de personas sobre una edad específica que: se encuentra sin trabajo, están corrientemente disponibles para trabajar están buscando trabajo durante un período de referencia Estas tres condiciones deben darse simultáneamente.	Se aplicó La encuesta de condición Laboral, Trabajo y desempleo, Desarrollada por elaboración propia mediante la encuesta de Condición laboral (Trabajo y Desempleo) que consta de 21 items.

Fuente: elaboración propia

Continúa tabla 5: Operacionalización de variables

Variables	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Unidades de análisis	Instrumento a utilizar
Trastornos mentales.	a. Ansiedad	a. Ataques de pánico, sudoración, temblores	1-7 y 19 ansiosos	Adultos con edades en los rangos de 18-30, de 31 a 50 y 50 años en adelante.	SRQ
	b. Depresión	b. Estado de ánimo depresivo, pensamientos recurrente de muerte	8-18 y 20 depresivo		
	c. Psicosis*	c. Alucinaciones, delirios	21-24 trastorno psicótico		
	d. Epilepsia**	d. Convulsiones y dolor de cabeza	25 trastorno convulsivo		
	e. Dependencia del alcohol	e. Frecuencia al beber	26-29 alcoholismo		
	f. Dependencia a Drogas	f. Frecuencia en el consumo de drogas	30 y 31 drogas		
	g. Estrés postraumático	g. Sueños angustiantes. h. Revivir experiencias violentas. i. Evitación (lugares, personas, pensamientos, actividades) j. Sobresalto	31-34 Estrés postraumático		
Sociodemográficas:	a. Sexo: Característica física que diferencia a un hombre de una mujer.	-Hombre -Mujer		Adultos con edades en los rangos de 18-30, de 31 a 50 y 50 años en adelante	Encuesta de datos sociodemográficos
	b. Edad: Tiempo vivido desde el nacimiento hasta la fecha.	-Adultos con edades en los rangos de 18-30, de 31 a 50 y 50 años en adelante.			

*Continúa tabla 5: Operacionalización de variables*

<b>VARIABLES</b>	<b>DIMENSIONES</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>ÍTEMS</b>	<b>UNIDADES DE ANÁLISIS</b>	<b>INSTRUMENTO A UTILIZAR</b>
	c. Estado Civil:	- Soltero - Casado - Unión libre - Viudo - Separado - Divorciado.			
	Situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.				
	d. Nivel Educativo:	-Primaria -Media -Superior			
Condición Laboral	Trabajo	- Satisfacción laboral - Área y ambiente de trabajo - Condición salarial - Jornada laboral -Seguridad Laboral	14, 4,7,6, 11, 12 3, 8 13	Adultos con edades en los rangos de 18-30, de 31 a 50 y 50 años en adelante	Encuesta de Condición Laboral (Trabajo-Desempleo)
	Desempleo	- Cesantía Laboral - Búsqueda de empleo - Disponibilidad Laboral	16,17,18 20, 21 19		

Fuente: elaboración propia

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

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

#### 4.4 Técnicas de recolección de datos

Los instrumentos previstos para este estudio son de tamización en salud mental, caracterización poblacional y condición laboral. Se utilizarán los siguientes instrumentos:

#### 4.4.1. Escala SRQ

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

##### *Descripción:*

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

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

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

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

- a. Su simplicidad, dado el lenguaje sencillo en que se articulan las preguntas y brevedad en su aplicación ya que no se tarda más de 15 minutos para ser contestadas.
- b. Es de fácil aplicación y bajo costo.
- c. Permite la identificación de síntomas psiquiátricos.
- d. La sencillez del adiestramiento que requiere la persona que lo va a administrar.

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

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

Una versión del SRQ28 fue utilizada por Romero-Montes, Sánchez-Chávez, Lozano-Vargas, Ruiz –Grosso y Vega-Dienstmaier en el 2016 quienes se interesaron en describir la

estructura de la sintomatología psiquiátrica en 210 pacientes ambulatorios del Hospital Cayetano Heredia (Lima, Perú) a través de las correlaciones entre los síntomas medidos por el SRQ, donde las 18 primeras preguntas estuvieron orientadas a evaluar personas depresivas o ansiosas; de la 19 a la 22 los trastornos psicóticos; la 23 un convulsivo y las preguntas del 24 al 28, los problemas con el consumo del alcohol. Los resultados demostraron coeficientes de correlación significativo ( $\geq 0,42$  y  $p < 0,05$ ) entre los síntomas medidos por el SRQ, lográndose identificar 5 conglomerados de síndromes conocidos tales como alcoholismo, depresión, ansiedad, síntomas físicos y psicóticos (Romero-Montes, 2016).

Por otra parte Puertas, Ríos y del Valle publicaron en el año 2006, los resultados de un estudio transversal donde se entrevistó a una población de 878 personas de 18 años en adelante, las cuales formaban parte de familias desplazadas, que vivían en barrios urbanos marginales en Sincelejo en Sucre (Colombia). El objetivo del estudio fue investigar la prevalencia de trastornos mentales comunes y para tal efecto, se utilizó una versión del SRQ con 30 preguntas y una entrevista domiciliaria para determinar la presencia de trastornos comunes entre esta población (psicosomáticos, ansiedad, depresión).

Se fijó como valor discriminativo para la presencia de un trastorno mental, el valor de 7 síntomas en el SRQ30 y  $\chi^2$  al cuadrado un valor de significancia estadístico de 0.05. Los resultados mostraron una prevalencia del 27.7% encontrando serios problemas de consumo de alcohol en la población encuestado (Valle, 2006).

Moncada 2013 llevó a cabo una investigación con 1977 estudiantes de Ciudad Universitaria de la UNAH, para establecer la prevalencia de trastornos mentales en este segmento poblacional, que de acuerdo a varios investigadores resulta vulnerable a esta

condición. Fueron encuestados con una versión del SRQ, la cual tenía 34 preguntas, ya que se anexó la variable de estrés postraumático medible con tres ítems y el consumo de drogas con uno.

Los resultados reportaron que un 29.9% de los casos consultados, tienen un posible trastorno mental, es decir, 592 estudiantes.

Las manifestaciones de ansiedad resultan ser los más relevantes seguidos del abuso de sustancias y la depresión (Moncada, 2013).

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

### ***Validación***

Para ésta investigación el instrumento SRQ fue sometido a un proceso de validación por 5 jueces, profesionales con amplia experiencia en el campo de la salud mental; ésta, consistió en el análisis de cada ítem valorando el nivel de adaptación, contenido y constructo, lo cual permitió realizar una adaptación para el contexto hondureño.

Se realizó *validez de adaptación*, utilizando un instrumento que contenían criterios como: claridad en la redacción, relevancia, lenguaje adecuado al nivel del informante, máximo de 20 palabras por ítem y sin uso de universalidades (ninguna, ni dobles negaciones), las cuales fueron aplicadas a los 34 ítems; cada juez valoró con un “sí” o “no” para cada uno y un espacio



para las observaciones que consideraron pertinentes incluyendo sugerencias de modificación o eliminación de ítems.

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

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

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

El tercer procedimiento fue la *validez de constructo* a través de éste instrumento, los expertos valoraron la pertinencia de cada ítem en relación a sus dimensiones: *ansiedad, depresión, psicosis, dependencia al alcohol y estrés postraumático*.

Se encontró que las sintomatologías de cada dimensión se manifiestan de la siguiente forma: ansiedad, en los ítems del 1 al 7 y 19; depresión, se miden del ítem 8 al 18 y 20 psicosis del 21 al 24; epilepsia únicamente con el ítem 25; dependencia al alcohol del 26 al 29 y estrés postraumático en los ítems 32, 33 y 34.

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

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

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

Procesamiento de datos: se analizaron estadísticamente con el paquete estadístico para ciencias sociales SPSS – (siglas en inglés). La tabla 6 muestra los resultados obtenidos.

**Tabla 6: Resultados aplicación curva de ROC**

<b>Trastorno</b>	<b>Ítems</b>	<b>Puntos de corte</b>	<b>Sensibilidad</b>	<b>Especificidad</b>
Ansiedad	1 al 7 y 19	4	95	.59
Depresión	8 al 18 y 20	4	90	.12
Psicosis*	21 al 24	1	95	.12
Epilepsia**	25	1		
Alcoholismo	26 al 29	2	85	.36
Dependencia a Drogas	30 y 31	1	65	.32
Estrés postraumático	32 al 34	1	1	.73

Fuente: elaboración propia

\* Para el presente estudio no se realizó el análisis de trastorno psicosis

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

#### **4.4.2 Encuesta sobre condición laboral, trabajo y desempleo**

La encuesta constituye un instrumento para conocer la evolución del mercado de trabajo, tanto sobre los empleos formales como los de tipo informal. Realiza el análisis de coyuntura del empleo y desempleo en cuatro comunidades del Distrito Central.

El propósito principal es conocer la condición laboral y la caracterización del mercado de trabajo, que permite saber sobre la actividad económica y las fuentes de ingresos de la población (si trabajan, en qué trabajan, cuánto ganan, si están buscando empleo), está constituida por veintiún ítems en los cuales de la pregunta 1-14 hacen referencia al trabajo y de la 15-21 con el desempleo.

Dicha encuesta se construyó tomando como base algunas preguntas de la primera Encuesta Nacional de Empleo, Trabajo, Salud y Calidad de Vida ENETS 2009-2010, proveniente de Chile y la Encuesta Permanente de Hogares y Usos Múltiples del INE, Instituto Nacional de Usos Múltiples.

## **Validación**

Este instrumento fue sometido a un proceso de validación por 5 jueces, profesionales con amplia experiencia en el campo laboral; ésta, consistió en el análisis de cada ítem valorando el nivel de adaptación, contenido y constructo, lo cual permitió realizar una adaptación para el contexto hondureño; los criterios utilizados para cada apartado fueron los mismos que se utilizaron en el proceso de validación del SRQ.

Los principales ajustes realizados consistieron en la adecuación de los ítems 5, 15 y 18, relacionados con la claridad en la redacción; se suprimió por completo el ítem 6; en general se obtuvo un porcentaje entre 80 y 100% de validez de adaptación.

En cuanto a la *validez de contenido* que consistió en valorar cada ítem considerando los criterios: “es esencial”, “es útil pero no esencial” y “no es necesario”; el instrumento posee validez de contenido en los ítems 1, 3, 4, 5, 7, 8, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 19 y 22 ya que su indicador de confiabilidad por reactivos fue igual o mayor a 0.80 en promedio, es decir que los jueces lo consideran válido en un 80 por ciento. A sí mismo en los ítems 2, 10, 15, 18, 20 y 21; al no presentar un nivel de validez superior a 0.80 se encuentran dentro del rango considerado válido entre el 60 y el 79 por ciento.

El tercer procedimiento fue la *validez de constructo* través de éste instrumento, los expertos valoraron la pertinencia de cada ítem en relación a sus dimensiones: trabajo y desempleo.

#### 4.5 Procedimiento

Se formó un grupo de 12 maestrantes de la primera promoción de la Maestría en Psicología Clínica de la UNAH para emprender un estudio a nivel nacional y se dividió por departamentos, este estudio se realizó específicamente en cuatro comunidades del municipio del Distrito Central, incluyendo las ciudades de Tegucigalpa y Comayagüela, con el objetivo de conocer la prevalencia de trastornos mentales en relación con la condición laboral.

El procedimiento de trabajo se dividió en las siguientes fases:

1. Aplicación de pruebas piloto y distribución de matrices entre expertos para validación de instrumentos, estas se realizaron en la colonia Villanueva de Tegucigalpa, al oriente de la ciudad.
2. Adaptación de instrumentos de medición, con base a los resultados obtenidos en el proceso de validación.
3. Definición de la muestra con la asesoría de experto en la materia.
4. Aplicación de instrumentos en campo: se capacitó a un equipo de 12 personas en su mayoría estudiantes universitarios, posteriormente se procedió al levantamiento de los datos, los 12 encuestadores se distribuyeron en las cuatro comunidades a encuestar en el Distrito Central y recopilaron información solicitada.
5. Se pidió a cada participante responder al cuestionario SRQ y la Encuesta de Condición Laboral (Trabajo y Desempleo) con el objetivo de conocer la condición laboral de las personas y sus efectos en la salud mental de cada uno. Los datos demográficos fueron

recogidos en la parte inicial de los cuestionarios; esto, se llevó a cabo en el mes de junio de 2016.

6. Se realizó el análisis estadístico de los datos recopilados, usando como herramienta principal, el SPSS, con el que se hicieron los cruces respectivos, se obtuvieron las estadísticas descriptivas y la estadística inferencial; lo que permitió hacer la comprobación de hipótesis y contrastación con la teoría disponible.
7. Elaboración informe del estudio a partir de los datos encontrados.

# **Capítulo V**

## **Resultados de la Investigación**

## Capítulo V: Resultados de la investigación

El presente capítulo contiene los principales hallazgos del estudio, expuestos a través de gráficas y tablas. Se hace uso de estadística descriptiva e inferencial, cruce de variables que son representadas mediante gráficas; los mismos son leídos e interpretados con base a los objetivos de la investigación.

### 5.1 Prevalencia de trastornos mentales en relación con la condición laboral

La tabla 7 muestra el coeficiente de correlación de Spearman Brown de trastornos mentales relacionados con la condición laboral de la población de cuatro comunidades del Distrito Central; en la misma se aprecia que dicha relación no es estadísticamente significativa, por lo que se acepta la hipótesis nula de la hipótesis general. Sin embargo, descriptivamente se aprecia que en ambas poblaciones es decir, la que no trabaja y la que cuenta con trabajo presenta trastornos mentales, la primera con 51% y la segunda con 49%.

**Tabla 7. Condición laboral y prevalencia de trastornos mentales**

		Correlaciones		
			1. ¿Trabaja usted actualmente?	Prevalencia
Rho de Spearman	1. ¿Trabaja usted actualmente?	Coeficiente de correlación	1.000	-.041
		Sig. (bilateral)	.	.481
		N	300	300
Prevalencia		Coeficiente de correlación	-.041	1.000
		Sig. (bilateral)	.481	.
		N	300	300

Fuente: elaboración propia con base a encuesta de una muestra aleatoria de la población adulta de cuatro comunidades del municipio del Distrito Central, en el año 2016

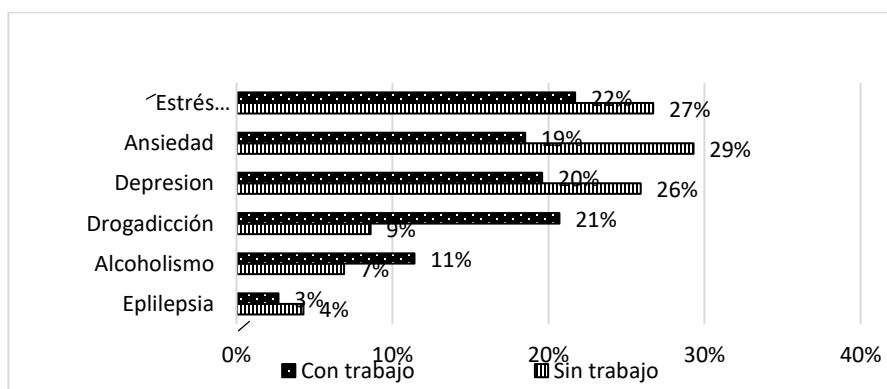


### 5.1.1 Trastornos mentales específicos y la condición laboral

Con base a los resultados obtenidos en la figura 7, se muestra que los trastornos depresivos equivalen al 26% de prevalencia en las personas desempleadas. En contraste del 20% en las personas que tienen trabajo. Lo que apoya a la aceptación de la hipótesis de trabajo H<sub>1</sub>: El porcentaje de trastornos depresivos es mayor en personas desempleadas en cuatro comunidades del Distrito Central.

Cabe hacer notar que el porcentaje de ansiedad supera al de depresión en las personas desempleadas de cuatro comunidades del Distrito Central, siendo este hallazgo de alta importancia para determinar cuáles son los trastornos mentales de mayor incidencia en las personas desempleadas. De igual forma los hallazgos evidencian que el estrés postraumático es el trastorno mental de mayor incidencia en personas que trabajan en cuatro comunidades del Distrito Central.

En la misma figura se evidencian resultados de menor porcentaje de ansiedad en las personas que trabajan, con un 19% en contraste con un 29% de personas que no trabajan.



**Figura 7. Trastornos mentales específicos y la condición laboral**

Fuente: Elaboración propia con base a encuesta de una muestra aleatoria de la población adulta de cuatro comunidades del municipio del Distrito Central, en el año 2016.

Se determina que existe una relación estadísticamente significativa entre los trastornos mentales de ansiedad ( $\chi^2=4.76$ ,  $P \leq 0.05$ ), drogadicción ( $\chi^2=7.66$ ,  $P \leq 0.05$ ) en relación con la condición laboral. Por lo cual se determina que las personas con empleo manifiestan menor porcentaje de ansiedad, no obstante el consumo de drogas es más alto, por ende la drogadicción en las personas que trabajan es más elevada, debido a que cuentan con ingresos económicos y pueden costear su compra, en cambio los que están desempleados no pueden acceder a la misma, según se muestra en la tabla 8.

**Tabla 8. Relación condición laboral y ansiedad y drogadicción**

<b>Cruce de variables</b>	<b>Chi-cuadrado de Pearson</b>	<b>Significación asintótica (bilateral)</b>
	<b><math>\chi^2</math></b>	<b><math>P \leq 0.05</math></b>
Condición laboral y Ansiedad	4.76	0.029
Condición laboral y drogadicción	7.66	0.006

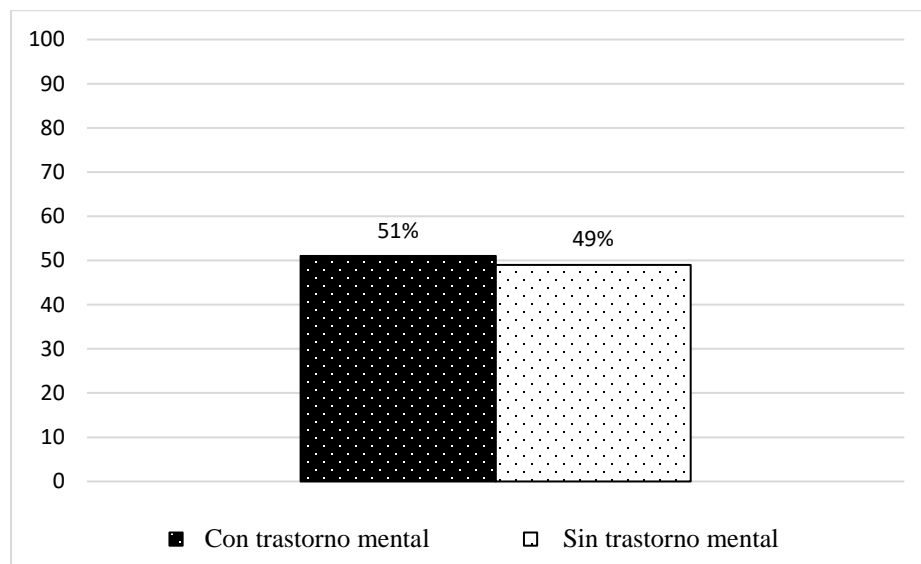
Fuente: Elaboración propia con base a encuesta de una muestra aleatoria de la población adulta de cuatro comunidades del municipio del Distrito Central, en el año 2016.

## 5.2 Prevalencia global de trastornos mentales

El análisis de la prevalencia se realiza clasificando la población investigada en función de la presencia de trastorno mental.

Según el análisis de los trastornos mentales en la figura 8, se estima que el 51% de la población adulta de cuatro comunidades del municipio del Distrito Central presenta sintomatología de trastorno mental, en comparación con un 49% que no presenta. Dado que los resultados superan el porcentaje en relación a la hipótesis de trabajo H<sub>2</sub> La población adulta de cuatro comunidades

del Distrito Central experimenta una prevalencia entre 25 y 35% de probables trastornos mentales. Descriptivamente se muestra un porcentaje mayor de lo esperado.



**Figura 8. Prevalencia global de trastornos mentales en cuatro comunidades del Distrito Central**

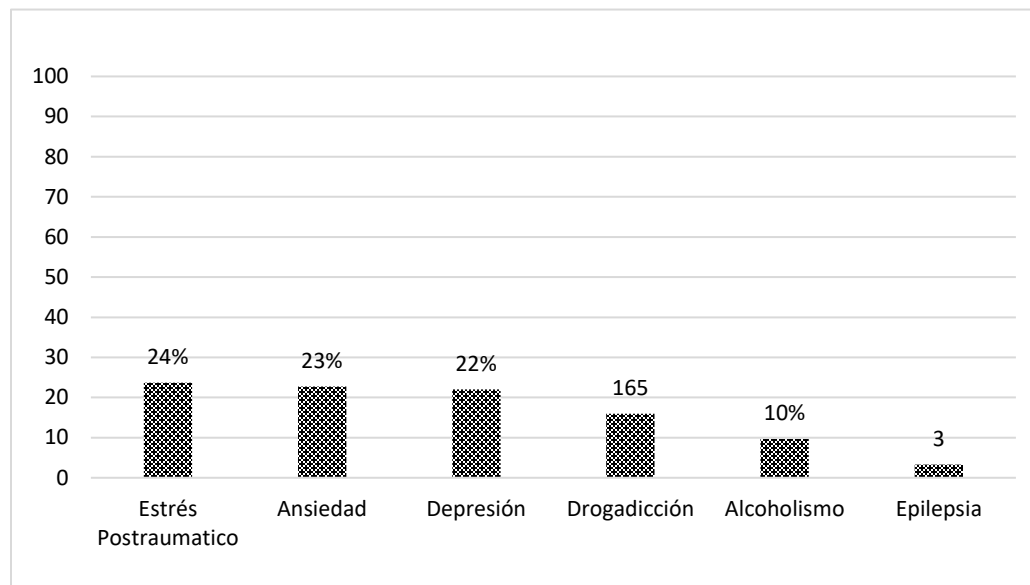
Fuente: Elaboración propia con base a encuesta de una muestra aleatoria de la población adulta de cuatro comunidades del municipio del Distrito Central, en el año 2016.

### **5.2.1 Trastornos mentales de mayor prevalencia en la población adulta de cuatro comunidades del municipio del Distrito Central.**

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

Como se aprecia en la figura 9, el trastorno mental con mayor prevalencia en la población de cuatro comunidades del Distrito Central, es el *Estrés Postraumático* con un 24%, seguido por la *ansiedad* con 23% y la *depresión* con 22%; siendo el de menor prevalencia la epilepsia con

3%. Cabe destacar que los trastornos depresivos alcanzan más del 15% que fue el supuesto inicial para dicho trastorno.



**Figura 9. Trastornos mentales de mayor prevalencia en cuatro comunidades del Distrito Central**

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

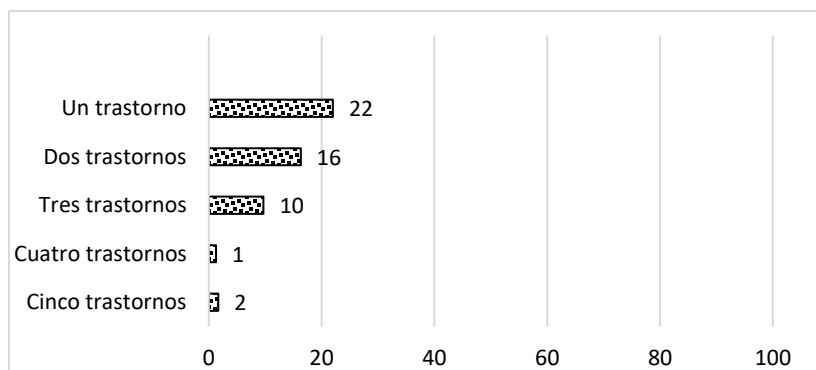
### **5.3 Comorbilidad global de trastornos mentales en la población adulta de cuatro comunidades del Distrito Central**

El análisis de la comorbilidad se efectúa relacionando la existencia de más de un trastorno mental, dos, tres, cuatro y hasta cinco trastornos mentales.

La comorbilidad también conocida como “morbilidad asociada”, es un término utilizado para describir síntomas de dos o más trastornos o enfermedades que ocurren en la misma persona.

Pueden ocurrir al mismo tiempo o uno después del otro.

La figura 10 indica que del 51% (153 sujetos), con trastornos mentales un 22% (67 sujetos) obtienen puntuaciones indicadoras de al menos un trastorno; asimismo un 1% (3 sujetos) presentan de forma simultánea cuatro y cinco trastornos mentales.



**Figura 10. Comorbilidad global de trastornos mentales.**

Fuente: Elaboración propia con base a encuesta de una muestra aleatoria de la población adulta del municipio del Distrito Central, en el año 2016

### 5.3.1 Comorbilidad de Trastornos específicos en la población estudiada.

La tabla 9 muestra los resultados de la comorbilidad de trastornos específicos: 35 sujetos (12%) obtienen puntuaciones indicadoras de la existencia de Depresión y Ansiedad. Con lo que apoya al planteamiento de la hipótesis H<sub>4</sub>: comorbilidad de trastornos mentales es más frecuente en los trastornos de ansiedad y depresión. Además, se encontró que 20 personas (7%) presentaron estrés postraumático, ansiedad y depresión simultáneamente.

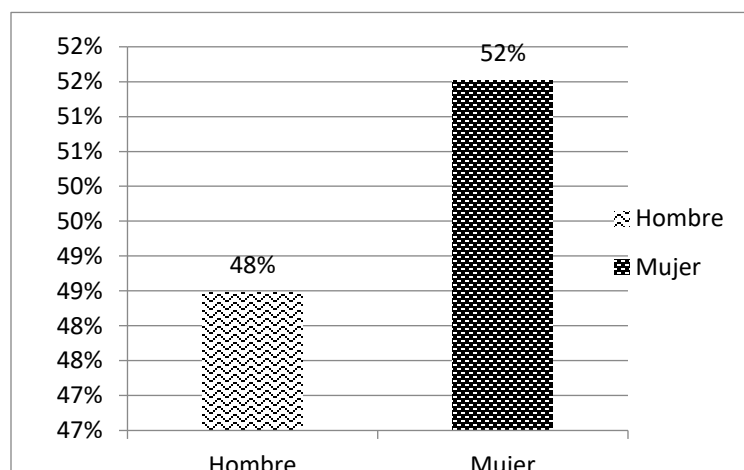
**Tabla 9. Comorbilidad de trastornos específicos**

Resultados de Comorbilidad	n	Porcentaje
Depresión y Ansiedad	35	12%
Estrés Postraumático y Ansiedad	35	12%
Estrés Postraumático y Depresión	29	10%
Estrés Postraumático, Ansiedad y Depresión	20	7%

Fuente: Elaboración propia con base a encuesta de una muestra aleatoria de la población adulta de cuatro comunidades del municipio del Distrito Central, en el año 2016

## 5.4 Trastornos mentales según sexo en la población adulta de cuatro comunidades del Distrito Central

En lo que respecta al análisis de los trastornos mentales en la figura 11, los resultados obtenidos según sexo, se observa que los trastornos mentales son mayor en la población femenina con 52% en comparación con la población masculina con un 48%. Razón por la que valida la hipótesis H<sub>5</sub>, donde se plantea que hay mayor porcentaje de mujeres con depresión, que es uno de los trastornos mentales que se registra con alta incidencia en cuatro comunidades del Distrito Central.



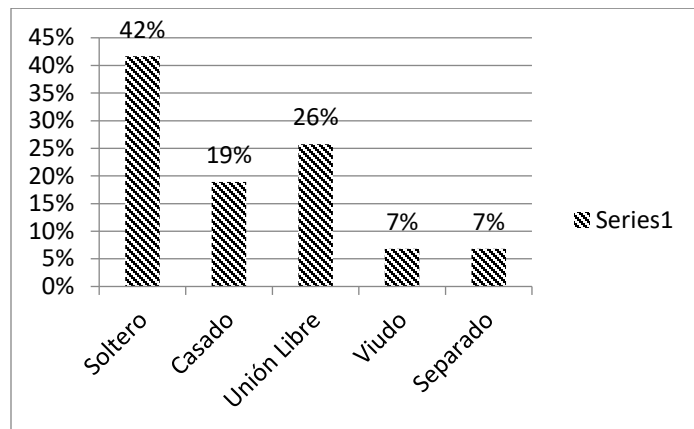
**Figura 11. Trastorno mental según sexo**

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

### 5.4.1 Trastornos Mentales según estado civil

La figura 12, muestra que la población con trastornos mentales (51%), según estado civil, el 42% están solteros, en contraste con las personas separadas y viudas con un 7%.

En contraste con la hipótesis  $H_6$ , hay una diferencia, ya que inicialmente se planteó que la población según estado civil, mayormente afectada, sería la casada.

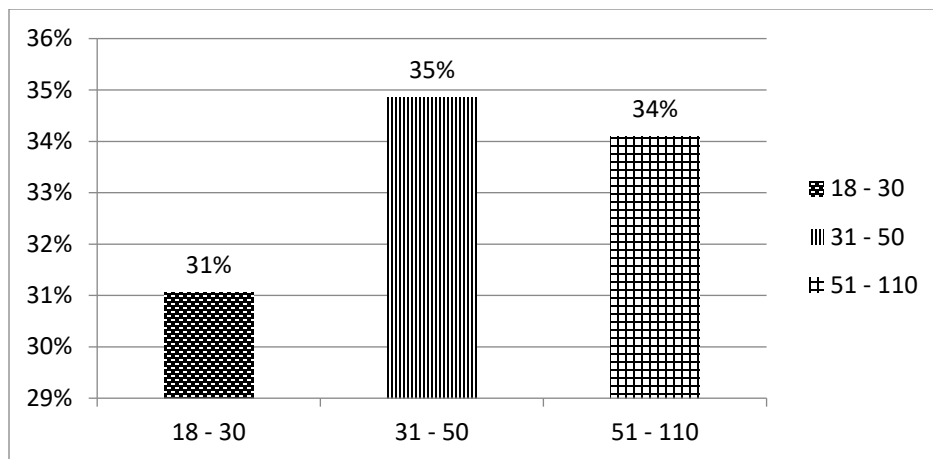


**Figura 12. Trastornos mentales según estado civil.**

Fuente: Elaboración propia con base a encuesta de una muestra aleatoria de la población adulta de cuatro comunidades del municipio del Distrito Central, en el año 2016.

#### 5.4.2 Trastornos mentales según rangos de edad

La figura 13 muestra los resultados obtenidos según rango de edad, el porcentaje de mayor de trastorno mental se encuentra en las personas con edades de 31 y 50 años, con un 35%. De acuerdo a la hipótesis  $H_7$  que plantea: La población adulta de cuatro comunidades del Distrito Central que presenta mayor porcentaje de trastornos mentales es la comprendida entre los 18 y 30 años de edad, los resultados encontrados difieren con la misma.



**Figura 13. Trastornos mentales según rangos de edad**

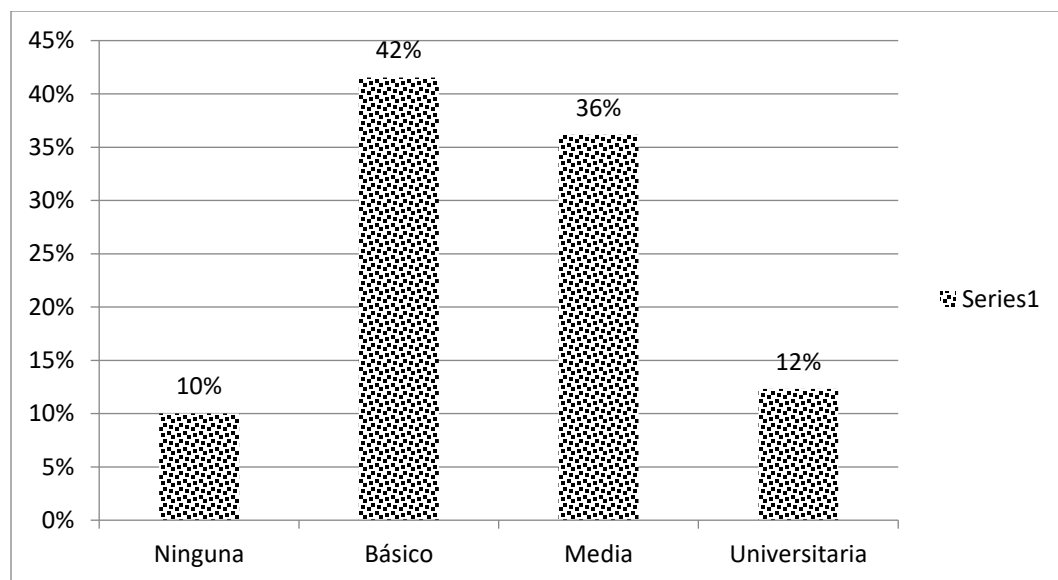
Fuente: Elaboración propia con base a encuesta de una muestra aleatoria de la población adulta de cuatro comunidades del municipio del Distrito Central, en el año 2016.

#### 5.4.3 Trastornos mentales según escolaridad

Según los resultados evidenciados en la figura 14, indica que la población con trastornos mentales, se concentra en las personas con un nivel de escolaridad básico con un 42%, y un 12% son de nivel universitario.

En contraste con la hipótesis  $H_8$ , la cual sostiene que la población adulta de cuatro comunidades del Distrito Central que presenta mayor porcentaje de trastornos mentales, es la que cuenta con un nivel de escolaridad básica, coincide con los resultados encontrados.





**Figura 14. Trastorno mental según escolaridad.**

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

# **Capítulo VI**

## **Discusión**

## Capítulo VI: Discusión

Se presenta la prevalencia de trastorno mental según la condición laboral actual en cuatro comunidades del Distrito Central, que ofreció las siguientes cifras, el 51% de las personas con trastorno mental no tienen trabajo, a diferencia del 49% que presentan trastorno mental y están empleados. Lo que demuestra que tener o no tener un trabajo no es una variable significativa que determine trastorno mental ya que cuente con trabajo ó esté desempleado hay presencia de trastorno mental.

Estudios demuestran la relación de la prevalencia de trastornos mentales y condición laboral Campo-Arias; Cassiani Miranda, (2008) ilustra en un análisis multivariado de una muestra nacional de México se encontró que únicamente en el caso de los hombres, la condición de desempleo resultó estar significativamente asociada a la presencia de trastorno depresivo mayor. Taylor et al. en Australia, encontraron una relación estadísticamente significativa entre el empleo y trastornos del estado de ánimo y de ansiedad en ambos sexos, así como para el uso de sustancias en hombres. Hallazgos similares fueron obtenidos para intentos de suicidio, aunque esta asociación disminuyó después de ajustar por trastornos mentales, pero permanece significativa en los empleados por contrato anual.

Un estudio adicional revela que las prevalencias más bajas según grupos diagnósticos fueron encontradas en la categoría diferentes condiciones laborales. En trastornos del estado de ánimo y trastornos de ansiedad correspondió a las personas empleadas (6,0%) y a los estudiantes (2,3%), respectivamente. En trastornos por sustancias, las amas de casa tuvieron las prevalencias más bajas (1,8%). No se presentaron trastornos de ansiedad de separación en las personas jubiladas o pensionada.

Cumpliendo con objetivos de este estudio se presenta la prevalencia de los diferentes trastornos mentales encontrados en cuatro comunidades del Distrito Central, según la condición laboral de los encuestados que tiene trabajo o está desempleado, se reportan los siguientes hallazgos: siendo el estrés postraumático el de mayor prevalencia con un 21.7% en personas con trabajo. Seguido de la drogadicción con un 20.7% y la depresión con un 19.6%. Evidenciando la ansiedad un 18.5%. El alcoholismo representa un 11.4% y en menor porcentaje la epilepsia con 2.7%.

Por otra parte los trastornos mentales muestran un alto porcentaje de prevalencia en las personas sin trabajo. Siendo la ansiedad el trastorno con porcentaje más elevado, alcanzando un 29.3%, seguido del estrés postraumático que demuestra un 26.7%. La depresión arroja un 25.9% y la drogadicción un 8.6%. Finalizando con la epilepsia que evidencia el porcentaje más bajo de los trastornos mentales en población sin trabajo.

Según informe de la OIT, uno de cada diez trabajadores sufre trastornos y problemas de salud mental. En Estados Unidos, la depresión clínica se ha convertido en una de las enfermedades más comunes, que llega a afectar cada año a una décima parte de los adultos en edad de trabajar, con el resultado de una pérdida de aproximadamente 200 millones de días de trabajo anuales.

Otro estudio según la encuesta europea sobre Seguridad y Salud Laboral realizada en 2013 por la OSHA, el 74% de los trabajadores en España alegan como principal causa de estrés el número de horas trabajadas, o la sobrecarga de tareas. La inestabilidad laboral y el acoso son, para el 66%, causas fundamentales del malestar de la salud mental de las personas empleadas.

En relación a los trastornos mentales de mayor prevalencia en los ámbitos laborales, el estudio realizado por Diaconu (2010) menciona que el estrés postraumático en el lugar de trabajo

(TEPT) comienza a aparecer como diagnóstico clínico en casos de accidente laboral y como resultado emocional de la exposición a situaciones traumáticas ocurridas en el lugar de trabajo.

Conociendo los trastornos mentales que la población que tiene trabajo en el Distrito Central está presentando y siendo el estrés postraumático el de mayor prevalencia podemos asociarlo a los eventos como la violencia y el delito entre trabajadores, los accidentes mortales o graves y la muerte repentina. De igual forma los trastornos depresivos y ansiosos repercuten en el desempeño laboral de las personas que trabajan.

Algunos trabajos internacionales citados Mingote (2011) concluyen que en torno al 20% de los empleados consumen bebidas alcohólicas y otras sustancias de abuso de forma excesiva e inapropiada, con un elevado coste por pérdida de productividad, siniestralidad laboral y numerosas enfermedades relacionadas con este motivo. En España, según los datos de la última encuesta del Plan Nacional sobre Drogas, aproximadamente un 10% de las personas activas son bebedoras de riesgo y el 27% ha consumido cannabis en el último mes, siendo éstas las dos drogas más prevalentes y con más repercusión en el ámbito laboral.

El trastorno de ansiedad lidera con la más alta prevalencia de trastorno mental en personas que no tienen trabajo en cuatro comunidades del Distrito Central, seguido del estrés postraumático y la depresión siendo estos tres trastornos más prevalentes en las personas desempleadas. Según el estudio realizado por Guardia (2015) en España demuestra que las personas desempleadas tienen un riesgo entre 2 y 7 veces mayor de sufrir depresión que las que no lo están. Los resultados obtenidos de este mismo estudio revelan un aumento significativo de los trastornos del estado de ánimo (19.4% en depresión mayor y 10.8% en distimia), trastornos de ansiedad (8.4% en

ansiedad generalizada y 6.4% en crisis de angustia), trastornos somatomorfos (7.2%) y abuso de alcohol (4.6% en dependencia y 2.4% en abuso).

En el presente estudio realizado en cuatro comunidades del municipio del Distrito Central, (Col. La Travesía, Col. Flor del Campo, Col. Cerro Grande y Col. Villa nueva, según los resultados obtenidos el trastorno de mayor prevalencia es el estrés postraumático con un 23.7%, seguido por la ansiedad con un 22.7%, la depresión con 22%, drogadicción con un 16%, alcoholismo con un 9.7% y epilepsia con 3.3%. La OMS (2013) estima que un 3,6% de la población mundial ha sufrido un trastorno de estrés postraumático (TEPT) en el último año. El trastorno por estrés postraumático se origina tras haber sufrido u observado un acontecimiento altamente traumático (atentado, violación, asalto, secuestro, accidente, etc.), en el que está en juego la vida de las persona.

Según Mendoza Mojica y colaboradores (2013) mencionan que en 2005, un estudio realizado en una zona urbana de México resaltó que 68% de su población adulta había estado expuesta, al menos alguna vez en su vida, a un suceso estresante asociado al TEPT. Los sucesos más frecuentes fueron: persecución o acoso, violación, secuestro, abuso sexual y haber sido víctima de violencia por parte de sus padres. Respecto al trastorno, la prevalencia total fue de 1.45%.

Contrastando ese estudio con el realizado en cuatro comunidades del Distrito Central que de igual forma es una zona urbana se observó que un alto porcentaje de personas en algún momento han estado expuestas por lo menos a un suceso de ésta índole y que son los principales causantes de la alta prevalencia del trastorno de estrés postraumático en la ciudad capital del país. Haciendo referencia a los otros trastornos mentales que se encontraron en este estudio, la OMS en 2016 menciona a Chile entre los países con mayor carga de morbilidad por enfermedades

psiquiátricas (23,2%) en el mundo. La depresión mayor y los trastornos por consumo de alcohol ocupan el primer y segundo lugar en las discapacidades atribuidas entre adultos. Casi un tercio de la población mayor de 15 años ha sufrido un trastorno psiquiátrico en su lapso de vida y un 22,2% ha tenido uno durante el año pasado. Los trastornos de ansiedad son los más prevalentes, seguidos por depresión mayor y trastornos por consumo de alcohol. En años anteriores la Organización Panamericana de la Salud (OPS) 2009 encontró que los trastornos mentales más altos son los trastornos depresivos unipolares (13,2%) y los producidos por el uso excesivo de alcohol (6,9%).

Algunos estudios realizados en Honduras reflejan ciertas similitudes, sin embargo, los resultados de la prevalencia de trastornos mentales ha ido en aumento. Paz y colaboradores (1999) encontraron en la colonia Villanueva de Tegucigalpa que las proporciones de prevalencia estimada fueron: Ansiedad 20.5%, Consumo la de drogas 14.8%, Depresión 13.1%, Alcoholismo 6.2%, Epilepsia 1.2% en este estudio los investigadores llegaron a la conclusión que las elevadas prevalencias estimadas están asociadas con el estrés ocasionado por el hacinamiento y bajos ingresos económicos, lo cual constituye la presencia de necesidades básicas insatisfechas y violencia.

Continuando con los hallazgos de este estudio se da a conocer que la prevalencia de trastornos mentales es mayor en la población femenina con 53.5% en comparación con la población masculina con un 48.7%.

Un estudio publicado por la American Psychological Association (APA) 2011 menciona que en cuanto a enfermedades mentales, el sexo puede marcar una diferencia porque las mujeres tienen más probabilidades de ser diagnosticadas de ansiedad o depresión, mientras que los hombres

tienden al abuso de sustancias y a los trastornos antisociales. Los autores citan investigaciones previas en las que se encontró que las mujeres sufren más que los hombres de depresión, ya que "las mujeres meditan con más frecuencia que los hombres, centrándose repetidamente en sus emociones negativas y los problemas, en vez de participar más activamente en la solución de éstos".

Las mujeres en edad reproductiva son más vulnerables a desarrollar trastornos de ansiedad que los hombres, aproximadamente entre 2 a 3 veces más. De hecho, el 17,5% de las mujeres frente al 9,5% de los hombres habían sufrido algún trastorno de ansiedad a lo largo de su vida; mientras que el 8,7% de las mujeres frente al 3,8% de los hombres habían padecido un trastorno de ansiedad en el último año. Ser hombre o mujer no sólo puede influir en la prevalencia de los trastornos mentales, sino también en la manifestación y expresión de los síntomas, la voluntad para solicitar asistencia médica o psicológica, el curso de la enfermedad, incluso en la respuesta al tratamiento según Phillips y First, 2009; Wisner y Dolan-Sewell (2009) citado en (Arenas & Puigcerver, 2009).

Las prevalencias altas del género femenino en el Distrito Central es debido un alto porcentaje de mujeres que son jefas de familia, se dedican exclusivamente a las labores del hogar, tiene un bajo nivel socioeconómico, muchas están desempleadas, un gran número sufren experiencias de violencia y las exigencias a las que están sometidas siendo estos factores de riesgo.

Respecto a las atenciones en el Hospital Psiquiátrico "Mario Mendoza" en el año 2015 en la asistencia psiquiátrica se atendieron 40,447 mujeres y 24,026 varones (64,473) siendo los trastornos del Humor (afectivos) el problema de salud mental de mayor prevalencia.



Los resultados obtenidos según rango de edad muestra que el porcentaje de mayor prevalencia de trastorno mental en cuatro comunidades del Distrito Central se encuentra en el rango de población mayor de 51 años de edad (51-110) con 61.0 %, seguido por adulto medio (31-50) con 52.8% y en menor porcentaje la población de adulto joven (18-30) con 41.8%. Los elevados porcentajes en los mayores de 51 puede atribuirse a que éste grupo etario tiene más dificultades para emplearse por su edad, así como los síntomas físicos que conlleva estas edades entre otros. Estudios realizados por la OMS (2016) indican que los adultos mayores pueden sufrir problemas físicos y mentales que es preciso reconocer.

Más de un 20% de las personas que pasan de los 60 años de edad sufren algún trastorno mental o neural (sin contar los que se manifiestan por cefalea) y el 6,6% de la discapacidad en ese grupo etario se atribuye a trastornos mentales y del sistema nervioso. Estos trastornos representan en la población anciana un 17,4% de los años vividos con discapacidad. La demencia y la depresión son los trastornos neuropsiquiátricos más comunes en ese grupo de edad.

Otros estudios indican que muchos adultos mayores se ven privados de la capacidad de vivir independientemente por dificultades de movilidad, dolor crónico, fragilidad u otros problemas mentales o físicos, de modo que necesitan asistencia a largo plazo. Asimismo un descenso del nivel socioeconómico como consecuencia de la jubilación, o la discapacidad. Todos estos factores pueden ocasionarles aislamiento, pérdida de la independencia, soledad y angustia.

En el adulto medio (31-50) encontramos el segundo porcentaje más elevado de acuerdo al rango de edad de padecer trastorno mental las exigencia económicas y compromisos que han adquirido, la presión de un ingreso y aunque se encuentran dentro de la población económicamente activa, los índices de desempleo y las pocas oportunidades repercute de manera directa en su salud

mental. De acuerdo a un estudio realizado por la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos publicó un informe sobre la salud mental de la población trabajadora. Los servicios de salud y de empleo deben intervenir antes, involucrar a los actores clave y asegurarse de que trabajen juntos con el fin de ayudar a las personas con problemas de salud mental a encontrar trabajo y permanencia en el trabajo, Según ellos, un quinto de las personas en edad de trabajar sufre una enfermedad mental (Periódico el País, 2015).

Los resultados obtenidos según estado civil muestra que los solteros presentan la mayor probabilidad de padecer trastorno mental con un 39.9%, seguidos de los que están en unión libre con 30.1%, casados 18.3%, viudo con 5.9%, al igual que los separados con 5.9%.

Al comparar los datos de la presente investigación con la realizada por Paz-Fonseca y colaboradores en (1999), siempre en el área metropolitana, refleja un aumento de la prevalencia según el estado civil; sobre todo en los solteros: la mayor prevalencia corresponde a la categoría unión libre con 26.1%, seguido de casado con 16.4% y soltero con 12%.

Al respecto con Estudio Nacional de Salud Mental de Colombia (2003) donde se evidencia que en cualquier trastorno principal la mayor prevalencia fue en personas separadas o viudas, con un 45,3% seguida de las solteras con un 36 %. En los trastornos del estado de ánimo y de ansiedad, las prevalencias más bajas se encontraron en personas casadas o en unión libre, con 15,1 y 18,5% respectivamente.

Según estudio, el estado civil que presentó mayor número de trastornos mentales fueron los solteros. También se encontró que la estabilidad de la pareja parece beneficiar más al varón que a la mujer en lo que respecta a la salud mental. En la mujer influye más la calidad de la relación,

aunque las mujeres casadas presentan, en general, menos trastornos afectivos que las no casadas (Salvador-Carulla, Ayuso-Mateos, & García-Gutiérrez, 2004).

Los datos obtenidos en cuatro comunidades del Distrito Central en cuanto a la escolaridad se observó que las personas que tienen un nivel de educación básica es la que indica padecer más trastornos mentales con un 59.6%, siendo la población con educación universitaria la que reporta una menor prevalencia con 31.7% de trastornos mentales.

Lo que indica que a mayor nivel educativo menor probabilidad de trastornos mentales. Se comprobó con este estudio realizado por Campo-Arias & Cassiani Miranda (2008) mencionan que existe una asociación fuerte, inversa e independiente entre el nivel educativo y los trastornos mentales. Así, por ejemplo, conforme se incrementa el nivel de escolaridad disminuye la prevalencia de trastorno depresivo mayor. Así, entre los individuos sin educación formal la prevalencia de trastorno depresivo mayor es del 8,0%, y disminuye al 2,1 % en aquellos con educación superior o mayor.

Respecto a las atenciones en el Hospital Psiquiátrico “Mario Mendoza” en el año 2015 en la asistencia psiquiátrica se atendieron 40,447 femeninas y 24,026 varones (64,473) siendo los trastornos del Humor (afectivos) el problema de salud mental por excelencia.

Por lo que se concluye que las personas sin trabajo están más proclives a padecer trastornos mentales.

# Conclusiones

## Conclusiones

- La prevalencia de trastornos mentales en relación con la condición laboral en adultos de cuatro comunidades del Distrito Central evidencia que el 51% que presenta sintomatología de trastorno mental, es decir 153 sujetos no tienen trabajo actualmente, a diferencia de un 49% es decir 147 sujetos que presentan trastorno mental y tienen trabajo. Indicando con ello que 5 de cada 10 personas en estas comunidades presentan sintomatología de trastorno mental. Lo cual es respaldado por lo que sostiene la OIT, que uno de cada diez trabajadores sufre trastornos y problemas de salud mental.
- La prevalencia de trastornos depresivos es mayor en personas desempleadas, obteniendo un 26% a diferencia de las personas que tienen trabajo que presentaron 20% de depresión. Esto podría deberse a que no cuentan con ingresos, por lo que difícilmente pueden suplir sus necesidades básicas, además de sus sentimiento de valía que se ven vulnerados al no ser productivos.
- Se estima que el trastorno mental que presenta mayor prevalencia en la población del Distrito Central es el estrés postraumático con una prevalencia del 24% seguido de la ansiedad con un 23% y la depresión con 22%, lo cual indica que estos trastornos incluyendo la depresión alcanza altos niveles de prevalencia en la población estudiada. En cuanto al estrés postraumático se podría relacionar con la actual situación de violencia en el país, considerando el actuar del crimen organizado, los grupos antisociales que cada vez son más evidentes en su accionar (extorsiones, secuestros, robos, homicidios).
- La prevalencia de trastornos mentales es mayor en la *población femenina* con 52% en comparación con la población masculina con un 48%. Las prevalencias altas del género femenino en el Distrito Central es debido un alto porcentaje de mujeres que son jefas de

familia, se dedican exclusivamente a las labores del hogar, tiene un bajo nivel socioeconómico, muchas están desempleadas, un gran número sufren experiencias de violencia y las exigencias a las que están sometidas siendo estos factores de riesgo.

- El porcentaje de mayor prevalencia de trastorno mental se encuentra en el *rango de edad* comprendido entre 31-50 años con 35%. Los elevados porcentajes pueden atribuirse a que éste grupo etario comprende población económicamente activa, por lo que las exigencias laborales, los compromisos económicos, ocupaciones familiares y sociales les genera fuertes tensiones y altos niveles de estrés lo que afecta su salud mental.
- Los solteros con 42% y los de *unión libre* con 26% muestran la mayor probabilidad de presentar trastorno mental. Carulla en el 2002 encontró que la estabilidad de la pareja parece beneficiar más al varón que a la mujer en lo que respecta a la salud mental. En la mujer influye más la calidad de la relación, aunque las mujeres casadas presentan, en general, menos trastornos afectivos que las no casadas.
- Son mayores los niveles de trastornos mentales en la población con *baja escolaridad*. Las personas que tienen un nivel de educación básica es la que indica padecer más trastornos mentales con un 42%, siendo la población con educación universitaria la que reporta una menor prevalencia con 12% de trastornos mentales. Podría relacionarse con las escasas oportunidades de empleo que tienen, considerando que para optar a uno, aunque sea en un puesto básico, las instituciones exigen cierto nivel educativo, el cual no es alcanzado por este segmento poblacional.

# Recomendaciones

## Recomendaciones

- Realizar más estudios de ésta índole que cuantifican los trastornos en el área de la salud mental ya que permiten direccionar los esfuerzos que han de ejecutarse para atender dichos problemas por parte del personal de salud y en particular por psicólogos clínicos, así como especialistas en salud mental y psiquiatría.
- Debido a la alta prevalencia de trastornos mentales encontrada en cuatro comunidades del Distrito Central, es pertinente socializar estos resultados a las instituciones u organizaciones competentes para la creación de programas, elaboración de planes, formación de recursos humanos que se necesiten, apoyo comunitario y financiamiento requerido, para la prevención, atención y seguimiento de la población afectada.
- Según los hallazgos de la condición laboral en cuatro comunidades del Distrito Central se evidencia que debido a no tener trabajo actualmente la población en ésta condición, presenta una alta prevalencia de trastorno mental por lo que se recomienda a las instituciones que corresponde impulsar el sector laboral, promover programas para la generación de fuentes de empleo, ya sea a través de emprendimientos o proyectos de desarrollo local auto sostenibles.
- Promover el trabajo decente direccionado hacia condiciones de trabajo que sean productivas y aseguren una remuneración justa, así como seguridad en el lugar de trabajo y protección social para las familias; mejores perspectivas de desarrollo personal e integración social.



- Propiciar e implementar en las empresas tanto del sector privado, como en las instituciones públicas condiciones de trabajo más idóneas, en las que el autocuidado, la prevención, promoción de la salud, y la asistencia psicosocial laboral estén más presentes en la cotidianidad de las organizaciones, y que estén en camino de aplicación.
- Crear dentro de las empresas e instituciones programas de reconocimiento e incentivos para los colaboradores así como espacios de felicidad laboral tema muy actual en el ámbito empresarial con el objetivo de incentivar ambientes laborales más saludables y por ende colaboradores más productivos y felices.
- Fomentar el aprendizaje permanente, la educación básica hasta el aprendizaje en la vida adulta. El gobierno, los trabajadores y los empleadores, así como las instituciones educativas, tienen responsabilidades complementarias en disminuir las tasas de analfabetismo e incentivar la continuidad de estudios para elevar el nivel educativo de la población en general.

# Referencias bibliográficas

## Referencias Bibliográficas

- Aguilar, M., Rovelo, M., Padgett, D., & Reyes, A. (2000). Evaluación de Salud Mental en los Médicos Residentes de los postgrados de Medicina de la UNAH. *Revista Médica Postgrados UNAH*, (3) 8.
- Alcerro Castro, D. R. (1952). Estado Actual y Futuro de la asistencia psiquiátrica en Honduras. *Revista Médica Hondureña*, 486-491.
- Amodeo, S. (2011). Psicoterapia del trastorno de estrés postraumático. . *Clínica Contemporánea*, 285-292.
- Ápice, Asociación Andaluza de Epilepsia. (2011). *Guía Ápice de epilepsia*. Recuperado el 27 de Agosto de 2017, de <http://www.asadeepilepsia.com/guia-apice/guia-apice.pdf>
- Arenas, M., & Puigcerver, A. (diciembre de 2009). diferencias entre hombres y mujeres en los trastornos de ansiedad: una aproximación psicobiológica. *Escritos de psicología*, 3(1), 20-29. Obtenido de [www.esritosdepsicologia.es](http://www.esritosdepsicologia.es)
- Asociación Andaluza de Epilepsia. (24 de Mayo de 2011). *Guía Ápice de epilepsia*. Recuperado el 27 de Agosto de 2017, de <http://www.asadeepilepsia.com/guia-apice/guia-apice.pdf>
- Bados, A. (2015). Trastorno por Estrés Postraumático. Barcelona: Universidad de Barcelona, Facultad de Psicología.
- Baader M., T., Rojas C., C., Molina F., J. L., Gotelli V., M., & Alamo P., C. (2014). Diagnóstico de la prevalencia de trastornos de la salud mental en estudiantes universitarios. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 167-176.
- Banco Mundial. (2016). *Bancomundial.org*. Recuperado el 8 de septiembre de 2016, de <http://envivo.bancomundial.org/hacer-que-la-salud-mental-sea-una-prioridad-de-desarrollo-a-nivel-mundial>
- Bernal, C. A. (2010). *Metodología de la Investigación* (Tercera Edición ed.). (O. F. Palma, Ed.) Colombia, Colombia: Pearson Educación.
- Bernardo, M., Souza, H., Garrido Pinzón, J., & Kawuamura, E. (2015). Salud mental relacionada con el trabajo: desafíos para las políticas públicas. *Universitas Psychologica*, 5(14), 1613-1624. doi:doi :10.11144/Javeriana.upsy14-5.smrt
- Bustos, I. V. (2007). Violencia y factores sociales en mujeres de la ciudad de Temuco. *Revista Médica de Chile*, 135, 326-334.

- Caicedo, M., & Van Gameren, E. (2016). Desempleo y salud mental en la población de origen hispano en Estados Unidos: un análisis epidemiológico. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(3), 955-966. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015213.16592014>
- Campo-Arias, A., & Cassiani Miranda, C. A. (2008). Trastornos mentales más frecuentes: prevalencia y algunos factores sociodemográficos asociados. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, vol. 37, núm. 4, 598-613.
- Castellanos, M., Guarnizo, C., & Salamanca, Y. (2011). Relación entre niveles de ansiedad y estrategias de afrontamiento en practicantes de psicología de una universidad Colombiana. *International Journal Of Psychological Research*, 50-57.
- Chirinos-Flores, A., Munguia-Matamoros, A., Lagos-Velásquez, A., Salgado-David, J., Reyes-Ticas, A., Padgett-Moncada, D., & Donaire-Garcia, I. (2002). Prevalencia de trastornos Mentales en la población mayor de 18 años en 29 comunidades urbanas de Honduras, 2001. *Revista 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. (11 de Enero de 1982). Artículo 145. *Constitución de la República de Honduras*, 172. Tegucigalpa, Honduras, Honduras: La Gaceta.
- Diaconu, A. (2010). *El trastorno por estrés postraumático (TEPT) de origen laboral, estudio de un caso clínico*. Universidad Pompey Fabra, UD. Obtenido de [http://www.upf.edu/documents/3192961/3207869/tfm\\_Aniela\\_Diaconu.pdf](http://www.upf.edu/documents/3192961/3207869/tfm_Aniela_Diaconu.pdf)
- División de Salud Mental. (2000). *Formación de las consejerías de familia*. Tegucigalpa, M.D.C.: División de Salud Mental.
- DSM-5. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5)*, 5ta. Edición. Arlington, VA: Asociación Americana de Psiquiatría.
- Espino, A. (2012). Vida Laboral, Estrés y salud Mental. *Asociación Española Neuropsiquiatría*, 232.
- Fernández, S. (2012). *Perfil epidemiológico de la salud mental en México*. México D.F.: Secretaría de Salud.
- Funk, M. (2001). *Proyecto de Política de Salud Mental*. Ginebra, Suiza: OMS.

- García-Ubaque, J., Riaño-Casallas, M., & Benavides-Piracón, J. (2012). Informalidad, desempleo y subempleo: Un problema de salud pública. *Revista Salud Pública*, 1(14), 138-150. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v14s1/v14s1a12.pdf>
- Gómez Vélez, M., & Calderón Carrascal, P. A. (enero-julio de 2017). Salud mental en el trabajo: entre el sufrimiento en el trabajo y la organización saludable. *Katharsis*, 3(23), 177-201. Obtenido de <http://revistas.iue.edu.co/index.php/katharsis>
- Guardia, G. M. (2015). *Impacto del desempleo en la salud mental en España*. Universidad Pública de Navarra, Departamento de Sociología. Pamplona: Universidad Pública de Navarra.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la Investigación* (Sexta Edición ed.). (S. D. INTERAMERICANA EDITORES, Ed.) Distrito Federal, México, México: MCGRAW-HILL.
- Instituto Hondureño para la Prevención del Alcoholismo, Drogadicción y farmacodependencia, IHADFA (2004). *Consumo de drogas y salud mental en Honduras*. Tegucigalpa.
- 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): <http://www.ine.gob.hn/index.php/25-publicaciones-ine/87-encuesta-permanente-de-hogares-de-propositos-multiples-ephpm>
- Instituto Nacional de Estadística, INE, (2013). *Población y empleo*. Obtenido de <http://www.ine.gob.hn>  
<http://www.ine.gob.hn/index.php/component/content/article?id=81>.
- Instituto Universitario de Democracia, paz y seguridad, IUDPAS, (2016). Obtenido de IUDPAS-UNAH: <http://iudpas.org/boletines/boletines-nacionales>
- Jahan, S. (2015). *Repensar el trabajo por y para el Desarrollo Humano-Informe sobre Desarrollo Humano 2015*. PNUD.
- Klein, M. (1960). Sobre la salud mental. 7.
- Kohn, R., Levav, I., Donaire, I., Machuca, M., & Tamashiro, R. (2005). Psychological and psychopathological reactions in Honduras following Hurricane Mitch: implications for service planning. *Revista Panamericana Salud Pública*, 287-295.
- Levaggi, V. (2013). Trabajo decente, empleo y gobernabilidad. *Estrategias y Negocios*.

- Marin Morales, A., & Gil Domínguez, L. (2010). Obtenido de <http://digibug.ugr.es/bitstream/10481/27617/1/ReiDoCrea-Vol.2-Art.9-Marin-Gil-Roman-Farella.pdf>
- Marshall, H. (2015). Conferencia: Diagnóstico diferencial y recomendaciones de tratamiento para pacientes con síntomas de Ansiedad. *Revista médica Honduras*, Suplemento N° 1.
- Mendoza Mojica, S., & Marquez, O. (2013). Medición del Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) en universitarios mexicanos. *Salud Mental*.
- Mingote Adán, J. (2011). El trabajador con Problemas de Salud Mental. Pautas generales de detección, intervención y prevención. *Medicina y seguridad en el Trabajo*.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e igualdad. (2014). *Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto*. Galicia: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias.
- Moncada, G. (2013). *Prevalencia de Trastornos Mentales en Estudiantes Universitarios*. Tegucigalpa: Ciudad Universitaria.
- Moreno Guardia, G. (2015). *Impacto del desempleo en la salud mental en España*. Pamplona: Universidad Navarra.
- Murcia, H. P. (1975). *Programa de Salud Mental Comunitaria*. Tegucigalpa.
- Murra, D. E. (2014). Revista Hondureña del Postgrado de Psiquiatría. *Revista Hondureña del Posgrado de Psiquiatría, Edición especial*, 4-5.
- Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2016). *Informe Mundial sobre las Drogas 2016*. Viena: Naciones Unidas.
- Organización Internacional del Trabajo, OIT. (1998). *Enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo*. Organización Internacional del Trabajo. España: Ministerio de Trabajo y asuntos sociales. Recuperado el 2016, de <http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/TextosOnline/EnciclopediaOIT/tomo1/sumario.pdf>
- Organización Internacional del Trabajo, OIT. (2016). *Las mujeres en el trabajo*. Ginebra: OIT.
- Organización Mundial de la Salud, OMS. (2001). *Informe sobre la salud en el mundo 2001: Salud mental nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Ginebra.

- Organización Mundial de la Salud, OMS. (2002). *Informe mundial sobre Violencia y Salud, resumen*. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
- 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. (2011). *Carga mundial de trastornos mentales y necesidad de que el sector de salud y el sector social respondan de modo integral y coordinado a escala de país*. 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 400%*. (O. M. Salud, Editor) Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/depression-anxiety-treatment/es/>
- Organización de las Naciones Unidas, ONU. (2016). *Informe Mundial sobre las Drogas 2016*. Viena: Naciones Unidas, Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito.
- Organización de las Naciones Unidas, ONU, (2005). *Naciones Unidas, Derechos Humanos*. Obtenido de Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos: <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/RemedyAndReparation.aspx>
- Organización Panamericana de la Salud, OPS. (2013). *Informe sobre la Epilepsia en América Latina y el Caribe*. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud, OMS, (2014). *Global status report on alcohol and health*. Geneva: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data.
- País, P. e. (2015). La inflación y el desempleo de la UE se mantienen “estables”, según Eurostat. *a inflación y el desempleo de la UE se mantienen “estables”, según Eurostat*. (P. E. País, Ed.) Bruselas, Bélgica: El País. Obtenido de [https://elpais.com/economia/2015/07/31/actualidad/1438335707\\_712501.html](https://elpais.com/economia/2015/07/31/actualidad/1438335707_712501.html)
- Parejo Carbonel, B. (2016). *Prevalencia de la epilepsia en España -E-prints Complutense*. Recuperado el 27 de agosto de 2017, de <http://eprints.ucm.es/41531/1/T38488.pdf>
- Paz-Fonseca, A., Moncada-Landa, R., Sosa-Mendoza, C., Romero A., M., Murcia, H., & Reyes-Ticas, A. (Enero-abril de 1999). Prevalencia de Trastornos Mentales en la Comunidad de

- Villa Nueva, Región Metropolitana. *Revista Médica de los Post Grados de Medicina - UNAH*, 4(1), 74-85.
- Piazza, M., & Fiestas, F. (2014). Prevalencia anual de Trastornos y uso de Servicios de salud Mental en el Perú: Resultados del Estudio Mundial de Salud Mental. *Rev Perú Med Exp Salud Pública*, 30-38.
- Posada, José A. (Diciembre de 2013). La Salud Mental en Colombia. (redalyc, Ed.) *Biomédica*, 33(4), 33. doi:<https://doi.org/10.7705/issn.0120-4157>
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, PNUD. (2014). Obtenido de <http://www.undp.org/content/dam/undp/library/corporate/HDR/2014HDR/HDR-2014-Spanish.pdf>
- Portero Lazcano, G. (2015). DSM-5. Trastornos por consumo de sustancias. ¿Son problemáticos los nuevos cambios en el ámbito forense? *Cuad Med Forense*, 96-104.
- Queiros, N. (2013). Discurso sobre Empleo, Día del Trabajo. *Conferencia de Cara a la Celebración del 1ro. de Mayo "Día Internacional del Tarabajo"* (pág. 8). Guinea: OIT.
- Ramirez, L. (2015). *Blog de la Representante de la OPS/OMS en Honduras*. Recuperado el 20 de Octubre de 2014, de Proyecto piloto de salud mental comunitaria para Valle de Angeles:  
[http://www.paho.org/hon/index.php?option=com\\_content&view=article&id=833:proyecto-piloto-salud-mental-comunitaria-valle-angeles&Itemid=225](http://www.paho.org/hon/index.php?option=com_content&view=article&id=833:proyecto-piloto-salud-mental-comunitaria-valle-angeles&Itemid=225)
- Restrepo, D. A. (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
- Romero-Montes, S. (2016). Estructura de la sintomatología psiquiátrica según el SRQ28 en pacientes ambulatorios con Trastornos Mentales, evaluados en un Hospital general de Lima. *Revista Neuropsiquiatría*, 79 (3).
- Salvador-Carulla, L., Ayuso-Mateos, J., & García-Gutiérrez, J. (Marzo de 2004). Trastornos psiquiátricos en la edad media de la vida. Una epidemia silenciosa. *ELSEVIER*, 16(S1), 1-57.
- Secretaría de Salud. (2005). *Plan Nacional de Salud 2021*. Tegucigalpa.
- Secretaría del Trabajo, (2011). *Diagnóstico del mercado laboral de Honduras y empleabilidad infantil 2012*. Secretaría de Trabajo, Observatorio del mercado laboral, Tegucigalpa.



Obtenido de <http://www.trabajo.gob.hn/organizacion/dgt-1/direccion-general-de-empleo/oml/ANTECEDENTES%20Y%20DIAGNOSTICO%20DEL%20MERCADO%20LABORAL-1.pdf>

- 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](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)
- Social, M. d. (2003). *ESTUDIO NACIONAL DE SALUD MENTAL, COLOMBIA 2003*. Cali: Graficas Ltda.
- Ubilla, E. (2009). El concepto de salud mental en la obra de Erich Fromm. *Rev Chil Neuro-Psiquiat*, 47 (2): 153-162.
- Universidad de Deusto, Deusto, U. d. (2012). *Desempleo como factor de vulnerabilidad a la exclusión social*. Universidad de Deusto, Facultad de Psicología y Educación. San Sebastián: Universidad de Deusto.
- Valle, G. P. (2006). Prevalencia de Trastornos Mentales comunes en barrios marginales urbanos con población desplazada en Colombia. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 20 (5).
- Vargas Terrez, B. E., & Salcedo, V. V. (2016). La Salud Mental y la atención primaria en México. Experiencias de un modelo de atención colaborativo. *Salud Mental*, 3-9.
- Vicente, B., Rioseco, P., Saldivia, S., Kohn, R., & Torres, S. (2005). Prevalencia de Trastornos Psiquiátricos en Latinoamérica: Revista Crítica. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 506-514.

# **Anexos**



## Anexos



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

### Presentación

Buen día. Reciba un cordial saludo. Mi Nombre es

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

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

### Consentimiento Informado

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

Firma del participante: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Huella \_\_\_\_\_



## DATOS GENERALES

<b>Edad</b>		<b>Género</b>																																																	
		1. Masculino			2. Femenino			3. Otro																																											
<b>Número de Teléfono:</b>																																																			
<b>Estado Civil</b>	1. Soltero (a)		2. Casado (a)			3. Unión libre		4. Viudo	5. Separado	6. Divorciado																																									
<b>Religión</b>	1. Católico		2. Evangélico			3. Ninguna		4. Otro																																											
<b>Área</b>	1. Urbano					2. Rural																																													
<b>Nivel económico</b>	Listado de bienes y/o servicios que puede tener en su hogar:																																																		
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">Bienes o Servicios</th> <th style="width: 50%;">Marque con "X" si lo tiene</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Electricidad</td><td></td></tr> <tr><td>Agua potable</td><td></td></tr> <tr><td>Equipo de sonido</td><td></td></tr> <tr><td>Radio</td><td></td></tr> <tr><td>Televisión</td><td></td></tr> <tr><td>Refrigerador</td><td></td></tr> <tr><td>Servicio sanitario</td><td></td></tr> <tr><td>Letrina</td><td></td></tr> <tr><td>Libros</td><td></td></tr> <tr><td>Cable</td><td></td></tr> </tbody> </table>					Bienes o Servicios	Marque con "X" si lo tiene	Electricidad		Agua potable		Equipo de sonido		Radio		Televisión		Refrigerador		Servicio sanitario		Letrina		Libros		Cable		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">Bienes o Servicios</th> <th style="width: 50%;">Marque con "X" si lo tiene</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Estufa eléctrica</td><td></td></tr> <tr><td>Estufa de gas</td><td></td></tr> <tr><td>Fogón de leña</td><td></td></tr> <tr><td>Lavadora de ropa</td><td></td></tr> <tr><td>Carro</td><td></td></tr> <tr><td>Computadora</td><td></td></tr> <tr><td>Internet</td><td></td></tr> <tr><td>Teléfono</td><td></td></tr> <tr><td>Teléfono celular</td><td></td></tr> </tbody> </table>				Bienes o Servicios	Marque con "X" si lo tiene	Estufa eléctrica		Estufa de gas		Fogón de leña		Lavadora de ropa		Carro		Computadora		Internet		Teléfono		Teléfono celular	
Bienes o Servicios	Marque con "X" si lo tiene																																																		
Electricidad																																																			
Agua potable																																																			
Equipo de sonido																																																			
Radio																																																			
Televisión																																																			
Refrigerador																																																			
Servicio sanitario																																																			
Letrina																																																			
Libros																																																			
Cable																																																			
Bienes o Servicios	Marque con "X" si lo tiene																																																		
Estufa eléctrica																																																			
Estufa de gas																																																			
Fogón de leña																																																			
Lavadora de ropa																																																			
Carro																																																			
Computadora																																																			
Internet																																																			
Teléfono																																																			
Teléfono celular																																																			
<b>Dirección exacta</b>																																																			
<b>Ocupación</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Funcionarios, directores y jefes</li> <li>2. Profesionistas y técnicos</li> <li>3. Trabajadores auxiliares en actividades administrativas</li> <li>4. Comerciantes, empleados en ventas y agentes de ventas</li> <li>5. Trabajadores en servicios personales y vigilancia</li> <li>6. Trabajadores en actividades agrícolas, ganaderas, forestales, caza y pesca</li> <li>7. Trabajadores artesanales</li> <li>8. Operadores de maquinaria industrial, ensambladores, choferes y conductores de transporte</li> <li>9. Trabajadores en actividades elementales y de apoyo</li> </ol>																																																		
<b>Con quien vive</b>	Madre	Padre	Hijos	Hermanos		Abuelos	Pareja	Amigos	Otro																																										
<b>Escolaridad</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sin educación formal</li> <li>2. Educación básica incompleta</li> <li>3. Educación básica completa</li> <li>4. Educación media incompleta</li> <li>5. Educación media completa</li> </ol>					<ol style="list-style-type: none"> <li>6. Estudios técnicos</li> <li>7. Estudios universitarios incompletos</li> <li>8. Estudios universitarios completos</li> <li>9. Otros</li> </ol>																																													



## INSTRUCCIONES

### *Al encuestador:*

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

### *Al encuestado (a)*

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

SI      NO

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

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



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



Proyecto de Investigación - **Salud Mental en Honduras**

**ENCUESTA SOBRE CONDICIÓN LABORAL: TRABAJO Y DESEMPLEO**

El siguiente instrumento pretende conocer la condición laboral actual en su hogar, las respuestas son confidenciales. Se agradece responder en base a lo que se pide.

<b>I. SITUACIÓN LABORAL</b>				
<b>1. ¿Trabaja usted actualmente?</b> 1. <input type="radio"/> Sí      2. <input type="radio"/> No ( <b>Pase pregunta # 15</b> )	<b>2. ¿De las personas que viven en casa, cuántas trabajan?</b> # <u>  ST  </u>			
<b>3. ¿Cuál es su jornada de trabajo?</b> 1. <input type="radio"/> Jornada diurna (entre 5:00 am. y 7:00 pm.) 2. <input type="radio"/> Jornada nocturna (entre 7:00 pm y 5:00 am.) 3. <input type="radio"/> Jornada mixta ( diurna y nocturna) 4. <input type="radio"/> Jornada por hora	<b>4. ¿En su trabajo usted es?</b>  1. <input type="radio"/> Patrón o empleador (dueño o socio) 2. <input type="radio"/> Trabajador Independiente 3. <input type="radio"/> Trabajador asalariado 4. <input type="radio"/> Servicio Doméstico Otro: _____ <p style="text-align: center;">(Especifique)</p>			
<b>5. ¿Qué tipo de contrato tiene en su trabajo?</b> 1. <input type="radio"/> Permanente (Nombramiento) 2. <input type="radio"/> Temporal 3. <input type="radio"/> Contrato por hora 4. <input type="radio"/> No sabe / No responde	<b>6. ¿Qué hace Ud. en su trabajo actual?</b>  _____ <p style="text-align: center;">(Especifique)</p>			
<b>II. CONDICIÓN LABORAL ACTUAL</b>				
<b>7. ¿La empresa, organización o lugar de trabajo es:</b>  1. <input type="radio"/> Del sector público (Secretarías, Gobierno, Municipios) 2. <input type="radio"/> Empresa Privada 3. <input type="radio"/> De las Fuerzas Armadas 4. <input type="radio"/> ONG 5. <input type="radio"/> U otro	<b>8. ¿Cuántas horas trabaja normalmente por semana en su ocupación principal?</b>  <div style="display: flex; align-items: center;"> <span style="margin-right: 10px;">No sabe <input type="radio"/></span> <table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> </tr> </table> </div>			
<b>9. ¿Qué clase de actividad realiza la empresa, servicio, u oficina para la cual usted trabaja?</b>  _____ <p style="text-align: center;">Especifique</p>	<b>10. ¿Cuáles son sus derechos laborales?</b> 1. <input type="radio"/> Pensión? 2. <input type="radio"/> Prestaciones laborales? 3. <input type="radio"/> Vacaciones? 4. <input type="radio"/> Pago de horas extra? 5. <input type="radio"/> Seguro por accidente? 6. <input type="radio"/> Aguinaldo (décimo tercer salario)? 7. <input type="radio"/> Décimo cuarto salario? 8. <input type="radio"/> Bonificaciones? 9. <input type="radio"/> Seguro de vida? 10. <input type="radio"/> Ninguno de los anteriores? 11. <input type="radio"/> No sabe / no responde? <div style="float: right; border: 1px solid gray; border-radius: 50%; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <b>Respuesta Múltiple</b> </div>			
<b>11. En su ocupación actual, ¿a usted le pagan por:</b>  1. <input type="radio"/> Mes? 2. <input type="radio"/> Quincena? 3. <input type="radio"/> Semana? 4. <input type="radio"/> Día?	<b>12. ¿Cuál es su salario en su ocupación actual?</b>  <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>O Lps. 0 a 5,000</span> <span>O 5,000 a 10,000.00</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>O 10,000.00 a 15,000.00</span> <span>O 15,000.00 a 20,000.00</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>O Más de 20,000.00</span> </div>			
<b>13. En su trabajo actual, ¿Qué tan probable cree usted que es sufrir un accidente por la actividad que realiza?</b>	<b>14. ¿Qué tan satisfecho está usted con su trabajo actual?</b> 1. <input type="radio"/> Nada Satisfecho			

1. <input type="radio"/> Muy probable	2. <input type="radio"/> Poco Satisfecho
2. <input type="radio"/> Poco probable	3. <input type="radio"/> Ni satisfecho ni insatisfecho
3. <input type="radio"/> Nada probable	4. <input type="radio"/> Satisfecho
	5. <input type="radio"/> Muy Satisfecho
<b>III. DESEMPLEO</b>	
<b>15. ¿Ha trabajado antes?</b> 1. <input type="radio"/> Sí                      2. <input type="radio"/> No	<b>16. ¿Cuál fue su última ocupación?</b> _____
<b>17. ¿Cuál fue la razón por la que dejó su último trabajo?</b> 1. <input type="radio"/> Renunció 2. <input type="radio"/> Despido 3. <input type="radio"/> Cierre o liquidación de la empresa 4. <input type="radio"/> Se jubiló 5. <input type="radio"/> No le renovaron el contrato 6. <input type="radio"/> Le fue mal en el negocio 7. <input type="radio"/> Mala remuneración 8. <input type="radio"/> Malas condiciones laborales 9. <input type="radio"/> Mal trato por parte del empleador(a) o compañeros(as) 10. <input type="radio"/> Otra: _____ <b>(Especifique)</b>	<b>18. ¿Cuánto tiempo tiene sin trabajar?</b>  <b>Cantidad</b> <input type="text"/> <input type="text"/> { 1. <input type="radio"/> Días 2. <input type="radio"/> Semanas 3. <input type="radio"/> Meses 4. <input type="radio"/> Años
<b>19. ¿Desea trabajar y está disponible para hacerlo?</b>  1. <input type="radio"/> Si, ahora mismo 2. <input type="radio"/> Si, en otra época del año 3. <input type="radio"/> No            ¿Por qué?	<b>20. ¿En éste momento está buscando trabajo de manera activa?</b> 1. Si <input type="radio"/> 2. No <input type="radio"/> ¿Por qué?  1. <input type="radio"/> Actualmente estoy estudiando/ capacitando 2. <input type="radio"/> Dejé de buscar trabajo porque no he encontrado 3. <input type="radio"/> Dejé de buscar trabajo por otra razón. _____
<b>21. ¿Cuánto tiempo tiene de estar buscando trabajo?</b>  <b>Cantidad</b> <input type="text"/> <input type="text"/> { 1. <input type="radio"/> Días 2. <input type="radio"/> Semanas 3. <input type="radio"/> Meses	

<http://criterio.hn/2016/12/16/oit-presenta-informe-desempleo-2016-donde-honduras-ocupa-primeros-lugares/>

<http://www.elheraldo.hn/tegucigalpa/1067082-466/la-capital-registra-una-tasa-de-desempleo-mayor-a-la-nacional>