



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE HONDURAS

“NUESTRA SEÑORA REINA DE LA PAZ”

**Propuesta de Intervención en la Prevalencia de Ansiedad, Angustia,
Depresión y Distimia en Pacientes del Municipio del Distrito Central que
Asisten al Hospital Psiquiátrico Mario Mendoza. Marzo 2024.**

SUSTENTADA POR

NELMAN DARIO RAUDALES ZEPEDA

Asesor Metodológico:

Dr. Mirian Patricia Castro

Director Técnico:

Dr. Octavio Eduardo López Paredes

Previa obtención al título de:

MASTER EN PSICOLOGÍA CLÍNICA CON ENFOQUE EN TERAPIA DE FAMILIA

JULIO DEL AÑO 2024

Tegucigalpa M.D.C. Honduras

DEDICATORIA

Quiero dedicar este trabajo investigativo, en primer lugar, al divino Hacedor del universo; a mi madre, Santos Dolores Zepeda; a mis hermanos; a todo el grupo de docentes de la Maestría de Psicología Clínica de la Universidad Católica de Honduras, Nuestra Señora Reina de La Paz; a las autoridades del Hospital Psiquiátrico de Agudos Doctor Mario Mendoza, quienes me brindaron la apertura para poder realizar este trabajo investigativo con fines académicos; a la población hondureña, a la cual me debo en la labor que desempeño dentro de dicho centro; a mis hijos, quienes se han visto sacrificados en tiempo y dedicación por todo lo difícil que ha sido, restringiéndose el tiempo que puedo compartir con ellos, especialmente a mi hija que se encuentra en los Estados Unidos, Jiromi Raudales Sierra; y a mi esposa, quien ha sido un bastión importante para poder llevar a cabo y desarrollar mis actividades académicas, estando a mi lado aportando palabras de aliento.

AGRADECIMIENTO

Mi agradecimiento, como ya lo he mencionado, va a toda mi familia, a todas las personas que se han visto involucradas, a los empleados del Hospital Psiquiátrico Mario Mendoza, a las autoridades de dicho centro asistencial, a todas aquellas personas que se han visto implicadas y que han permitido que se me otorgue el espacio; al jefe del Departamento de Psicología del Hospital Psiquiátrico Mario Mendoza, Master Lester Mendoza; a la Universidad Católica de Honduras, Nuestra Señora Reina de La Paz, institución que nos ha dado la oportunidad de seguir formándonos académicamente, adquiriendo nuevos conocimientos en el área de la Psicología Clínica; a todos aquellos individuos que, de una u otra manera, han sido copartícipes en tan loable proceso de aprendizaje formativo; a los pacientes que asisten a dicho centro asistencial; a mi familia, a mis hijos y a los compañeros de la Cruz Hondureña, quienes han sido un bastión significativo para desarrollar este espíritu de superación; a todos los docentes que han formado parte de mi historial académico y que han sido un elemento significativo para mi crecimiento académico; a todos mis compañeros de posgrado de Psicología Clínica, quienes han compartido y sobrellevado algunas dificultades, por las características que identifican al ser humano en su imperfección y que hoy en día forman parte de este proceso de crecimiento, especialmente el espiritual, profesional y científico, que hoy viene a formar parte de mi ser para poder dar una atención más profesional.

Tabla de Contenido

Introducción	1
Capítulo 1 Planteamiento Del Problema.....	1
1.1. Situación problemática.....	3
1.2. Preguntas De Investigación.....	5
1.3. Objetivos	5
1.3.1. Objetivo General.....	5
1.3.2. Objetivos Específicos.....	5
1.4. Justificación	6
Capítulo 2 Marco Contextual.....	3
2.1. Marco Contextual.....	10
2.1.1. Sistema de Salud en Honduras.....	10
2.1.2. Historia de la Salud Mental en Honduras	10
2.1.3. Impacto de la Pandemia del Coronavirus	11
2.1.4. Pacientes del Hospital Psiquiátrico Mario Mendoza	11
2.1.5. Factores Predisponentes de Ansiedad y Depresión	12
2.1.6. Reformas Jurídicas.....	12
2.1.7. Factores de Salud Mental en Diferentes Etapas de la Vida	13

2.1.8. Factores Prevalcientes en la Salud Mental en Santa Bárbara	13
2.1.9. Visualización de Datos Relevantes	20
Capítulo 3 Marco Teórico	10
3.1. Marco Teórico.....	20
3.1.1. Definiciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS)	20
3.1.2. Orígenes y Definición de Distimia	20
3.1.3. Características de la Distimia.....	21
3.1.4. Ansiedad y Depresión	21
3.1.5. Ansiedad y sus Orígenes	22
3.1.6. Definiciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) Sobre Ansiedad y Depresión	23
3.1.7. Impacto de las Enfermedades Crónicas en la Salud Mental	24
3.1.8. Análisis y Discusión de las Teorías Presentadas en el Marco Teórico.....	26
Capítulo 4 Método	30
4.1. Enfoque Alcance Y Diseño.....	29
4.2. Variables	29
4.2.1. Operacionalización De Variables	29
4.3. Hipótesis	31
4.4. Participantes.....	31
4.4.1. Criterios de Inclusión.....	31

4.4.2. Criterios de Exclusión.....	31
4.5. Instrumento	32
4.6. Procedimiento	32
4.6.1. Instrumentos de Evaluación.....	32
4.6.2. Aplicación del Instrumento.....	33
4.6.3. Criterios Éticos.....	34
Capítulo 5 Resultados	28
5.1. Depresión Mayor	35
5.2. Trastorno Distímico	48
5.3. Trastorno De Angustia.....	58
5.4. Trastorno De Ansiedad Generalizada	76
Capítulo 6 Discusión.....	32
6.1. Conclusión	84
6.2. Recomendaciones	87
Capítulo 7 Lineamientos de Intervención	82
7.1. Nombre de la Intervención.....	89
7.2. Justificación	89
7.3. Alcance	90
7.4. Estrategias de Intervención	91

7.5. Recursos Necesarios	97
7.5.1. Recursos Humanos.....	97
7.5.2. Materiales.....	98
7.6. Plan de Intervención	103
Bibliografía	106
Anexos	111

Índice de Tablas

Tabla 1: Elementos Clave del Marco Teórico	27
Tabla 2: Operacionalización de Variables	29
Tabla 3: Prevalencia de cada Cuadro Clínico Estudiado	85
Tabla 4: Esquema General de la Estrategia de Intervención	105

Índice de Figuras

Figura 1: Prevalencia de Trastornos Mentales en Honduras	20
Figura 2: Genero	35
Figura 3: Edad.....	36
Figura 4: ¿En las últimas 2 semanas, se ha sentido deprimido o decaído la mayor parte del día, casi todos los días?.....	37
Figura 5: ¿En las últimas 2 semanas, ha perdido el interés en la mayoría de las cosas o ha disfrutado menos de las cosas que usualmente le agradan?.....	38

Figura 6: En las últimas 2 semanas, cuando se sentía deprimido o sin interés en las cosas: ¿Disminuyo o aumento su apetito casi todos los días? ¿Perdió o gano peso sin intentarlo?	39
Figura 7: ¿Tenía dificultades para dormir casi todas las noches dificultades para quedarse dormido, se despertaba a medianoche, se despertaba temprano en la mañana o dormía excesivamente?	40
Figura 8: ¿Casi todos los días, hablaba o se movía usted más lento de lo usual, o estaba inquieto o tenía dificultades para para permanecer tranquilo?	41
Figura 9: ¿Casi todos los días, se sentía la mayor parte del tiempo fatigado o sin energía?	42
Figura 10: ¿Casi todos los días, se sentía culpable o inútil?	43
Figura 11: ¿Casi todos los días, tenía dificultades para concentrarse o tomar decisiones?	44
Figura 12: ¿En varias ocasiones, deseo hacerse daño, se sintió suicida, o deseo estar muerto? .	45
Figura 13: ¿En el transcurso de su vida, tuvo otros periodos de 2 o más semanas, en la que se sintió deprimido o sin interés en la mayoría de las cosas y que tuvo la mayoría de los problemas de los que acabamos de hablar?	46
Figura 14: ¿Ha tenido alguna vez un período de por lo menos 2 meses, sin depresión o sin falta de interés en la mayoría de las cosas y ocurrió este pedido entre 2 episodios depresivos?	47
Figura 15: En los 2 últimos años, se ha sentido triste, desanimado o deprimido la mayor parte del tiempo.....	48
Figura 16: Durante este tiempo, ha habido algún período de 2 meses o más en el que se haya sentido bien	49
Figura 17: Durante este pedido en el que se sintió deprimido la mayor parte del tiempo, ¿Cambió su apetito notablemente?	50

Figura 18: Durante este periodo en el que se sintió deprimido la mayor parte del tiempo, ¿Tuvo dificultades para dormir o durmió en exceso?	51
Figura 19: Durante este periodo en el que se sintió deprimido la mayor parte del tiempo, ¿se sintió cansado o sin energía?.....	52
Figura 20: Durante este periodo en el que se sintió deprimido la mayor parte del tiempo, ¿perdió la confianza en sí mismo?	53
Figura 21: Durante este periodo en el que se sintió deprimido la mayor parte del tiempo, ¿Tuvo dificultades para concentrarse o tomar decisiones?	54
Figura 22: Durante este periodo en el que se sintió deprimido la mayor parte del tiempo, ¿Tuvo dificultades para concentrarse o tomar decisiones?	55
Figura 23: Durante este periodo en el que se sintió deprimido la mayor parte del tiempo, ¿Tuvo sentimientos de desesperanza?.....	56
Figura 24: ¿Estos síntomas de depresión, le causaron gran angustia o han interferido con su función en el trabajo, socialmente o de otra manera importante?.....	57
Figura 25: ¿En más de una ocasión, tuvo una crisis o ataques en los cuales se sintió súbitamente ansioso, asustado, incómodo o inquieto, incluso en situaciones en la cual la mayoría de las personas no se sentirían así?	58
Figura 26: ¿Estas crisis o ataques alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 minutos?	59
Figura 27: ¿Alguna vez estas crisis o ataques ocurrieron de una manera inesperada o espontánea u ocurrieron de forma impredecible o sin provocación?	60
Figura 28: ¿Cuál ha tenido una de estas crisis seguida por un periodo de un mes o más en el que temía que otro episodio recurriera se preocupaba por las consecuencias de la crisis?	61

Figura 29: Durante la peor crisis que usted puede recordar: ¿Sentía que su corazón le daba un vuelco, latía más fuerte o rápido?	62
Figura 30: Durante la peor crisis que usted puede recordar: ¿Sudaba o tenía las manos húmedas?	63
Figura 31: Durante la peor crisis que usted puede recordar: ¿Tenía temblores o sacudidas musculares?.....	64
Figura 32: Durante la peor crisis que usted puede recordar: ¿Sentía la falta de aliento o dificultad para respirar?.....	65
Figura 33: Durante la peor crisis que usted puede recordar: ¿Tenía sensación de ahogo o un nudo en la garganta?	66
Figura 34: Durante la peor crisis que usted puede recordar: ¿Notaba dolor o molestias en el pecho?	67
Figura 35: Durante la peor crisis que usted puede recordar: ¿Tenías náuseas, molestias en el estómago o diarrea repentina?	68
Figura 36: Durante la peor crisis que usted puede recordar: ¿Se sentía mareado, inestable, aturdido o a punto de desvanecerse?.....	69
Figura 37: Durante la peor crisis que usted puede recordar: ¿Le parecía que las cosas a su alrededor eran irreales, extrañas, indiferentes, o no le parecían familiares, o se sintió fuera o separado de su cuerpo o de partes de su cuerpo?.....	70
Figura 38: Durante la peor crisis que usted puede recordar: ¿tenía miedo de perder el control o de volverse loco?.....	71
Figura 39: Durante la peor crisis que usted puede recordar: ¿tenía miedo de que se estuviera muriendo?	72

Figura 40: Durante la peor crisis que usted puede recordar: ¿tenía alguna parte de su cuerpo adormecida o con hormigueos?	73
Figura 41: Durante la peor crisis que usted puede recordar: ¿sentía sofocaciones o escalofríos?74	
Figura 42: ¿En el pasado mes, tuvo estas crisis en varias ocasiones (2 o más) seguidas de miedo persistente a tener otra?.....	75
Figura 43: ¿Se ha sentido excesivamente preocupado o ansioso debido a varias causas durante los últimos 6 meses?	76
Figura 44: ¿Se presentan estas preocupaciones casi todos los días?	77
Figura 45: ¿Me resulta difícil controlar estas preocupaciones o interfiere para concentrarse en lo que hace?.....	78
Figura 46: En los últimos 6 meses cuando estaba ansioso, casi todo el tiempo: ¿Se sentía inquieto, intranquilo o agitado?	79
Figura 47: En los últimos 6 meses cuando estaba ansioso, casi todo el tiempo: ¿Se sentía tenso?	80
Figura 48: En los últimos 6 meses cuando estaba ansioso, casi todo el tiempo: ¿Se sentía cansado, flojo o se agotaba fácilmente?.....	81
Figura 49: En los últimos 6 meses cuando estaba ansioso, casi todo el tiempo: ¿Tenía dificultad para concentrarse, o notaba que la mente se le quedaba en blanco?.....	82
Figura 50: En los últimos 6 meses cuando estaba ansioso, casi todo el tiempo: ¿Sentía irritable?	83
Figura 51: En los últimos 6 meses cuando estaba ansioso, casi todo el tiempo: ¿Tenía dificultad durmiendo (dificultad para quedarse dormido, se despertaba a medianoche o demasiado temprano, o dormía en exceso)?	84

Figura 52: Estrategias de Intervención	97
Figura 53: Recursos Humanos	97
Figura 54: Cronograma de Implementación	103

Índice de Anexos

Anexos 1: Instrumento de Recolección de datos	111
Anexos 2: Autorización Institucional	116

RESUMEN

El estudio realizado en el Hospital Psiquiátrico Mario Mendoza durante marzo de 2024 tuvo como objetivo principal determinar la prevalencia de trastornos como la ansiedad, la angustia, la depresión y la distimia en pacientes provenientes del Municipio del Distrito Central. Para lograrlo, se empleó un enfoque cuantitativo que se basó en la recopilación de datos y su análisis estadístico para probar hipótesis. Los resultados obtenidos revelaron que la ansiedad, la angustia, la depresión y la distimia son síntomas frecuentes y predominantes entre los pacientes que acuden al hospital en busca de atención. Es interesante destacar que estos trastornos afectan tanto a hombres como a mujeres, aunque las mujeres mostraron una mayor propensión a presentarlos en comparación con los hombres. Este hallazgo resalta la importancia de continuar investigando y profundizando en el campo de la salud mental, especialmente en un país con una diversidad cultural como el nuestro. El estudio sugiere la necesidad de desarrollar estrategias y políticas de salud mental que aborden de manera efectiva estos trastornos, considerando las diferencias de género y otros factores socioculturales que puedan influir en su prevalencia y tratamiento.

Palabras Clave: Ansiedad, Angustia, Depresión, Distimia y Prevalencia

Introducción

La presente investigación se llevó a cabo en el Hospital de Especialidades Psiquiátricas Mario Mendoza, ubicado en el municipio del Distrito Central, en el departamento de Francisco Morazán, en la República de Honduras. Se trabajó con personas que buscan atención especializada dentro de dicho centro hospitalario, provenientes del municipio del Distrito Central.

En este trabajo, se buscó determinar la prevalencia de los síntomas o diagnósticos por los cuales las personas hicieron acto de presencia en este lugar. Entre las patologías investigadas se encuentran ansiedad, angustia, distimia y depresión. Para esta actividad, se utilizaron escalas pertenecientes a la mini entrevista neuropsiquiátrica internacional.

La importancia de realizar este tipo de investigaciones radica en documentar de manera científica los factores relevantes que llevan a las personas a buscar atención especializada y el nivel de agudeza de sus síntomas. A menudo, se encuentra que no se tienen claros cuáles son los principales detonantes de las patologías en la población atendida en este centro asistencial.

Ante la realidad que se vive en el país, es de vital importancia comenzar a generar datos estadísticos que permitan comprender de manera precisa las características predominantes de los síntomas más comunes en las personas que sufren algún tipo de patología emocional o psiquiátrica. Estas condiciones afectan en gran medida y generan dificultades en diversos ámbitos, lo que repercute en la funcionalidad laboral, social y familiar, y en el entorno social.

Esta investigación se realiza debido a la falta de datos confiables que permitan generar procesos de reestructuración en el sistema de salud mental del país. Por tal motivo, se considera importante dar este primer paso, con la esperanza de continuar generando conocimiento basado

en evidencia que permita afianzar la comprensión y facilitar la modificación del sistema de salud público y, por qué no, del sistema privado.

Capítulo 1 Planteamiento Del Problema

1.1. Situación problemática

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), la ansiedad es un mecanismo de anticipación ante situaciones que generan malestar, permitiendo procesos de adaptación ante desgracias o amenazas futuras, caracterizado por sensaciones de aprehensión o miedo siempre y cuando la sintomatología no sea aguda y prolongada. La depresión, por otro lado, es un padecimiento que afecta la funcionalidad de las personas en todos los aspectos de su vida: laboral, social, familiar y académico, incluyendo factores de supervivencia que exacerbaban los síntomas ya experimentados, como el sueño, el apetito y la concentración (OMS , 2023).

La depresión es un padecimiento que está surgiendo de manera más frecuente, una situación preocupante ya que puede agudizarse hasta presentar pensamientos o actos de autoagresión letal o suicidio. Estos problemas pueden tener una base genética, biológica, psicológica o social que provoca estos tipos de padecimientos. La ansiedad, a su vez, puede ser producto de situaciones que exceden nuestra capacidad para enfrentar o controlar de manera efectiva. Aunque la ansiedad ha estado presente a lo largo de la existencia humana y es considerada hasta cierto nivel un proceso normal, permitiendo desarrollar capacidades de afrontamiento, en exceso puede ser perjudicial (Pardo, Sandoval, & Umbarila, 2004).

Una de las poblaciones más expuestas a padecer depresión es la adolescencia. Este grupo es particularmente vulnerable debido a situaciones de alta demanda que exigen adaptaciones drásticas, ya sea por altruismo, cambios en su etapa de vida, consumo de sustancias, embarazo adolescente, inicio de la actividad sexual temprana, dificultades académicas que llevan a la deserción, o involucramiento en actividades ilícitas. En esta etapa se desarrolla la mayor parte de los trastornos psiquiátricos, y la autoimagen es crucial. La percepción de alguna condición física

que afecte sus capacidades, o padecer una enfermedad crónica, puede generar angustia y sufrimiento. Los conflictos familiares también son relevantes para el desarrollo de cuadros depresivos (Castillo Díaz, 2022).

La población docente en Honduras es otra comunidad altamente vulnerable, especialmente tras la pandemia de COVID-19. Este grupo enfrenta una alta demanda laboral y carece de acceso a servicios de seguro social, especialmente en áreas rurales, lo que ha comprometido su salud mental (Campaña Latinoamericana por el Derecho a la Educación , 2021).

Por otro lado un estudio en San Pedro Sula realizado por Fuentes y Zúñiga (2021), encontró efectos significativos en la salud mental de esta población, manifestados en cefaleas, malestar muscular, ansiedad, estrés y depresión. Los factores que ayudaron a sobrellevar esta situación incluyeron la fe religiosa y conductas positivas, aunque la prolongación de la crisis generó angustia y preocupación adicionales.

Mientras que la violencia y el abuso sexual son factores críticos que afectan la salud mental en Honduras, especialmente en mujeres. Entre el 5 y el 8% de las personas encuestadas reportaron haber sido víctimas de abuso sexual, y existen altos niveles de maltrato verbal, físico y psicológico. La exposición a la violencia indirecta, como presenciar peleas y confrontaciones armadas, también tiene un impacto significativo en la niñez. Esta violencia y el abuso tienen consecuencias profundas en la salud mental, contribuyendo al desarrollo de ansiedad, depresión y otros trastornos psiquiátricos (Fuentes & Zúñiga, 2021).

La relación entre estos factores y la salud mental es evidente. La falta de datos confiables y actualizados sobre estos problemas agrava la situación, ya que dificulta la creación de estrategias efectivas para su manejo y prevención. Es crucial realizar investigaciones que documenten

científicamente estos factores y su impacto en la salud mental, para desarrollar intervenciones adecuadas y mejorar el sistema de salud mental en Honduras.

1.2. Preguntas De Investigación

¿Cuál es la prevalencia de ansiedad, angustia, depresión y distimia entre los pacientes que buscan atención en el Hospital Psiquiátrico Mario Mendoza y provienen del Municipio del Distrito Central durante el mes de marzo del año 2024 y así generar una estrategia de intervención?

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo General

Determinar la prevalencia de la ansiedad, angustia, depresión y distimia en los pacientes del Hospital Psiquiátrico Mario Mendoza, con el propósito de diseñar una propuesta de intervención que permita mejorar la atención y los servicios de salud mental ofrecidos en el centro, así como desarrollar estrategias de prevención y tratamiento más efectivas para abordar estas condiciones en la población atendida.

1.3.2. Objetivos Específicos

1. Determinar la prevalencia de la depresión en los pacientes que asistieron en busca de atención especializada al hospital psiquiátrico Mario Mendoza
2. Valorar la prevalencia de distimia de los pacientes que asistieron en busca de atención especializada al hospital psiquiátrico Mario Mendoza.
3. Valorar la prevalencia de ansiedad de los pacientes que asistieron en busca de atención especializada al hospital psiquiátrico Mario Mendoza.
4. Valorar la prevalencia de angustia de los pacientes que asistieron en busca de atención especializada al hospital psiquiátrico Mario Mendoza

5. Elaborar una estrategia de intervención integral y adaptada culturalmente para mejorar el tratamiento y manejo de la ansiedad, angustia, depresión y distimia en pacientes del Hospital Psiquiátrico Mario Mendoza.

1.4. Justificación

La presente investigación se realiza con el propósito de contribuir al conocimiento científico y académico en el campo de la Psicología Clínica, específicamente para determinar la prevalencia de ansiedad, angustia, distimia y depresión en la población hondureña que asiste al Hospital Psiquiátrico Mario Mendoza. Este estudio no solo se orienta a alcanzar el grado de máster en Psicología Clínica, sino también a proporcionar información valiosa que permita mejorar la salud mental de la población.

La pandemia del COVID-19 ha tenido un impacto significativo en la salud mental a nivel mundial, y Honduras no ha sido la excepción. La ansiedad, la angustia, la distimia y la depresión se han incrementado considerablemente, llevando a un aumento en la demanda de atención psiquiátrica y psicológica. Documentar científicamente estos cambios es crucial para entender cómo estas condiciones han evolucionado y cómo han afectado a diferentes grupos de la población.

La investigación se apoyará en criterios establecidos por expertos en la materia, tales como los propuestos por Sampieri, para garantizar la rigurosidad y validez de los datos obtenidos. La recopilación y análisis de datos permitirá no solo identificar la prevalencia de estos trastornos mentales, sino también desarrollar estrategias de intervención efectivas y culturalmente adaptadas que puedan ser implementadas en el sistema de salud hondureño.

Desde una perspectiva social, es fundamental abordar los problemas de salud mental en un país con altos niveles de violencia, inestabilidad económica y política, y vulnerabilidad climática. Estos factores contribuyen significativamente al deterioro de la salud mental de la población. En particular, el desplazamiento forzado y la migración, fenómenos exacerbados por las condiciones mencionadas, han generado un aumento en la demanda de servicios de salud mental tanto en niños, adolescentes como en adultos. La investigación buscará proporcionar datos que puedan orientar políticas públicas y programas de salud mental que respondan a las necesidades específicas de la población hondureña.

La justificación de este estudio también radica en la necesidad de fortalecer el sistema de salud mental del país, generando conocimiento basado en evidencia que permita la reestructuración de los protocolos de atención. Además, al alinearse con normativas internacionales y recomendaciones de organizaciones como la Organización Mundial de la Salud (OMS), esta investigación contribuirá al cumplimiento de estándares globales de salud mental.

En el contexto de la Maestría en Psicología Clínica, esta investigación es esencial para el desarrollo profesional de los estudiantes y su capacidad para aplicar conocimientos teóricos en la práctica clínica. Proveerá a los futuros psicólogos clínicos con datos empíricos y herramientas prácticas para abordar los desafíos de salud mental en su país, mejorando la calidad de atención y la efectividad de sus intervenciones.

Finalmente, esta investigación es un paso hacia la creación de un sistema de salud mental más resiliente y eficaz, capaz de enfrentar los desafíos presentes y futuros. Al comprender mejor la prevalencia y los factores que contribuyen a la ansiedad, angustia, distimia y depresión, se

podrán diseñar intervenciones más precisas y adaptadas a las necesidades culturales y sociales de la población hondureña.

Capítulo 2 Marco Contextual

2.1. Marco Contextual

2.1.1. Sistema de Salud en Honduras

El sistema de salud hondureño tiene una característica muy peculiar ya que es un modelo de doble eje con un sistema de salud pública administrado por el estado y el instituto hondureño de seguridad social que es un ente semi descentralizado adicionalmente este modelo podemos integrar lo que es el sistema de salud privada el cual en los últimos años ha tomado un desarrollo significativo una de las características es el proceso que ha llevado de descentralización donde esto ha generado dudas y críticas de muchos sectores quienes consideran un proceso de privatización, pudimos encontrar deficiencia en el sistema como por ejemplo la no actualización de datos un sistema arcaico y una deficiencia en la investigación para la mejora continua lo que genera un atraso en el desarrollo de este sistema salubrista (Ramos Cáceres, Carmenate Milián, & Herrera Ramos, 2016).

2.1.2. Historia de la Salud Mental en Honduras

De acuerdo con la historia, la salud mental en Honduras es un tema muy álgido, el cual ha tenido muchas variantes y desafortunadamente ha pasado a un segundo plano para los diferentes gobiernos. Hasta el año 2002, desaparece el departamento de salud mental y, por consiguiente, los hospitales psiquiátricos pasan a formar parte de la red hospitalaria nacional. Esto ha generado una disminución del presupuesto, disminución y pérdida del enfoque en los estudios e investigaciones de salud mental, lo que genera un atraso o un estancamiento en los procesos de investigación de nuevos protocolos y métodos de abordaje, generando únicamente la importación de modelos de otros países. Además, ha habido un estancamiento en los procesos de descentralización, generando la asistencia únicamente en las grandes urbes como lo son Tegucigalpa y San Pedro Sula, lo que lleva a un atraso y a una desmejora en los sistemas de

asistencia y en los programas de prevención para las enfermedades de salud mental (Revista Medica Hondureña , 1997).

2.1.3. Impacto de la Pandemia del Coronavirus

Este panorama se vio agravado por las secuelas que ha dejado la pandemia del coronavirus, lo que generó un mayor estancamiento en el desarrollo de nuevos protocolos y un aumento de la demanda en cuanto a salud mental por el confinamiento y la secuela que esto dejó en la población, no solo de Honduras sino del mundo. La psiquiatría en Honduras tiene sus orígenes desde el año 1926 en el hospital San Felipe. Entre 1926 y 1945 fue donde se dieron los primeros pasos para el abordaje de los pacientes con problemas neuropsicológicos. Para el año 1930 llega el Dr. Fritz Stern, psiquiatra alemán de origen judío que había tenido que emigrar de su país por la persecución de Hitler, y se hace cargo por varios meses de la institución, introduciendo el choque insulínico y otros procedimientos que estaban de moda en Europa en la atención médica psiquiátrica (Revista Medica Hondureña , 1997).

2.1.4. Pacientes del Hospital Psiquiátrico Mario Mendoza

Teniendo en cuenta que esta investigación se llevará a cabo con las pacientes que asisten en busca de ayuda profesional psiquiátrica y psicológica al hospital psiquiátrico Mario Mendoza, ubicado en el municipio del Distrito Central en Francisco Morazán. Estas pacientes llegan de manera voluntaria o en acompañamiento por familiares, quienes muchas veces son los que identifican los síntomas emocionales por ellos mismos, desarrollan la conciencia de enfermedad ya sea por alteraciones en el pensamiento o en la conducta que la lleva a contenido suicida ideación, suicida e intento suicida (Casa Alianza, 2012).

Estas pacientes tienen el precedente de haber sido víctimas de eventos desencadenantes en su infancia. Estas personas estarán comprendidas en una edad de entre los 18 a 50 años de edad que

procedan del municipio del distrito central, esto por el alto porcentaje de personas que se quitan la vida mediante mecanismos desarrollados por ella misma como lo son la ingesta en alta dosis de fármacos, así como también por el uso de elementos tóxicos como el fosfato de aluminio pero también podemos verlo como utilizan mecanismos más letales siendo los más destacados la asfixia por suspensión (ahorcamiento) el utilizar armas de fuego (Casa Alianza, 2012).

2.1.5. Factores Predisponentes de Ansiedad y Depresión

Como enfatizan muchos estudios hemos podido encontrar en diversos estudios que los factores predisponentes de cuadros de ansiedad y depresión los cuales pueden estar relacionados con el entorno, situación económica, realidad social; conflictos personales o familiares y todo aquello factor que genere un estado un nivel de angustia que sobrepase las capacidades confrontativas y afrontativas que haya desarrollado el individuo en este caso las personas que tienen alteraciones o procesos distorsionados en su pensamiento que lo llevan a buscar salidas letales como lo es el suicidio (Moreno Gordillo, 2019).

2.1.6. Reformas Jurídicas

Podemos encontrar que jurídicamente se han hecho ciertas reformas para poder ir cambiando una realidad que ha sido muy constante a nivel latinoamericano específicamente centroamericano y Honduras ha habido reformas jurídicas que han permitido generar las condiciones de protección generando diferencia en lo que es estupro abuso sexual infantil violación especial que son algunas de las condiciones que pueden provocar conflictos emocionales más adelante el personas víctimas de este tipo de daño (Vásquez, 2015).

Esto puede ser uno de los factores que contribuyen como país a respetar convenios internacionales de los cuales somos firmantes pero no ha sido suficiente como para poder erradicar este flagelo que vulneraria a los menores y qué lleva a factores patológicos que sea

corto mediano o largo plazo en la víctima de este tipo de agresión, se consideraría que no es suficiente por ende debemos seguir trabajando en estrategias o procedimientos que permitan disminuir al grado de poder erradicar este tipo de agresión contra los seres más vulnerables (Vásquez, 2015).

2.1.7. Factores de Salud Mental en Diferentes Etapas de la Vida

Como se hace notar en todas las etapas de la vida, ha generado un buen número de investigaciones enfocadas en identificar el efecto que tiene en las diferentes etapas u acciones de nuestra existencia tanto en lo laboral en la actividad física y mental de las personas. Las primeras investigaciones por ejemplo del ámbito ocupacional las realizó el psicólogo Walter Cannon en los primeros años del siglo XX enfocándose en las respuestas emocionales y fisiológicas relacionadas con el ámbito laboral, esto para poder interpretar comprender mejor las enfermedades somáticas que se presentaban en los empleados también es conocido por introducir el término homeostasis, que se refiere al esfuerzo del organismo por mantener las funciones fisiológicas en un estado normal (Pérez, 2019).

Esta es un área en la cual se debe contar por parte del profesional ocupacional con las herramientas bases teóricas y metodológicas de las perspectivas que permitan abordar de manera efectiva y eficiente el estrés laboral (Pérez, 2019).

2.1.8. Factores Prevalcientes en la Salud Mental en Santa Bárbara

También factores prevalcientes en la salud mental especialmente de la población de santa bárbara mediante un estudio hay múltiples factores que influyen en la salud mental de la población de este departamento entre ellos depresión, estrés postraumático y ansiedad pero también hubieron otros factores menos predeterminantes esto tiene gran relevancia encontrando un predominio en la población femenina de este departamento lo que se vuelve un factor

predisponente estadísticamente según la asociación americana psicología dónde escribe que es las mujeres tienen mayor propensión a padecer de trastornos mentales y encontramos que incluso la edad determinante cómo un factor del ciclo vital que se logra identificar encontrando un predominio en las mujeres mayores de 51 años en este estudio se encontró que un alto porcentaje de la población femenina del departamento de santa bárbara padecen algún tipo de trastorno mental incluyendo entre ellos la ansiedad según la Organización Mundial de la Salud (OMS) autentica estos datos prefiriendo que el 25% de la población mundial presenta algún tipo de diagnóstico patología que puede llegar a incapacitar (Martínez Cubas & Moncada, 2018).

A la vez, algo muy importante que debemos tomar en consideración es que la Organización Mundial de la Salud considera que la depresión afecta a 450 millones de personas a nivel mundial. No debemos dejar de lado el hecho de que la prevalencia se está arraigando más en los países altamente industrializados (Corea Del Cid, 2021).

Otro factor que debemos considerar es que hay diferentes poblaciones que ya están siendo víctimas de esta enfermedad. El Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos estima que aproximadamente 17.3 millones de adultos en Estados Unidos tuvieron al menos un episodio de depresión para el año 2017. Hoy en día, debemos tener en cuenta que la infancia y la adolescencia están presentando valores significativos con el diagnóstico de este padecimiento. Aproximadamente el 2.8% de los niños menores de 13 años y el 5.6% de los adolescentes entre los 3 y 18 años presentan una prevalencia al desarrollar este padecimiento. Esto nos lleva a considerar que hay criterios diagnósticos que nos permiten interpretar que el 1% de los niños en edad preadolescente y el 5% de los adolescentes en algún momento van a poder desarrollar esta patología (Corea Del Cid, 2021).

Otro factor a considerar es que los adultos mayores también están propensos a desarrollar padecimientos por múltiples factores, como cambios en su estilo de vida o el desarrollo de enfermedades de base, lo que también los vuelve propensos o vulnerables a desarrollar un cuadro de depresión. La depresión está considerada como una nueva epidemia según la Organización Mundial de la Salud. Es importante darle la relevancia que le corresponde para brindar una mejor respuesta a las personas que vayan en busca de atención especializada por este tipo de padecimiento (Corea Del Cid, 2021).

Por lo tanto, factores determinantes como el hecho de que una persona sea hospitalizada por cualquier padecimiento dentro de un centro hospitalario, especialmente en el Hospital Escuela Universitario de Honduras, donde no todo el mundo tiene la capacidad para poder asimilar este factor, pueden ser causantes de mucho estrés, ansiedad y cuadros depresivos, especialmente cuando hay diagnóstico de patologías crónicas o degenerativas (Martínez Martínez, Mejía Suazo, & Landa Blanco, 2021).

Además, debemos considerar que las personas muchas veces tienen adicciones a algunas costumbres lesivas como el tabaquismo y el alcoholismo, y al estar dentro de los hospitales, se les dificulta tener acceso a estos compuestos o productos adictivos, lo que puede provocar depresión y ansiedad dentro de los participantes, especialmente pudiendo identificar sintomatología leve a moderada. Por lo cual, se recomendó mediante esta investigación que es necesario el abordaje integral de las personas que experimentan procesos intrahospitalarios dentro de este centro asistencial (Martínez Martínez, Mejía Suazo, & Landa Blanco, 2021).

Por consiguiente, un factor muy importante que puede ser detonante para desarrollar ansiedad o depresión es el hecho de poder desarrollar una enfermedad muy significativa para el ser humano, como es la diabetes mellitus, especialmente la diabetes mellitus tipo 2. Encontramos que la

mayor parte de las personas con este diagnóstico pueden tender a desarrollar cualquiera de estos padecimientos, especialmente por el factor degenerativo que genera o produce este padecimiento en la estructura física del ser humano (Sánchez Sierra, et al., 2020).

Otro factor que puede influir es el hecho de la relación que tiene con la depreciación de la calidad de vida del paciente. En un estudio, se encontró que el 81.1% de las mujeres participantes y el 75.9% de los hombres presentaron al menos un rasgo de depresión, así como el 90.8% de las mujeres y el 93.8% de los hombres tuvieron en algún momento crisis de ansiedad después de recibir la nefasta noticia de este padecimiento. Como conclusión, podemos decir que las personas con este diagnóstico tienen una mayor predisposición a desarrollar cualquier trastorno del estado de ánimo debido al impacto emocional que representa el padecer esta enfermedad, pero que es más riesgoso de desarrollar en los primeros años al diagnóstico, lo cual es muy significativo en Honduras (Sánchez Sierra, et al., 2020).

El acceso a la salud mental está limitado, no solo en Honduras, sino a nivel mundial, a pesar de que las enfermedades mentales han ido en ascenso año con año. Según datos obtenidos por el Observatorio Mundial de la Salud, en algunos países la situación puede ser crítica, como es el caso de Honduras, que solo cuenta con 0.66 médicos psiquiatras por cada 100 mil habitantes, y 0.62 psicólogos por cada 100 mil habitantes. Aunque hay diferencias significativas con los países desarrollados, quienes tienen números más altos de profesionales de la salud mental por cada 100 mil habitantes (McBoyle, 2021).

No podemos dejar de lado otros factores que impactan de manera negativa en cómo percibe la población la salud mental, como el estigma que reciben las personas que padecen estas enfermedades, muchas veces afectado o influenciado por la manera en que Hollywood pinta estos padecimientos (McBoyle, 2021).

También otro factor que puede influir qué las personas buscan información de la manera menos adecuada sobre este tema 16 departamentos de nuestro de país dónde se ve destacado el tema de la ansiedad, lo cual nos puede servir de reflexión sobre la necesidad de información, siendo el departamento de Francisco Morazán con el índice más alto de búsqueda seguido por puerto cortés valle Intibucá y Copán (McBoyle, 2021)

Por otro lado según Espinoza y Sosa Mendoza (2012) otro factor determinante que debemos tomar en consideración con respecto a los procesos de investigación en salud mental es la ética en dicho proceso. Considerando que este es un factor donde se ve vinculado o involucrado directamente el ser humano, es importante minimizar los riesgos que puedan traer para los participantes dicha actividad. Por tal razón, en Honduras, en el año 2000, inicia el Comité de Ética en Investigación Biomédica, quien es el encargado de regular dicha actividad, vinculando lo que es la Facultad de Ciencias Médicas y la Facultad de Ciencias Sociales. Esto está regulado y certificado por el Instituto Nacional de Salud de los Estados Unidos de Norteamérica.

Es importante mencionar que el posgrado de psiquiatría en este caso ha participado en el 12.4% de los estudios realizados estadísticamente, de los cuales se han hecho en los campos de la salud mental, especialmente con personas con problemas de adicción, depresión y población indigente, donde se ha visto influenciado por las normativas que dicta el Centro de Investigación Ética y Biomédica en Honduras (Espinoza & Sosa Mendoza, 2012).

De la misma forma, hay factores que pueden influir en la salud mental, especialmente de los jóvenes que asisten a un centro de educación. No podemos dejar de lado la demanda en salud mental que tienen los estudiantes universitarios de los diferentes centros, quienes muchas veces se ven afectados por esa transición que hace del interior del país a la ciudad. Otro factor es el grado de independencia que demanda el poder estar en un centro de educación superior, la

adaptabilidad que requiere y las exigencias por la emancipación que esto demanda (Castillo Díaz, 2022).

Por tal razón, es necesario reforzar estrategias que permitan la prevención en la población estudiantil con respecto a factores de ansiedad y depresión, producto del riesgo al que se ven expuestos de padecer. Se han evidenciado estadísticamente resultados muy negativos en esta investigación con respecto a estas patologías que requieren de atención especializada de psiquiatría y psicólogo para prevenir consecuencias mayores. Se podrían recomendar medidas que permitan mejorar las condiciones de la salud emocional y mental de los futuros profesionales y científicos de nuestro país, especialmente metodologías psicopedagógicas y de acompañamiento (Castillo Díaz, 2022).

Eventualmente, algunas situaciones complejas, como el hecho de que Honduras forma parte del Triángulo Norte de Centroamérica, mal llamado, con una población sumida en la pobreza del 55.7%, de la cual, en su mayoría, reside en el área rural, se vio agravado todavía más por la pandemia y sus efectos en la economía de las comunidades o de la sociedad. Honduras es uno de los países que presenta el mayor porcentaje de migración, ya sea al interior de su territorio como hacia otros países, esto agravado por un muy bajo nivel educativo, dificultades en la producción de alimentos, políticas laborales no muy claras y fragmentadas, con una brecha diferencial significativa en la capacidad adquisitiva y en la estabilidad económica de las familias hondureñas (IICA, 2021).

Otro factor son los accidentes y las secuelas que sufren las personas migrantes en su camino, por ejemplo, hacia el gran país del norte como lo es Estados Unidos, lo cual viene a generar una mayor dificultad en la capacidad adquisitiva, pero también deja huellas en la salud mental, no solo de las personas lesionadas, sino también en los familiares de estas (IICA, 2021).

De hecho, la violencia social con la que cohabita la población es otro factor que determina más las diferentes organizaciones criminales en su recorrido hacia los Estados Unidos también pueden provocar secuelas significativas en la salud mental propia y de su familia (Nyzelle & Botega, 2020).

Otra situación que se está afectando mucho es que Honduras no solo es un portador o proveedor de migrantes sino que también es un territorio tránsito para migrantes de otros países quienes en su recorrido muchas veces pueden o ser víctima o victimarios de en escenarios violentos dónde se ven personas afectadas directa o indirectamente, esto genera situaciones que pueden traer efectos muy negativas en la salud mental de la población hondureña cómo puede ser estrés alguna vez este tipo patológico no necesariamente adaptativo ansiedad y depresión muchas veces con cuadros crónicos (Nyzelle & Botega, 2020).

Considerando que hay una población que también es muy vulnerable a desarrollar cuadros de estrés, ansiedad y depresión, son aquellas personas que cuidan a pacientes con capacidades físicas limitadas u otros factores que disminuyen la capacidad de ser autosuficientes en el desarrollo de la vida. En este caso, vamos a hablar de las personas que son cuidadores. Esto los lleva a ser un grupo o población vulnerable para desarrollar cuadros de estrés, ansiedad y depresión, producto de la sobredemanda que tienen por las actividades laborales que desarrollan, más el hecho de las responsabilidades dentro de la sociedad y la familia (Reyes Trejo & López Seaman, 2020).

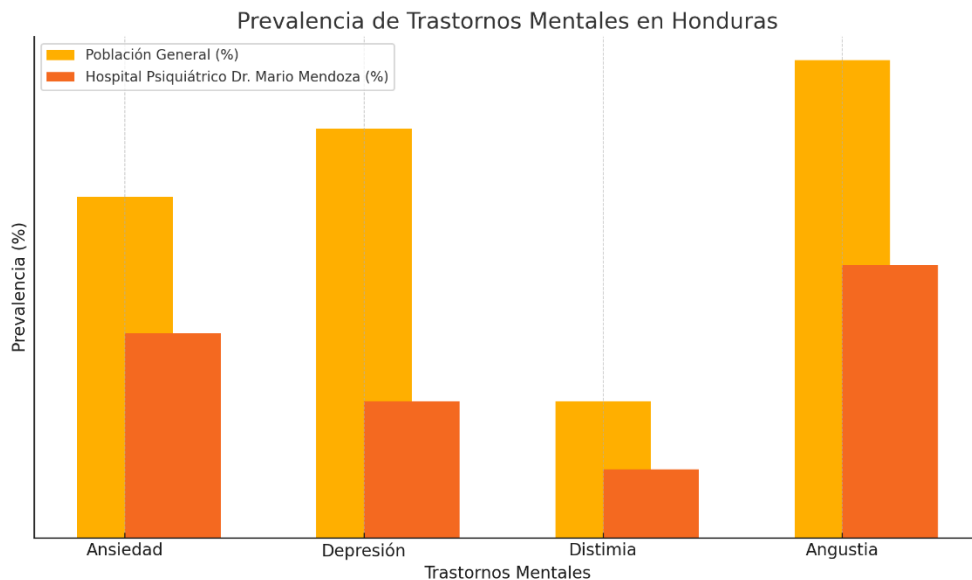
Este estudio, desarrollado con las personas que trabajan en el Centro de Atención Integral Teletón y el Centro de Atención Física del Hospital San Felipe, se encontró que un buen porcentaje de la población ha desarrollado sintomatología característica. El tema te lleva al desarrollo de un cuadro de síndrome de cuidador agotado, donde la población, en su mayoría del

sexo femenino, quienes llevan a cabo esta actividad en un 71%, fueron las más vulnerables a desarrollar cuadros de este tipo. Por ende, es una población descuidada. Por tal razón, consideramos que es necesario dar un abordaje para prevenir esta sintomatología, que es la base de un cuadro más severo (Reyes Trejo & López Seaman, 2020).

2.1.9. Visualización de Datos Relevantes

Para complementar la información presentada en este marco contextual y proporcionar una mejor comprensión de los datos discutidos, se incluyen a continuación varios gráficos que ilustran aspectos clave del estudio. Estos gráficos visualizan la prevalencia de trastornos mentales en Honduras, el impacto de la pandemia del COVID-19 en la salud mental, y la disponibilidad de profesionales de la salud mental en comparación con los países desarrollados. La visualización de estos datos es esencial para destacar las tendencias y disparidades, y para subrayar la urgencia de abordar estos desafíos en el sistema de salud mental del país.

Figura 1: Prevalencia de Trastornos Mentales en Honduras



Fuente: Elaboración propia con datos extraídos de PAHO (2020)

Capítulo 3 Marco Teórico

3.1. Marco Teórico

El marco de esta investigación se centra en las definiciones, orígenes y características de los trastornos de ansiedad, angustia, depresión y distimia, además de explorar diversas teorías que abordan estos trastornos desde diferentes perspectivas psicológicas y biológicas. Este apartado busca proporcionar una base conceptual sólida que permita comprender mejor los factores que influyen en la prevalencia de estos trastornos en los pacientes del Hospital Psiquiátrico Mario Mendoza.

3.1.1. Definiciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS)

Es sumamente importante definir cada uno de los niveles que se evaluaron en los participantes para esta investigación por lo que detallamos lo que la Organización Mundial de la Salud hace referencia a cada uno de ellos, para la Organización Mundial de la Salud (OMS) la ansiedad es un mecanismo de anticipación ante situaciones que generen malestar y que nos permite procesos de adaptación ante las desgracias o amenazas futuras, caracterizado por sensaciones de aprehensión o de miedo siempre y cuando la sintomatología no sea aguda y prolongada (OMS, 2024).

La depresión es un padecimiento que afecta la funcionabilidad de las personas en todos los aspectos de su vida tanto en lo laboral social familiar académico incluyendo factores de sobrevivencia que incluso exacerban los síntomas ya experimentados entre estos está el sueño el apetito concentración otros (OMS, 2023).

3.1.2. Orígenes y Definición de Distimia

La distimia sus orígenes como definición se dieron en la antigua Grecia bien aquel entonces se definía como “mal humor” para ese entonces la escuela hipocrática o los seguidores de Hipócrates la consideraban como melancolía cuál es la relacionaban con la intoxicación de la

bilis negra según la teoría, posteriormente galeno la definió como una condición crónica y recurrente muchas veces podía ser producto de otras enfermedades o algún tipo de afectación cerebral (Gallardo Morena, et. al., 2012)

3.1.3. Características de la Distimia

Una forma de identificar la distimia es el modo de llamado depresión unipolar crónica o de bajo que se puede ver hoy identificar cómo un factor de personalidad depresiva existen varias definiciones y discusiones sobre la temática considerándola como un trastorno del estado de ánimo de larga tiempo en el DCM IV ya se le define como una depresión crónica cuál que se diferencia de los trastornos transitorios de la depresión sí correlaciona con antecedentes familiares en el primer grado de consanguinidad y sus manifestaciones clínicas son más temprana y con una tasa más alta de recurrencia hay una correlación en cuanto a la diferenciación testando te presiones basados en factores cualitativo y no en factores cuantitativos (Rodríguez, 2022).

3.1.4. Ansiedad y Depresión

Uno de los cuadros más comunes en la atención de la salud mental es la distimia es un sufrimiento de tipo afectivo persistente que debe de durar no menos de 2 años en los adultos y 1 año en los adolescentes según la definición del DSM IV con una definición de inició temprano esto en las personas menores de 21 años y de inicio tardío después de los 21 años la cual puede afectar áreas como la atención concentración modificaciones en la conducta muchas veces pueden presentar características hiperactivas esta persona puede desarrollar problemas de autoestima hay factores como la genética el entorno o ambiente cuál también factores neuroquímicos tiene una peculiaridad que su sintomatología puede ser persistente alarma tiempo y afecta la calidad de vida de las personas que lo padecen (Jiménez-Maldonado, et. al., 2013).

La ansiedad es su dinámica entre la agresión angustia es la línea en última instancia esto es producto de la polaridad de 2 instintos, lo que causa la ansiedad y la culpa, otro aspecto en esta interacción es la mitigación de los impulsos destructivos de la libido la interacción óptima para poder tener controlada ese instinto de muerte pon mejor dicho tenerlo a raya dónde va a predominar y buscamos que se dé más el instinto de vida (Klein, 1948).

La depresión en su origen como definición viene desde la antigua Grecia desde los tiempos de Hipócrates cuando hizo de los cuatro humores para el siglo XX el término de presión tuvo una variación ya que se llegó a reconocer como una enfermedad recurrente e incluso en algunos casos crónica actualmente la organización mundial de la salud considera a la depresión dentro de su manual de clasificaciones de enfermedades mentales DSM IV y en el manual internacional de enfermedades (CIE) 10 categorizando a los episodios depresivos en función de su gravedad en base a sintomatología y duración, con esto tenemos Claro que es un factor cuantitativo además de tomar en consideración los factores de crisis dónde se define según Slaike (Klein, 1948).

La depresión como un estado temporal de desorganización o trastorno caracterizado por la capacidad individual reducida o perdida en su totalidad para abordar situaciones particulares que previamente eran muy fáciles para abordar y solventar (Navas Orozco & Vargas Baldares, 2012)

3.1.5. Ansiedad y sus Orígenes

Hay otra expresión sobre la ansiedad siguiendo una línea del pensamiento de la hipótesis de que la ansiedad muchas veces es generada por la amenaza a nuestro organismo proveniente del instinto de subsistencia o temor a la muerte esto podría haber provocado o podría ser la principal causa de la crisis de ansiedad cómo un proceso de sobrevivir ante situaciones que sobrepasan nuestras capacidades de confrontación lo cual es interpretado como un peligro al verse integrado a un conflicto muy inconsciente entre el deseo de morir quién temor a morir o mejor dicho el

deseo de seguir viviendo esto también expresado por Sigmund Freud siempre relacionándolo con el masoquismo en cuanto AS instinto de morir (Klein, 1948).

En consumación, se llega a que la ansiedad es una interacción entre la agresión y en la línea en última instancia esto es producto de la polaridad de 2 instintos lo que causa la ansiedad y la culpa otro aspecto en esta interacción es la mitigación de los impulsos destructivos de la libido la interacción óptima para poder tener controlada ese instinto de muerte por mejor dicho tenerlo a raya dónde va a predominar y buscamos que se dé más el instinto de vida (Klein, 1948).

3.1.6. Definiciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) Sobre Ansiedad y Depresión

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) la ansiedad es un mecanismo de anticipación ante situaciones que generen malestar que no y que nos permite procesos de adaptación ante las desgracias o amenazas futuras, caracterizado por sensaciones de aprehensión o de miedo siempre y cuando la sintomatología no sea aguda y prolongada (Fonseca, 2017).

La depresión es un padecimiento que afecta la funcionabilidad de las personas en todos los aspectos de su vida tanto en lo laboral como en lo social, familiar también en lo académico incluyendo factores de sobrevivencia que incluso exacerban los síntomas ya experimentados entre estos está el sueño el apetito concentración otros (OMS , 2023).

Si nosotros nos vamos a hablar sobre la ansiedad tenemos que tomar en consideración datos histórico como lo expresado por Freud quien relacionaba la ansiedad como una transformación directa de la en su inhibición generaba síntomas y angustia quién dijo con sus propias palabras me propongo reunir con toda imparcialidad todos los datos que tenemos sobre la ansiedad y renunciar a la idea de hacer cualquier síntesis inmediata.

Hay otra expresión sobre la ansiedad siguiendo una línea del pensamiento de la hipótesis de que la ansiedad muchas veces es generada por la amenaza a nuestro organismo proveniente del instinto de subsistencia o temor a la muerte esto podría haber provocado o podría ser la principal causa de la crisis de ansiedad como un proceso de sobrevivir ante situaciones que sobrepasan nuestras capacidades de confrontación lo cual es interpretado como un peligro de al verse un conflicto muy inconsciente entre el deseo de morir quién temor a morir o mejor dicho el deseo de seguir viviendo esto también expresado por Sigmund Freud siempre relacionándolo con él masoquismo en cuanto al instinto de morir.

La depresión en su origen viene de la cultura griega desde los tiempos de Hipócrates cuando hizo de los cuatro humores para el siglo XX el término de depresión tubo una variación y a qué se llegó a reconocer como una enfermedad recurrente e incluso en algunos casos crónica actualmente la organización mundial de la salud considera a la depresión dentro de su manual de clasificaciones de enfermedades mentales DSM IV y en el manual internacional de enfermedades (CEI) 10 categorizando a los episodios depresivos en función de su gravedad en base a sintomatología duración con esto tenemos Claro que es un factor cuantitativo además de tomar en consideración los factores de crisis dónde se define según Slaikeu como un estado temporal de desorganización otras torno caracterizado por la capacidad individual reducida o perdida en su totalidad para abordar situaciones particulares que previamente eran muy fáciles para abordar y solventar (Navas Orozco & Vargas Baldares, 2012).

3.1.7. Impacto de las Enfermedades Crónicas en la Salud Mental

Uno de los procesos más importantes que podemos valorar es las relaciones interpersonales y su influencia en la disminución del síndrome de burnout y el agotamiento, además de considerar el por qué las personas que laboran en el sector salud refuerza la necesidad d una mayor atención al

trabajo desarrollado por ésta, lo que generó una disminución de baja satisfacción por compasión esto con relación a una mejora en la vinculación interpersonal que presentó 2 empleados del área de salud con relación a la fatiga y baja satisfacción (Violin Fabri, et. al., 2021).

Como un estado temporal de desorganización o trastorno caracterizado por la capacidad individual reducida o perdida en su totalidad para abordar situaciones particulares que previamente eran muy fáciles para abordar y solventar (Navas Orozco & Vargas Baldares, 2012).

Uno de los procesos más importantes que podemos valorar es las relaciones interpersonales y su influencia en la disminución del agotamiento, además de considerar el por qué las personas que laboran en el sector salud refuerza la necesidad de una mayor atención al trabajo desarrollado, lo que generó una disminución de baja satisfacción por compasión esto con relación a una mejora en la vinculación interpersonal que presentó 2 empleados del área de salud con relación a la fatiga y baja complacencia (Violin Fabri, et. al., 2021).

Así mismo recalcamos a nivel de nuestro país como nos encontramos en salud mental, existe un sólo centro de Hospital de Día disponible en el país, que atiende únicamente a la población adulta. El Hospital de Día se encuentra incorporado dentro del hospital psiquiátrico “Mario Mendoza” y se ha convertido en una extensión del servicio de consulta. Es, sin embargo, el único centro de tratamiento diurno que cuenta con una Asociación de Familiares de usuarios.

Podemos decir que en la actualidad vivimos en un entorno dónde genera a las personas mucha angustia por la tecnología cambio climático realidad social especialmente en nuestro país problemas económicos necesidades básicas no suplidas y múltiples factores que pueden generar desesperación y sufrimiento en las personas actualmente con una realidad permanente de amenaza de conflictos armados migración desestabilización política por ende podemos decir que vivimos en un milenio acosador emocionalmente hablando otro factor es el hecho de las

enfermedades que actualmente aparecen y acosan a la humanidad además de no dejar de lado el factor crisis política constante que se presenta nuestra sociedad (MacConnell, 2018).

Las perturbaciones que están relacionadas con la neurosis de la angustia pueden estar desarrolladas de manera muy rudimentarias desde una perspectiva aislada y en combinación o reforzadas por otras neurosis hay algunos teóricos que refieren una independencia de la angustia con respecto a otros padecimientos prácticamente pidiéndonos que se separe de los síntomas. Algunas veces podemos encontrar que el simple hecho de la emoción extrema puede generar cierto grado de excitabilidad al grado de poder no llevar a sentimientos angustiosos muchas veces por qué no tenemos la capacidad para resistirla o controlarla (Freud, 2017).

Desde el punto de vista filosófico el concepto de angustia tiene que ver mucho con el aspirar al conocimiento desde el aspecto pecaminoso original además de que podemos tener en Claro que estas condiciones pueden llevar a tener consecuencias externas según la manera en que nosotros afrontamos o qué mecanismos utilizamos para poder manejar de forma más coherente podríamos mencionar coma la negación pero el ser humano cuenta con el derecho al libre albedrío al considerar que venimos del pecado cuenta que desde la filosofía el pecado viene desde el mismo hombre sí pensamos en el concepto de la religiosidad y de la teoría del creacionismo dónde Adán y Eva cayeron en pecado al consumir del fruto prohibido si tomamos en consideración este factor la religión puedes ser un factor determinante en el desarrollo de la angustia por la implantación del sentimiento de culpa (Álvarez-González, 2016).

3.1.8. Análisis y Discusión de las Teorías Presentadas en el Marco Teórico

El marco teórico de esta investigación integra diversas teorías que explican los trastornos de ansiedad, angustia, depresión y distimia desde múltiples perspectivas. Las definiciones proporcionadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) se alinean principalmente con

teorías biológicas y médicas, destacando la influencia de factores neuroquímicos y genéticos. Las descripciones históricas de Hipócrates y Galeno sobre la distimia reflejan una perspectiva temprana de la biología y la medicina antigua. Por otro lado, las contribuciones de Sigmund Freud y Melanie Klein abordan estos trastornos desde una perspectiva psicoanalítica, centrándose en los conflictos inconscientes y la dinámica de los instintos de vida y muerte. Las teorías conductuales y cognitivas, representadas en este marco por los trabajos de Rodríguez y Jiménez-Maldonado, enfatizan los patrones de pensamiento y comportamiento disfuncionales como causas subyacentes de estos trastornos. Además, la investigación de Sánchez Sierra y Violin Fabri sobre el impacto de las enfermedades crónicas y las relaciones interpersonales en la salud mental, respectivamente, sugieren una combinación de factores biológicos, psicológicos y sociales. Esta integración de múltiples teorías proporciona una comprensión holística de los trastornos mentales, permitiendo un enfoque más completo y eficaz en el tratamiento y manejo de estos padecimientos en el contexto del Hospital Psiquiátrico Mario Mendoza.

Tabla 1: Elementos Clave del Marco Teórico

Teoría / Definición	Ansiedad	Depresión	Distimia	Enfermedades Crónicas
OMS				
Hipócrates / Galeno				
DSM-IV				
Freud				
Klein				
Jiménez-Maldonado				
Sánchez Sierra				
Violin Fabri				

Fuente: Elaboración Propia

Para una mayor comprensión de las teorías y definiciones presentadas en el marco teórico, se ha elaborado una tabla que sintetiza las principales contribuciones de diversos autores y entidades en relación a los trastornos de ansiedad, depresión, distimia y el impacto de las enfermedades

crónicas en la salud mental. La tabla clasifica estas contribuciones en función de su enfoque teórico, ya sea biológico, conductual, cognitivo o psicoanalítico, entre otros.

- **OMS (Organización Mundial de la Salud):** Las definiciones proporcionadas por la OMS sobre ansiedad y depresión se basan en una perspectiva biológica y médica. La OMS destaca la importancia de factores neuroquímicos y genéticos en el desarrollo y manejo de estos trastornos, subrayando su impacto en la funcionalidad general de los individuos.
- **Hipócrates / Galeno:** Los orígenes de la distimia y su conceptualización en la antigua Grecia se enfocan desde una perspectiva médica temprana, relacionándola con desequilibrios corporales y bilis negra, lo que refleja una visión biológica antigua de los trastornos mentales.
- **DSM-IV:** El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) ofrece una clasificación sistemática y de criterio para la depresión y la distimia, basada en una combinación de enfoques biológicos y clínicos. Este manual es fundamental para la identificación y tratamiento de estos trastornos en la práctica psiquiátrica moderna.
- **Freud y Klein:** Desde una perspectiva psicoanalítica, Sigmund Freud y Melanie Klein abordan la ansiedad y la depresión como resultados de conflictos inconscientes y dinámicas de instintos de vida y muerte. Sus teorías se centran en el análisis de la psique y las motivaciones profundas detrás de estos trastornos.
- **Jiménez-Maldonado:** La investigación de Jiménez-Maldonado sobre la distimia considera factores genéticos, ambientales y neuroquímicos, integrando una perspectiva

biopsicosocial que permite una comprensión más completa de este trastorno afectivo persistente.

- **Sánchez Sierra:** Este estudio se centra en el impacto emocional de las enfermedades crónicas, como la diabetes mellitus, en la salud mental. La relación entre enfermedades físicas y trastornos emocionales se aborda desde una perspectiva que combina factores biológicos y psicológicos.
- **Violín Fabri:** La investigación de Violín Fabri sobre las relaciones interpersonales y su influencia en el síndrome de burnout y el agotamiento destaca la importancia de los factores sociales y conductuales en la salud mental, subrayando cómo el entorno y las interacciones pueden influir en el bienestar emocional.

La tabla proporciona una visión clara y estructurada de cómo diferentes enfoques teóricos contribuyen a la comprensión de estos trastornos mentales. Al integrar diversas perspectivas, se logra una visión holística que facilita un abordaje más efectivo y comprensivo en el tratamiento y manejo de estos padecimientos en el contexto del Hospital Psiquiátrico Mario Mendoza.

En conclusión, el marco teórico de esta investigación abarca una variedad de definiciones y teorías que explican los trastornos de ansiedad, angustia, depresión y distimia desde diferentes perspectivas. Las teorías biológicas, conductuales, cognitivas y psicoanalíticas proporcionan un enfoque comprensivo que permite entender mejor los factores que influyen en la prevalencia de estos trastornos. A partir de este marco teórico, se espera desarrollar estrategias de intervención más efectivas y culturalmente adaptadas que mejoren el tratamiento y manejo de estos trastornos en los pacientes del Hospital Psiquiátrico Mario Mendoza.

Capítulo 4 Método

Capítulo 4. Método

El marco metodológico de este estudio describe el enfoque, alcance y diseño utilizados para llevar a cabo la investigación, así como las variables principales que se valoraron. A través de un enfoque cuantitativo, se buscó establecer la prevalencia de ciertos trastornos mentales en una muestra de pacientes del Hospital Psiquiátrico Mario Mendoza. Este capítulo detalla los procedimientos y métodos empleados para la recolección y análisis de los datos, proporcionando una base sólida para la interpretación de los resultados obtenidos en el estudio.

4.1. Enfoque Alcance Y Diseño

El presente estudio tuvo como objetivo determinar la prevalencia de la ansiedad, angustia, depresión y distimia en hombres y mujeres que buscan asistencia profesional en el Hospital Psiquiátrico Mario Mendoza. El enfoque utilizado fue de tipo cuantitativo, ya que se realizó una recolección de datos con el propósito de probar la hipótesis mediante la medición numérica y el análisis estadístico. El alcance de la investigación fue correlacional, dado que se buscó identificar la relación estadística entre las variables sin la influencia de variables extrañas. La investigación adoptó un diseño no experimental de corte transversal, considerando que la información se recopiló en un solo momento del tiempo, obteniendo datos de los pacientes que participaron en el estudio.

4.2. Variables

Ansiedad, Angustia, Depresión Y Distimia

4.2.1. Operacionalización De Variables

Tabla 2: Operacionalización de Variables

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Ítem
Ansiedad	Afección por la que una persona tiene preocupación y sentimientos de miedo terror o intranquilidad excesivos. Otros síntomas son sudoración, inquietud, irritabilidad, fatiga, falta de concentración, problemas para dormir, dificultad para respirar, latidos cardíacos rápidos y mareos (INC)	Se operacionaliza por múltiples instrumentos escalas en este caso por la mini entrevista neuropsiquiátrica internacional	<p>¿Se ha sentido excesivamente preocupado o ansioso debido a varias cosas durante los últimos 6 meses?</p> <p>¿Se presentan estas preocupaciones casi todos los días?</p> <p>Le resulta difícil controlar estas preocupaciones o interfieren para concentrarse en lo que hace</p> <p>¿Se sentía inquieto, intranquilo o agitado?</p> <p>¿Se sentía tenso?</p> <p>¿Se sentía cansado, flojo o se agotaba fácilmente?</p> <p>¿Tenía dificultades para concentrarse, connotada que la mente se le quedaba en blanco?</p> <p>¿Se sentía irritable?</p> <p>¿Tenía dificultad durmiendo (dificultad para quedarse dormido como se despertaba a medianoche o demasiado temprano, o dormía en exceso)</p>
Distimia	Una forma de depresión más leve, pero de larga duración también se le conoce como trastorno depresivo persistente	Se operacionaliza por múltiples instrumentos escalas en este caso por la mini entrevista neuropsiquiátrica internacional	<p>¿Cuál en los últimos 2 años, se ha sentido triste desanimado o deprimido la mayor parte del tiempo?</p> <p>¿Durante este tiempo coma ha habido algún período de 2 meses o más coma en el que se haya sentido bien?</p> <p>¿Durante este periodo en el que se sintió deprimido la mayor parte del tiempo?</p> <p>¿cambió su apetito?</p> <p>¿Tuvo dificultades para dormir o durmió en exceso?</p> <p>¿Se sintió cansado o sin energía?</p> <p>¿Perdió la confianza en sí mismo?</p> <p>¿Tuvo dificultades para concentrarse o para tomar decisiones?</p> <p>¿Tuvo sentimientos de desesperanza?</p> <p>¿Estos síntomas de depresión, le causaron gran angustia o han interferido con sus funciones en el trabajo, socialmente o de otra manera importante?</p> <p>¿En más de una ocasión, tuvo una crisis o ataque en los cuales se sintió súbitamente ansioso, asustado, incómodo o inquieto,</p>

			<p>incluso en situaciones en la cual la mayoría de las personas no se sentirían así?</p> <p>¿Estas crisis o ataques alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 minutos?</p> <p>¿Alguna vez estas crisis o ataques ocurrieron de una manera inesperada o espontánea u ocurrieron de forma impredecible o sin provocación?</p> <p>¿Ha tenido una de esta crisis seguida por un periodo de un mes o más en el que temía que otro episodio recurriera o se preocupada por las consecuencias de la crisis?</p> <p>¿Durante la peor crisis que usted puede recordar?</p>
Angustia	<p>La angustia es una emoción intensa y desagradable que puede manifestarse como un sentimiento de ansiedad, miedo o preocupación. Se caracteriza por un estado de malestar psicológico significativo que puede estar acompañado de síntomas físicos como palpitaciones, sudoración, temblores y dificultad para respirar.</p>	<p>Se operacionaliza por múltiples instrumentos escalas en este caso por la mini entrevista neuropsiquiátrica internacional</p>	<p>¿Sentía que su corazón le daba un vuelco, latía más fuerte o más rápido?</p> <p>¿Sudaba o tenía las manos húmedas?</p> <p>¿Tenía temblores o sacudidas musculares?</p> <p>¿Sentía la falta de aliento o dificultad para respirar?</p> <p>¿Tenía sensación de ahogo o un nudo en la garganta?</p> <p>¿Notaba dolor o molestias en el pecho?</p> <p>¿Tenía náuseas, molestias en el estómago o diarrea repentinas?</p> <p>¿Se sentía mareado, inestable, aturdido o a punto de desvanecerse</p> <p>¿Le parecía que las cosas a su alrededor eran irreales, extrañas, indiferentes, o no le parecían familiares o se sintió fuera o separado de su cuerpo o de las partes de su cuerpo?</p> <p>¿Tenía miedo de perder el control o volverse loco?</p> <p>¿Tenía miedo de que se estuviera muriendo?</p> <p>¿Tenía alguna parte de su cuerpo adormecida o con hormigueo?</p> <p>¿Tenía sofocaciones o escalofríos?</p> <p>¿Tubo estas crisis en varias ocasiones (2 ¿O MAS), seguidas de miedo persistente a tener otra?</p>

4.3. Hipótesis

La ansiedad, angustia, depresión y distimia Son Síntomas Predominantes En Las Personas Que Asisten En Busca De Atención Médica Especializada al Hospital Mario Mendoza.

4.4. Participantes

La población que se incluyó en este proceso investigativo fueron personas entre los 18 y 50 años que asistieron en busca de atención médica profesional en el Hospital Psiquiátrico Mario Mendoza y que se presentaron con sintomatología de ansiedad, angustia, depresión y distimia.

4.4.1. Criterios de Inclusión

1. **Autorización:** por parte de la dirección del hospital Psiquiátrico Mario Mendoza.
2. **Ubicación:** Procedentes del Municipio del Distrito Central.
3. **Motivo de Consulta:** Pacientes que buscan atención médica profesional en el Hospital Psiquiátrico Dr. Mario Mendoza.
4. **Sintomatología:** Presentar síntomas de ansiedad, angustia, depresión o distimia.
5. **Consentimiento Informado:** Haber otorgado su consentimiento informado para participar en el estudio.

4.4.2. Criterios de Exclusión

1. **Localización:** Pacientes que no son del Municipio del Distrito Central.
2. **Condiciones Médicas:** Pacientes con diagnósticos psiquiátricos preexistentes que no estén relacionados con ansiedad, angustia, depresión o distimia.
3. **Incapacidad para Consentir:** Pacientes que no pueden otorgar su consentimiento informado por razones cognitivas o legales.

4. **Tratamientos Previos:** Pacientes que estén recibiendo tratamiento psiquiátrico intensivo en otro centro de salud o que hayan sido hospitalizados en otro lugar durante el periodo del estudio.

4.5. Instrumento

Mini entrevista neuro psiquiátrica internacional donde se toman 4 escalas.

El instrumento de recolección de datos utilizado en esta investigación es una encuesta diseñada para evaluar la prevalencia de ansiedad, angustia, depresión y distimia en los pacientes del Hospital Psiquiátrico Mario Mendoza. Este instrumento consta de varias secciones, cada una dirigida a identificar síntomas específicos relacionados con distintos trastornos mentales. Las preguntas están estructuradas para captar información detallada sobre la frecuencia, intensidad y duración de los síntomas, permitiendo así un análisis cuantitativo exhaustivo.

4.6. Procedimiento

4.6.1. Instrumentos de Evaluación

El instrumento conocido como mini entrevista neuropsiquiátrica es un elemento utilizado para el diagnóstico de manera breve de amplio uso tanto en Estados Unidos como en Francia. Está pegado a los criterios diagnósticos del manual de DSM-III R y es una herramienta completamente estructurada con la cual podemos encontrar trastornos preexistentes y puede ser utilizado por personas no especializadas. Es muy utilizado para poder encontrar síntomas graves y el nivel de discapacidad que pueden representar estos en la persona que está presentando dificultades de salud (Lecrubier, et al., 2020).

4.6.2. Aplicación del Instrumento

Tiene muy buenas condiciones de fiabilidad con el método test RT y es una prueba que fue validada en su mayoría con pacientes con algún tipo de padecimiento psiquiátrico mediante un análisis comparativo. Es relativamente corta, con una duración media o mínima de 21 minutos y una máxima de 92 minutos. Este instrumento está diseñado para evaluar 17 trastornos del eje uno del manual diagnóstico y tiene una validez basada en la entrevista clínica estructurada del DSM-III R para pacientes. Además, se realizó un estudio con la entrevista diagnóstica internacional compuesta SIDI con muestras tomadas de poblaciones tanto de Estados Unidos como de Francia, en este caso, el estado de Florida y París (Lecrubier, et al., 2020).

Como un factor relevante que debemos de tomar en consideración con respecto al uso de este instrumento es su fácil aplicación mediante un análisis que se realizó mediante un estudio dónde se promedió prácticamente el tiempo que se debe de utilizar para la respuesta a las preguntas de este instrumento se encontró que en promedio dura 21.6 minutos independientemente el sexo de las personas que participan en la investigación tomando gran significancia del hecho de que hubo una prevalencia del 83% de entre los participantes que presentaron algún tipo de trastorno ya sea de tipo depresivo el más frecuente (Molina González, Parra Álvarez, & Martínez Reyes, 2017)

Paso. 1

Se procederá a la obtención del permiso de las autoridades hospitalaria y luego a la aplicación del instrumento a las personas o usuarios que estén dispuestos a participar y responder los instrumentos a los cuales se les hará llegar el consentimiento informado.

Paso. 2

Se llevará a cabo el acercamiento con las personas que deseen participar solicitando previamente su colaboración, dada la información del objetivo de la investigación.

4.6.3. Criterios Éticos

Para garantizar el cumplimiento de los principios éticos, se obtuvo el consentimiento informado de todos los participantes, quienes fueron informados sobre el propósito del estudio, los procedimientos y su derecho a retirarse en cualquier momento. Se aseguró la confidencialidad de los datos recolectados y se obtuvo el consentimiento formal de las autoridades del Hospital Psiquiátrico Mario Mendoza para realizar la investigación. Además, el estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Universidad Católica de Honduras “Nuestra Señora Reina de La Paz”, asegurando que se cumplieran los estándares éticos necesarios y que se protegiera el bienestar y los derechos de los participantes en todo momento.

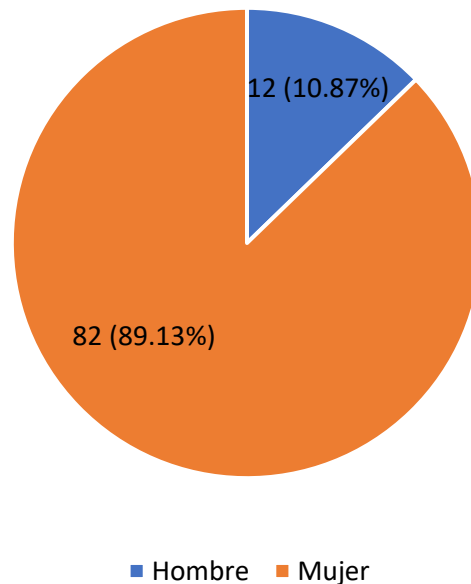
Capítulo 5 Resultados

Capítulo 5 Resultados

En este capítulo se presentan los resultados obtenidos del estudio sobre la prevalencia de ansiedad, angustia, depresión y distimia en los pacientes del Hospital Psiquiátrico Mario Mendoza. A través del análisis de los datos recolectados, se busca ofrecer una visión clara y detallada de las tendencias y patrones observados en la población estudiada. Los resultados se presentan en forma de tablas y gráficos que facilitan la comprensión de los hallazgos, permitiendo identificar las relaciones estadísticas entre las variables investigadas y destacando los aspectos más relevantes que contribuirán a la formulación de estrategias de intervención efectivas.

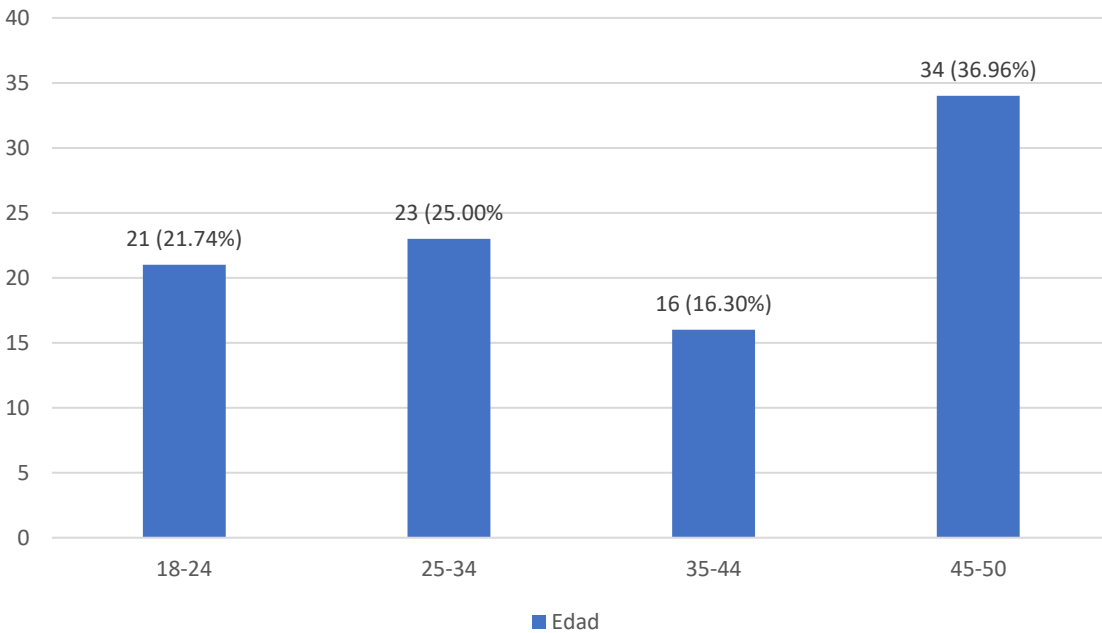
5.1. Depresión Mayor

Figura 2: Genero



La figura presenta la prevalencia de depresión mayor entre los pacientes estudiados, destacando una mayor incidencia en mujeres con un 89.13%, equivalente a 82 pacientes, en comparación con los hombres que representan el 10.87%, sumando 12 pacientes.

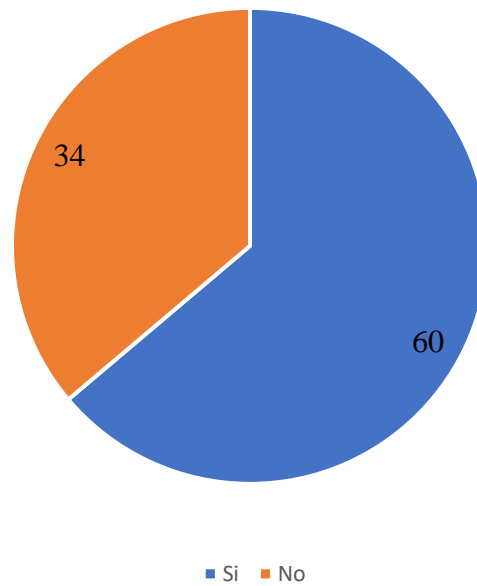
Figura 3: Edad



La figura muestra la distribución de la depresión mayor entre diferentes grupos de edad en el estudio realizado. Se puede observar que el grupo de 45 a 50 años tiene la mayor prevalencia con un 36.96%, lo que representa 34 personas. Los individuos de 25 a 34 años siguen con un 25%, equivalentes a 23 personas. El grupo de 18 a 24 años tiene una prevalencia del 21.74%, con 21 personas. Por último, el grupo de 35 a 44 años muestra la menor prevalencia, con un 16.30%, que corresponde a 16 personas. Estos resultados indican que la depresión mayor es más común en la población de mayor edad dentro del rango estudiado, sugiriendo una tendencia en la que la prevalencia de depresión mayor podría aumentar con la edad, al menos hasta los 50 años. Este patrón resalta la importancia de enfocar esfuerzos de prevención y tratamiento en los grupos de

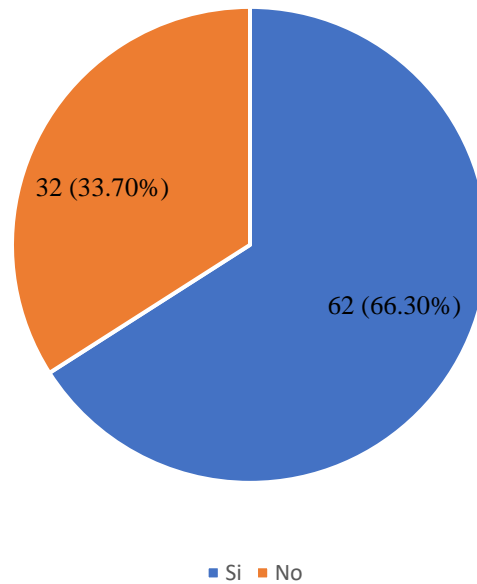
edad más avanzada, además de investigar los factores subyacentes que podrían contribuir a este aumento con la edad.

Figura 4: ¿En las últimas 2 semanas, se ha sentido deprimido o decaído la mayor parte del día, casi todos los días?



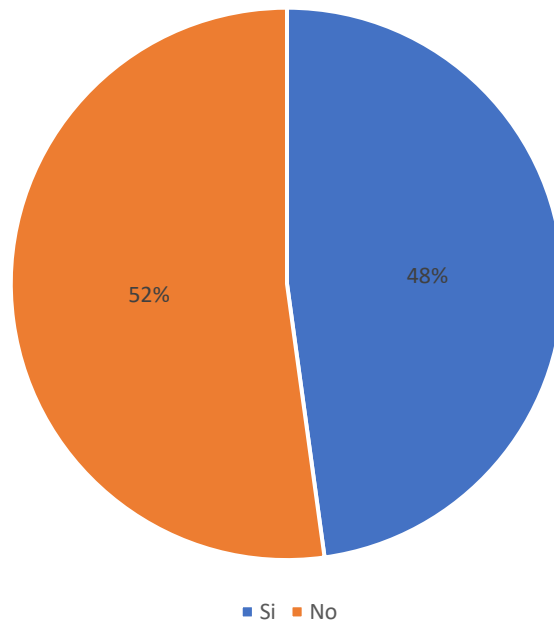
La figura número tres presenta la respuesta a la pregunta sobre si los pacientes se han sentido deprimidos o decaídos la mayor parte del día, casi todos los días en las últimas dos semanas. De los participantes, 60 personas, que representan la mayoría, indicaron que no se han sentido deprimidos o decaídos, mientras que 34 personas afirmaron haber experimentado estos sentimientos. Esto sugiere que, aunque una proporción considerable de la muestra ha experimentado síntomas de depresión, la mayoría no reportó sentirse deprimida o decaída de manera constante en el período mencionado. Estos datos podrían ser importantes para entender la incidencia de los síntomas depresivos en el grupo estudiado y resaltar la necesidad de atención y soporte para aquellos que han reportado síntomas depresivos.

Figura 5: ¿En las últimas 2 semanas, ha perdido el interés en la mayoría de las cosas o ha disfrutado menos de las cosas que usualmente le agradan?



Durante el período de las últimas dos semanas, una mayoría significativa de un 66.3% de los encuestados ha reportado experimentar una disminución en su interés por la mayoría de las cosas o una reducción en el disfrute de actividades que normalmente les resultan placenteras. Por otro lado, un 33.7% de los participantes indicaron que no han experimentado este tipo de sentimientos en el mismo período de tiempo.

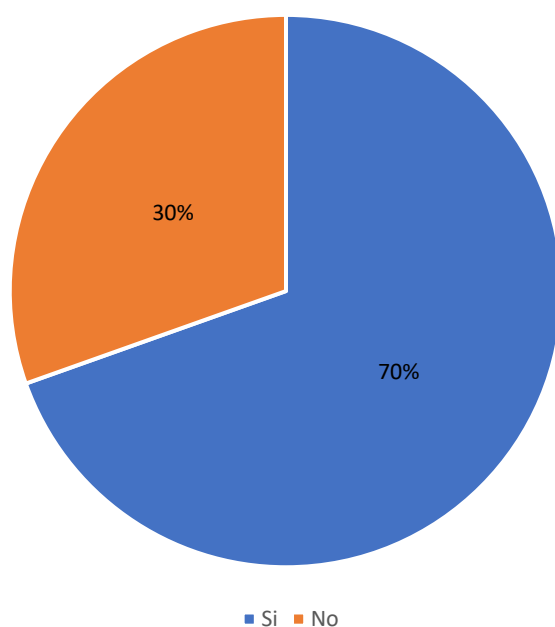
Figura 6: En las últimas 2 semanas, cuando se sentía deprimido o sin interés en las cosas: ¿Disminuyo o aumento su apetito casi todos los días? ¿Perdió o gano peso sin intentarlo?



Estos resultados sugieren que cerca de la mitad de los encuestados experimentaron cambios en su apetito y peso durante períodos de depresión o falta de interés en las cosas en las últimas dos semanas. Estos cambios pueden manifestarse de diversas formas, como pérdida o aumento de peso significativos, cambios en los hábitos alimenticios o en el interés por la comida.

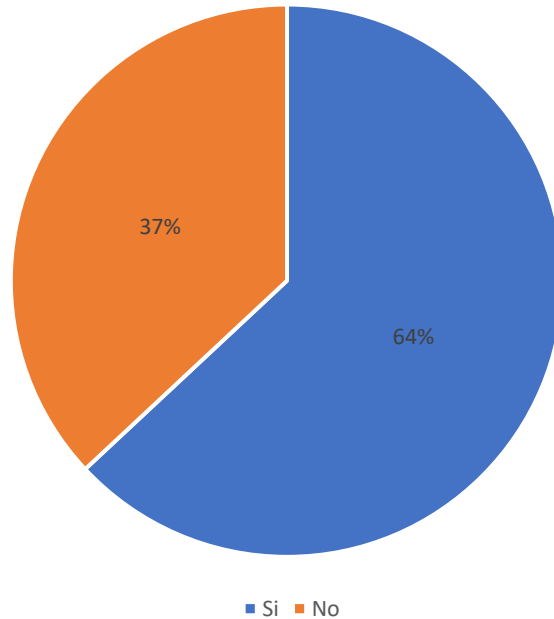
Aunque, el hecho de que alrededor del 52% de los encuestados no hayan experimentado estos cambios puede indicar que la relación entre la depresión y los cambios en el apetito y el peso no es universalmente experimentada por todas las personas. Otros factores, como la gravedad de la depresión, la presencia de otros síntomas y los factores individuales, pueden influir en la manera en que estos síntomas se manifiestan en cada persona.

Figura 7: ¿Tenía dificultades para dormir casi todas las noches dificultades para quedarse dormido, se despertaba a medianoche, se despertaba temprano en la mañana o dormía excesivamente?



Estos resultados sugieren que, durante las últimas dos semanas, aproximadamente el 70% de los encuestados experimentaron dificultades para dormir. Por otro lado, alrededor del 30% de los encuestados no reportaron dificultades para dormir en el mismo período de tiempo.

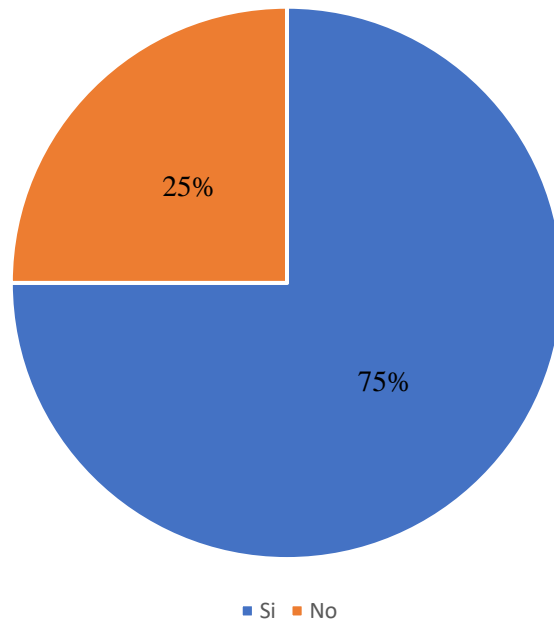
Figura 8: ¿Casi todos los días, hablaba o se movía usted más lento de lo usual, o estaba inquieto o tenía dificultades para permanecer tranquilo?



Estos resultados indican que, durante las últimas dos semanas, aproximadamente el 64% de los encuestados experimentaron cambios en la velocidad de movimiento o inquietud. Por otro lado, alrededor del 36% de los encuestados no experimentaron estos cambios en el mismo período de tiempo.

Los cambios en la velocidad de movimiento o la inquietud pueden ser síntomas de diversos trastornos mentales, como la ansiedad o la agitación asociada con la depresión. Estos cambios pueden manifestarse de diferentes formas, como inquietud física, incapacidad para permanecer quieto o un aumento en la velocidad de movimiento.

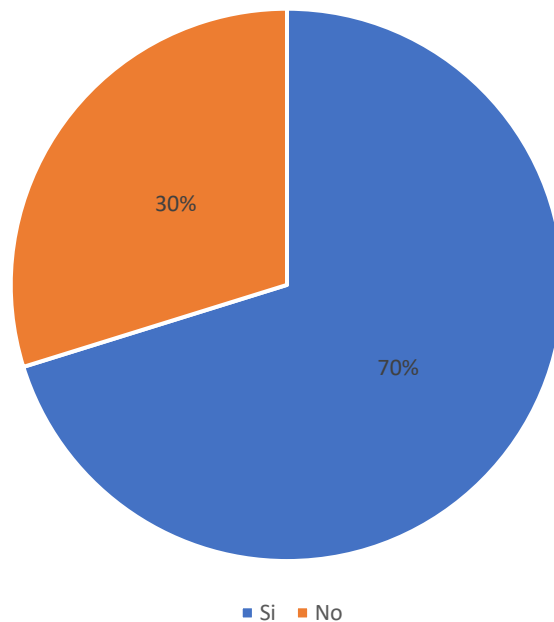
Figura 9: ¿Casi todos los días, se sentía la mayor parte del tiempo fatigado o sin energía?



Estos resultados indican que, durante las últimas dos semanas, aproximadamente el 75.00% de los encuestados han experimentado sentirse fatigados o sin energía la mayor parte del tiempo. Por otro lado, alrededor del 25.00% de los encuestados no han experimentado este síntoma en el mismo período de tiempo.

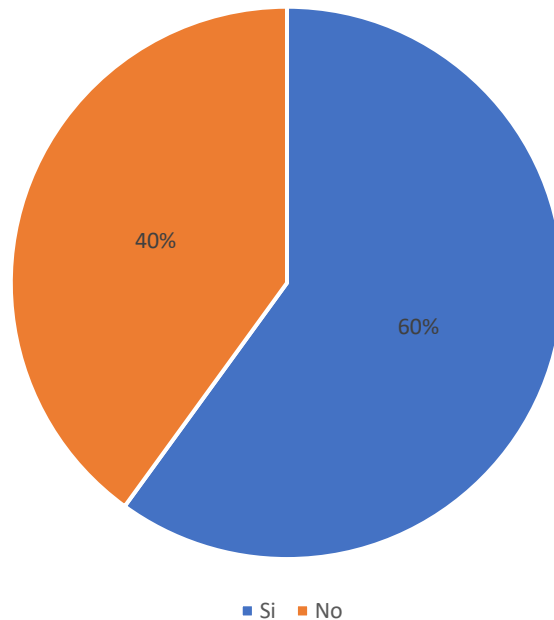
Sentirse fatigado o sin energía la mayor parte del tiempo puede ser un síntoma de diversos trastornos mentales, como la depresión. Esta sensación de fatiga puede manifestarse como una falta de motivación o energía para realizar actividades diarias, y puede interferir significativamente en la vida cotidiana de una persona.

Figura 10: ¿Casi todos los días, se sentía culpable o inútil?



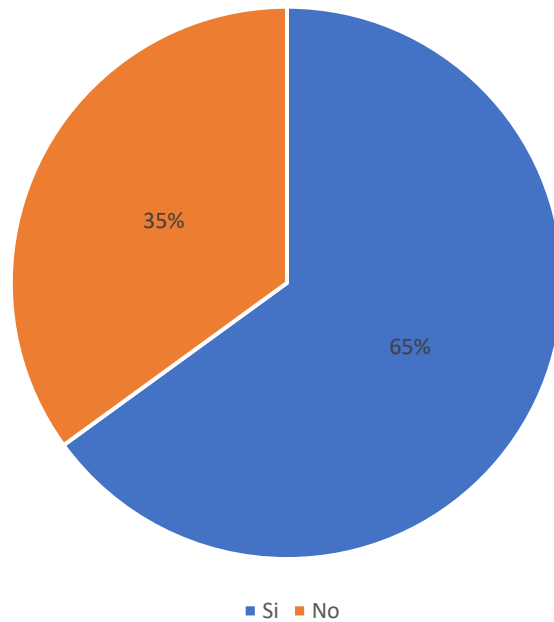
La figura número 9 visualiza la frecuencia de sentimientos de culpa o inutilidad entre los participantes del estudio. Se observa que la mayoría, un 70. %, lo que equivale a 66 individuos, han informado sentirse culpables o inútiles casi todos los días. Por otro lado, el 30% restante, representando a 28 individuos, no han experimentado estos sentimientos con la misma frecuencia. Estos datos señalan que la sensación de culpa o inutilidad es un síntoma común entre los participantes, y tal prevalencia puede ser indicativa de un problema significativo de salud mental dentro de la muestra estudiada, requiriendo posiblemente mayor atención y recursos de apoyo psicológico para aquellos afectados.

Figura 11: ¿Casi todos los días, tenía dificultades para concentrarse o tomar decisiones?



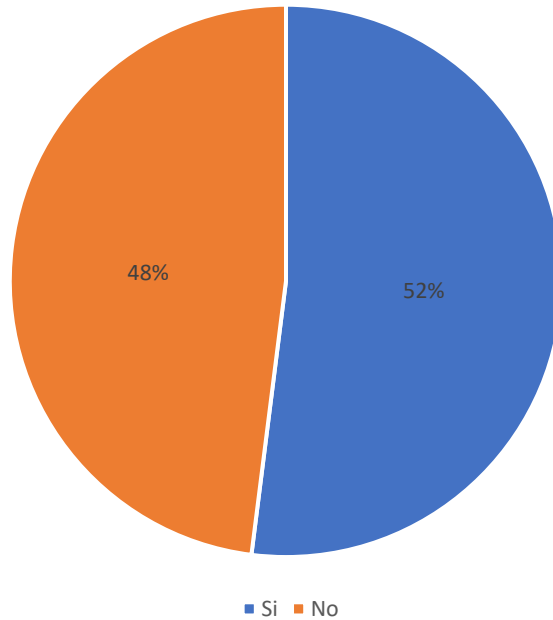
En la figura número 10, los datos muestran la respuesta a la pregunta sobre si los individuos experimentaron dificultades para concentrarse o tomar decisiones casi todos los días. La mayoría, un 60%, equivalentes a 56 personas, indicaron que sí enfrentaron estas dificultades, mientras que el 40% restante, o 38 personas, no las experimentaron. Este resultado subraya que más de la mitad de la muestra ha luchado con la concentración o la toma de decisiones, lo que puede reflejar un aspecto significativo de disfunción cognitiva o emocional que podría estar asociada con condiciones de salud mental como la depresión o la ansiedad. La evidencia de tales desafíos cognitivos en una proporción considerable de participantes resalta la necesidad de intervenciones psicológicas o psiquiátricas dirigidas a mejorar la función cognitiva y la calidad de vida en este grupo.

Figura 12: ¿En varias ocasiones, deseo hacerse daño, se sintió suicida, o deseo estar muerto?



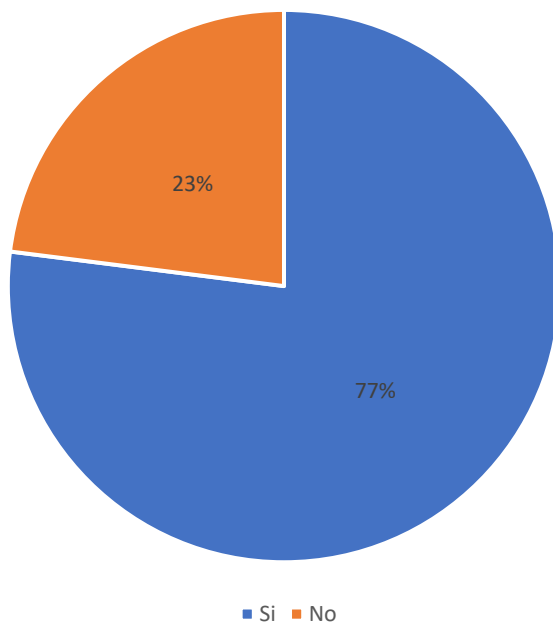
La figura número 11 refleja las respuestas sobre la frecuencia de deseos autolesivos, pensamientos suicidas o el deseo de estar muerto entre los participantes del estudio. Un 65% de los individuos, lo que se traduce en 61 personas, afirmaron haber tenido tales pensamientos en varias ocasiones. Por otra parte, un 35%, equivalente a 33 personas, no reportó haber tenido estos pensamientos. Estos hallazgos son preocupantes y resaltan la importancia de la intervención y el soporte psicológico o psiquiátrico para aquellos que experimentan ideación suicida o deseos de autolesión, indicativos de un riesgo elevado de suicidio o daño autoinfligido en este grupo.

Figura 13: ¿En el transcurso de su vida, tuvo otros periodos de 2 o más semanas, en la que se sintió deprimido o sin interés en la mayoría de las cosas y que tuvo la mayoría de los problemas de los que acabamos de hablar?



La figura 12 proporciona información sobre la experiencia pasada de los participantes con periodos prolongados de depresión. Un 52%, confirmó haber pasado por otros periodos de dos semanas o más en los cuales se sintieron deprimidos o desinteresados en la mayoría de las cosas y que además experimentaron la mayoría de los problemas ya mencionados. Por otro lado, el 48%, no reportaron haber tenido tales periodos en el pasado. Este patrón indica que más de la mitad de los encuestados han enfrentado episodios recurrentes de depresión o desinterés significativo, lo cual puede señalar la necesidad de estrategias de tratamiento y soporte a largo plazo para abordar la salud mental de forma efectiva en esta población.

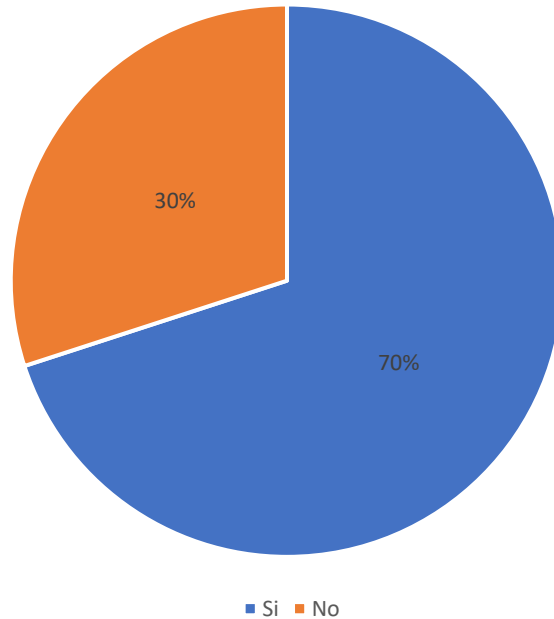
Figura 14: ¿Ha tenido alguna vez un período de por lo menos 2 meses, sin depresión o sin falta de interés en la mayoría de las cosas y ocurrió este periodo entre 2 episodios depresivos?



En la figura 13, se muestra que el 77% de los participantes, lo que representa a 73 personas, no han tenido un período de al menos 2 meses sin depresión o sin falta de interés entre episodios depresivos. Por otro lado, el 23% restante, que corresponde a 21 personas, sí ha experimentado un período así. Esto indica que la mayoría de los encuestados han tenido una continuidad en los síntomas depresivos sin un período claro de remisión, lo que podría sugerir un curso más crónico o recurrente de depresión. Este hallazgo es importante para el enfoque terapéutico y podría justificar la necesidad de un seguimiento a largo plazo y estrategias de tratamiento continuas para manejar la depresión en estos individuos.

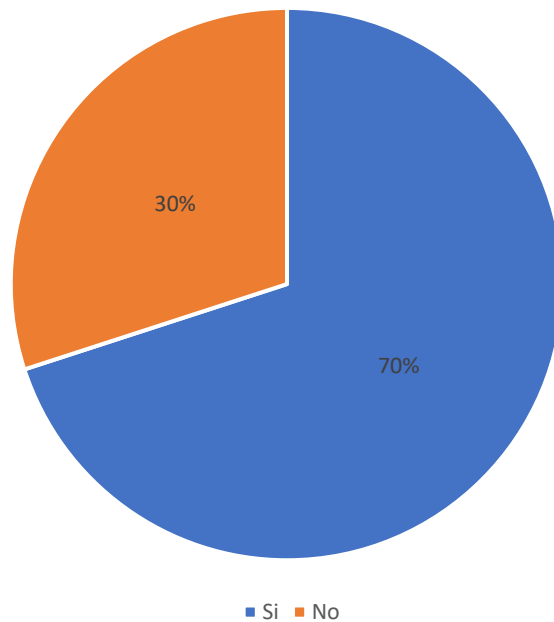
5.2. Trastorno Distímico

Figura 15: En los 2 últimos años, se ha sentido triste, desanimado o deprimido la mayor parte del tiempo



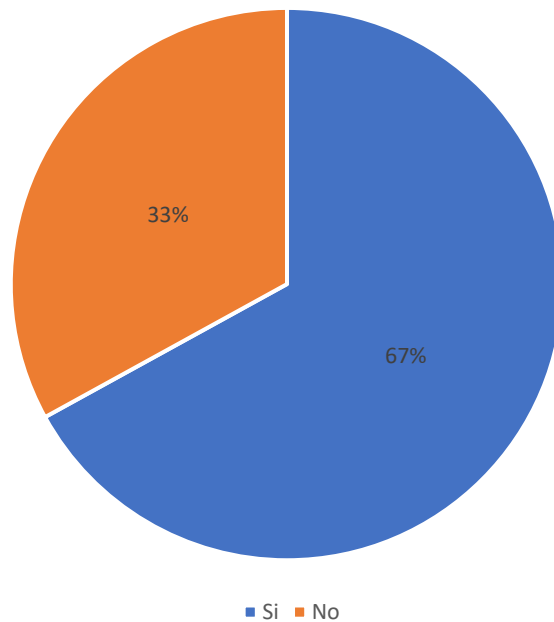
La figura número 14 muestra las respuestas a la pregunta sobre el estado de ánimo de los participantes durante los últimos dos años, específicamente si se han sentido tristes, desanimados o deprimidos la mayor parte del tiempo. Un 70% de los participantes, que corresponde a 64 personas, afirmaron sentirse así, mientras que el 30%, equivalente a 28 personas, no experimentó estos sentimientos de manera persistente. Este resultado indica que una proporción significativa de la muestra ha experimentado sentimientos sostenidos de tristeza o depresión, lo que puede sugerir un diagnóstico de trastorno distímico, un tipo de depresión crónica. Estos hallazgos resaltan la necesidad de intervenciones y soportes continuos para manejar los síntomas depresivos crónicos en estos individuos.

Figura 16: Durante este tiempo, ha habido algún período de 2 meses o más en el que se haya sentido bien



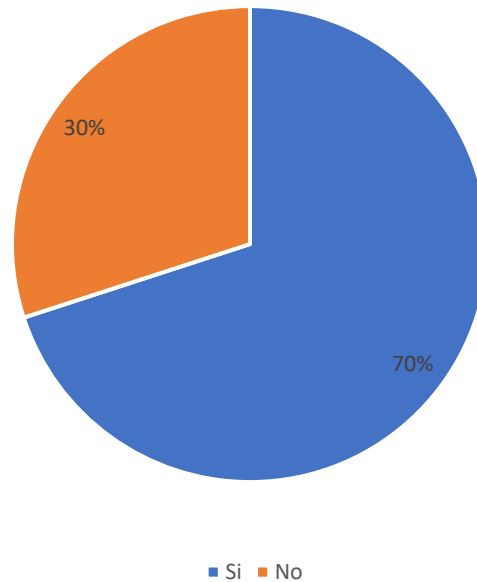
La figura 15 muestra que una mayoría de 70% o 64 personas, han experimentado un período de al menos dos meses en el que se han sentido bien, contrastando con el 30%, o 28 personas, que no han tenido tal experiencia. Esto indica que la mayoría de los participantes han disfrutado de periodos de bienestar, pese a lidiar con síntomas depresivos, lo que podría ser indicativo de episodios de mejoría en el contexto de su salud mental a lo largo del tiempo.

Figura 17: Durante este periodo en el que se sintió deprimido la mayor parte del tiempo, ¿Cambió su apetito notablemente?



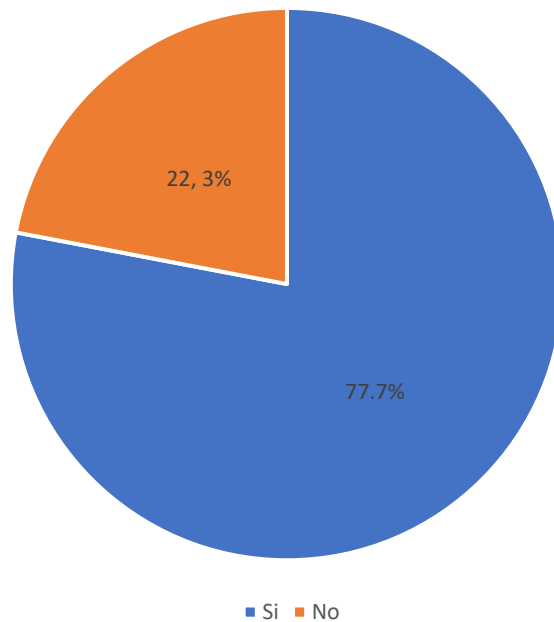
La figura 16 ilustra que durante un periodo en el que los participantes se sintieron deprimidos la mayor parte del tiempo, el 67.4%, correspondiente a 62 individuos, experimentaron un cambio notable en su apetito. Por otra parte, el 32.6% de los participantes, que equivale a 30 personas, no reportaron un cambio significativo en su apetito. Esto sugiere que los cambios en el apetito son una característica común para una mayoría de los individuos durante episodios de depresión, lo que es consistente con uno de los criterios diagnósticos para los trastornos depresivos. Estos datos pueden resaltar la necesidad de considerar los síntomas físicos junto con los emocionales al evaluar y tratar la depresión.

Figura 18: Durante este periodo en el que se sintió deprimido la mayor parte del tiempo, ¿Tuvo dificultades para dormir o durmió en exceso?



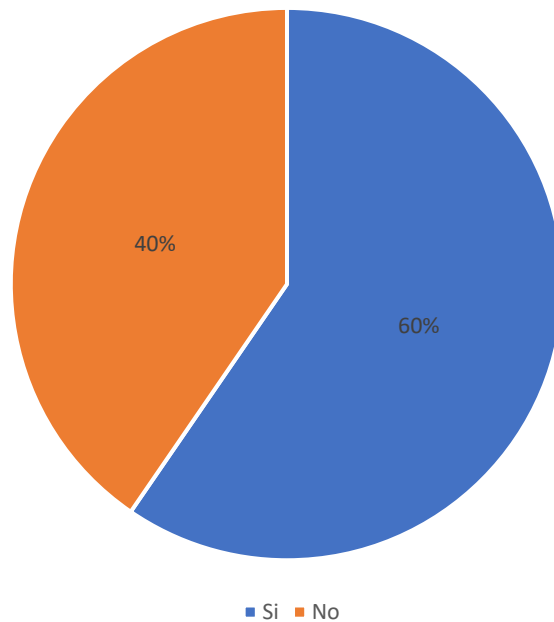
En la figura 17 se muestra que el 72.8% de los participantes, o 67 personas, tuvieron dificultades para dormir o durmieron en exceso durante un periodo en el cual se sintieron deprimidos la mayor parte del tiempo. Mientras tanto, el 27.2%, que se traduce en 25 individuos, no experimentó problemas con el sueño. Esto indica que los problemas de sueño son un síntoma común entre los participantes que han enfrentado la depresión, y destaca la importancia de abordar la calidad del sueño en el tratamiento de la depresión.

Figura 19: Durante este periodo en el que se sintió deprimido la mayor parte del tiempo, ¿se sintió cansado o sin energía?



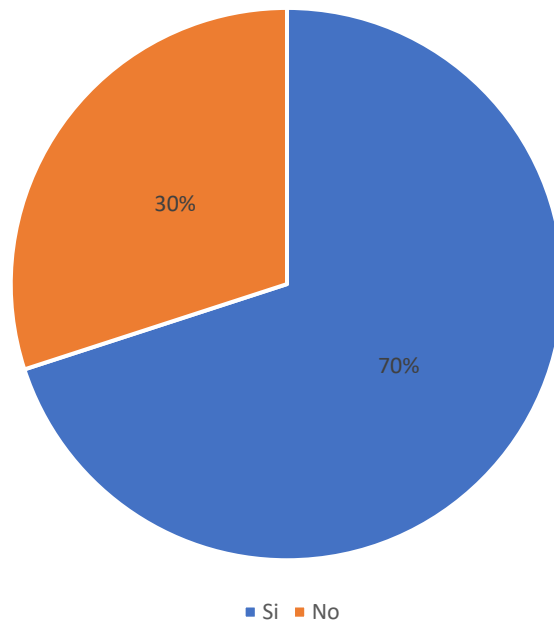
La figura 18 ilustra que un 77.7% de los participantes, equivalente a 73 personas, se sintieron cansados o sin energía durante un período en el que se encontraban deprimidos la mayor parte del tiempo. Por otro lado, el 22.3%, que son 21 individuos, no reportaron sentirse cansados o sin energía. La fatiga y la falta de energía son síntomas significativos de la depresión, y su alta prevalencia entre los encuestados refleja la importancia de abordar estos síntomas en la evaluación y tratamiento integral de la depresión.

Figura 20: Durante este periodo en el que se sintió deprimido la mayor parte del tiempo, ¿perdió la confianza en sí mismo?



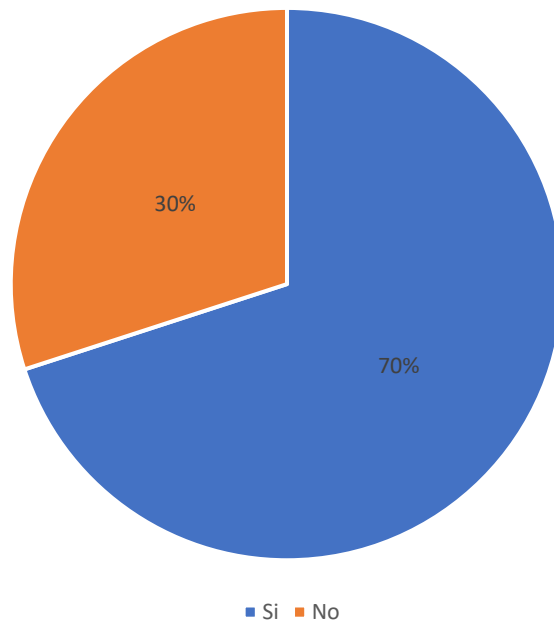
La figura 19 muestra que, durante un período de depresión, el 60% de los participantes, que son 56 personas, reportaron haber perdido la confianza en sí mismos. El restante 40%, equivalente a 36 personas, no experimentó esta pérdida de autoconfianza. La falta de confianza en uno mismo es un indicador de la severidad de la depresión y estos datos ponen de manifiesto la necesidad de abordar la autoestima en el tratamiento y la recuperación de la salud mental.

Figura 21: Durante este periodo en el que se sintió deprimido la mayor parte del tiempo, ¿Tuvo dificultades para concentrarse o tomar decisiones?



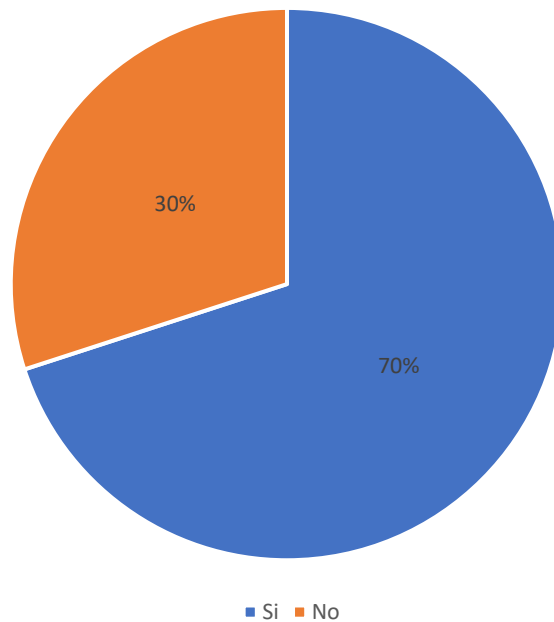
En la figura, se presenta que el 70% de los encuestados, o 65 personas, experimentaron dificultades para concentrarse o tomar decisiones durante un período de depresión. Por otra parte, el 30%, que son 27 individuos, no tuvo tales dificultades. Estos resultados resaltan cómo la depresión puede impactar significativamente las funciones cognitivas, afectando la capacidad para concentrarse y tomar decisiones en una gran proporción de los afectados.

Figura 22: Durante este periodo en el que se sintió deprimido la mayor parte del tiempo, ¿Tuvo dificultades para concentrarse o tomar decisiones?



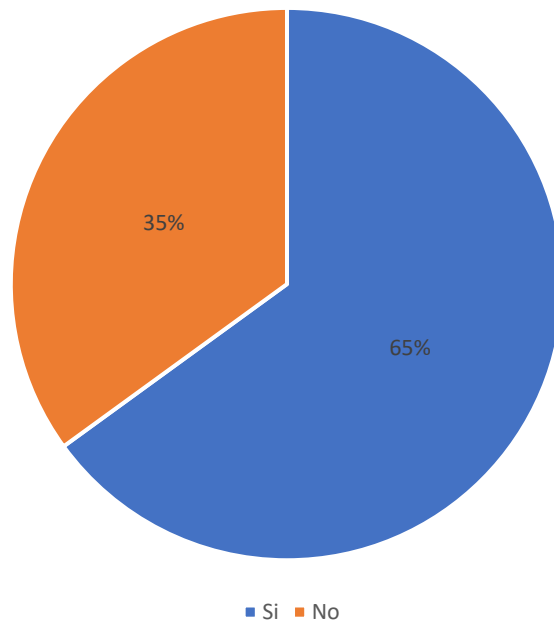
La figura 21 muestra que, durante un período de depresión, un 70% de los participantes, equivalente a 65 personas, informaron haber tenido dificultades para concentrarse o tomar decisiones. El 30% restante, o 27 personas, no reportaron este tipo de dificultades. Estos resultados confirman la presencia de problemas cognitivos asociados con la depresión en la mayoría de los individuos afectados.

Figura 23: Durante este periodo en el que se sintió deprimido la mayor parte del tiempo, ¿Tuvo sentimientos de desesperanza?



La figura 22 muestra que el 70% de los participantes, lo que se traduce en 64 personas, experimentaron sentimientos de desesperanza durante un período de depresión. En contraste, el 30% restante, o 28 personas, no sintieron desesperanza. Este resultado indica que la mayoría de los individuos en la muestra sufrieron un nivel significativo de desesperanza, lo que es un síntoma preocupante comúnmente asociado con episodios depresivos severos.

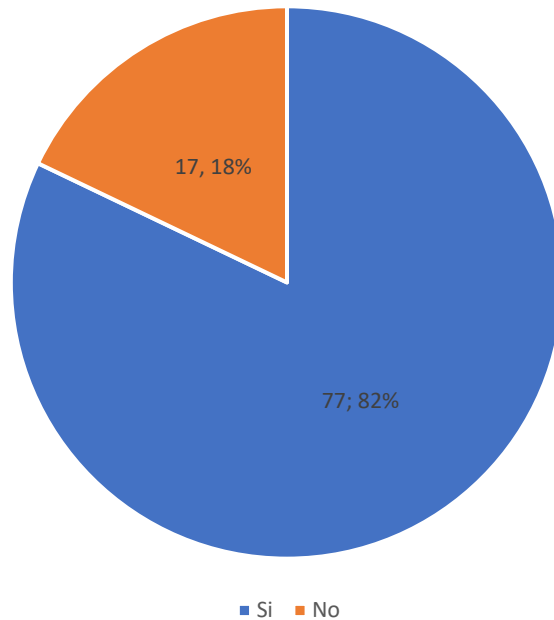
Figura 24: ¿Estos síntomas de depresión, le causaron gran angustia o han interferido con su función en el trabajo, socialmente o de otra manera importante?



La figura 23 revela que un 65.2% de los participantes, o 60 individuos, indicaron que los síntomas de depresión les causaron gran angustia o interfirieron significativamente con su funcionamiento en el trabajo, socialmente o de otras maneras importantes. El 34.8% restante, que corresponde a 32 personas, no sintió que su funcionamiento fuera afectado en la misma medida. Este dato destaca el impacto sustancial que la depresión puede tener en la vida diaria y la capacidad de las personas para funcionar efectivamente en varios aspectos de sus vidas.

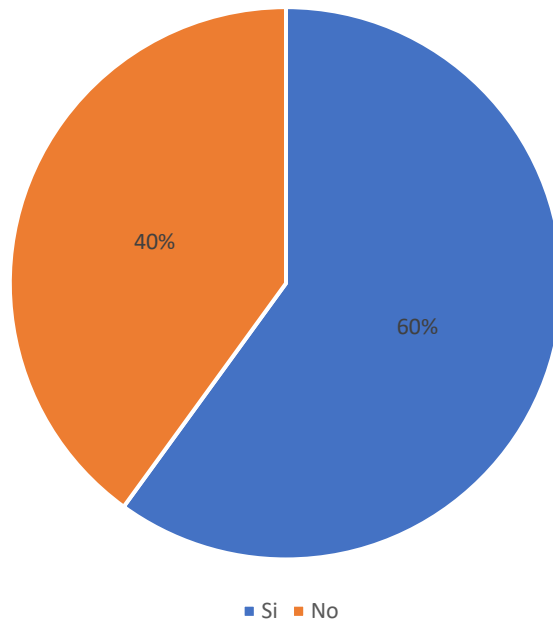
5.3. Trastorno De Angustia

Figura 25: ¿En más de una ocasión, tuvo una crisis o ataques en los cuales se sintió súbitamente ansioso, asustado, incómodo o inquieto, incluso en situaciones en la cual la mayoría de las personas no se sentirían así?



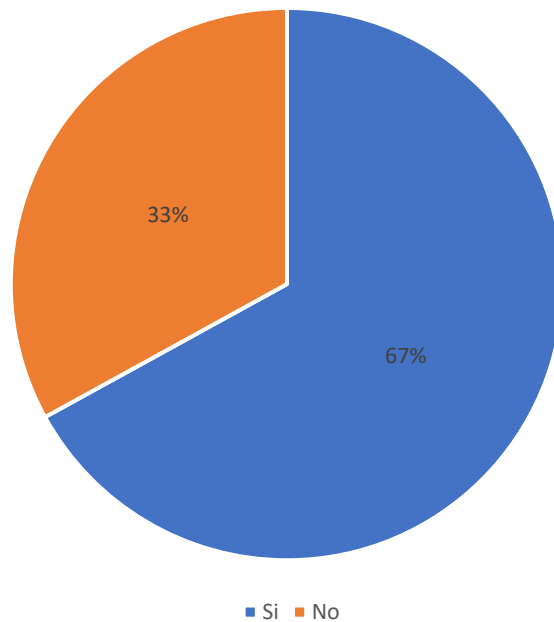
La figura 24 muestra que el 82% de los participantes, o 77 personas, experimentaron crisis o ataques de ansiedad en más de una ocasión, donde se sintieron repentinamente ansiosos, asustados, incómodos o inquietos en situaciones donde la mayoría de las personas no se sentirían así. En contraste, el 18%, equivalente a 17 personas, no experimentó tales crisis. Este alto porcentaje refleja la relevancia del trastorno de angustia en la muestra estudiada y resalta la importancia de estrategias de intervención y manejo para aquellos que sufren de ansiedad severa.

Figura 26: ¿Estas crisis o ataques alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 minutos?



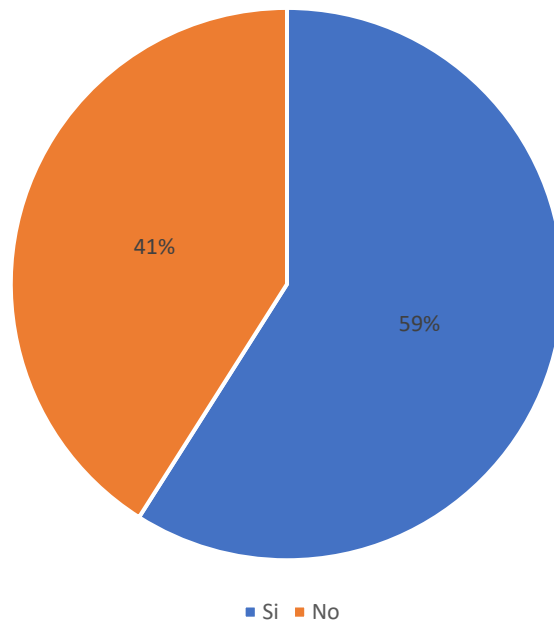
La figura 25 indica que el 60% de los participantes, que son 57 personas, experimentaron crisis o ataques que alcanzaron su máxima expresión en los primeros 10 minutos. El restante 40%, o 38 personas, no tuvieron ataques que siguieran este patrón. Este dato sugiere que, para la mayoría de los afectados, los síntomas de ansiedad se intensifican rápidamente, lo que es característico de los ataques de pánico, un elemento común en los trastornos de ansiedad.

Figura 27: ¿Alguna vez estas crisis o ataques ocurrieron de una manera inesperada o espontánea u ocurrieron de forma impredecible o sin provocación?



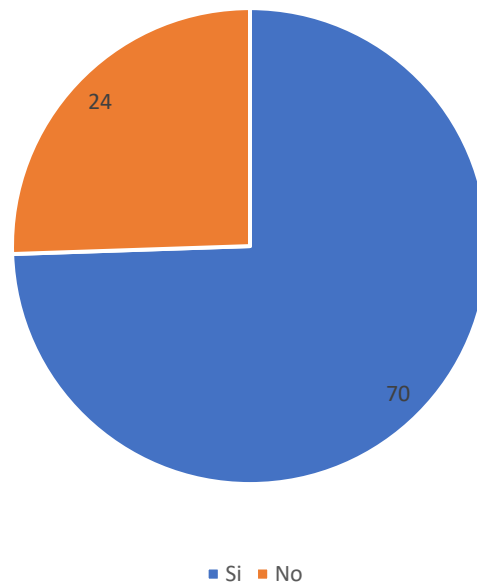
En la figura 26 se muestra que un 67% de los participantes, o 63 personas, experimentaron crisis o ataques de forma inesperada o espontánea y sin una provocación aparente. Por otro lado, el 33%, que corresponde a 32 personas, no experimentó las crisis de esta manera. Esto implica que la mayoría de las personas afectadas sufrieron ataques de pánico que son impredecibles, aumentando la angustia y la dificultad de manejar la ansiedad en la vida cotidiana.

Figura 28: ¿Cuál ha tenido una de esta crisis seguida por un periodo de un mes o más en el que temía que otro episodio recurriera se preocupaba por las consecuencias de la crisis?



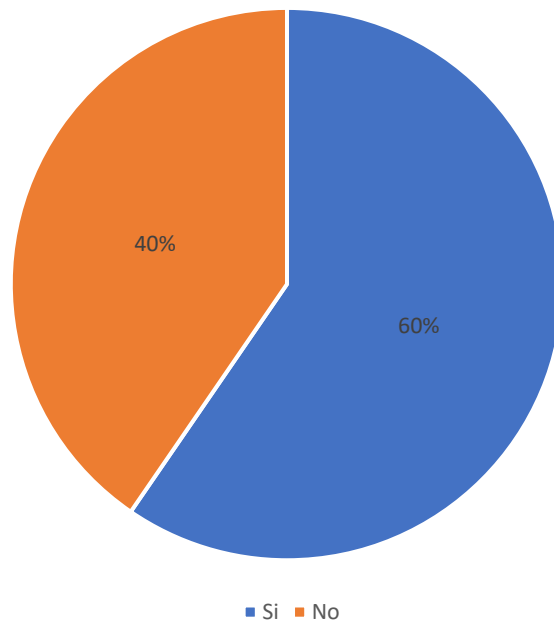
La figura 27 muestra que el 59% de los participantes, o 55 personas, han tenido una crisis seguida por un período de un mes o más en el cual la preocupación por las consecuencias o la posibilidad de una nueva crisis fue significativa. El otro 41%, que son 38 personas, no experimentaron esta preocupación prolongada. Estos resultados indican que la mayoría de las personas que sufrieron una crisis de ansiedad también experimentaron una ansiedad sostenida después del evento, preocupados por la posibilidad de que ocurra nuevamente, lo que puede ser indicativo de un trastorno de ansiedad generalizada o un trastorno de pánico con anticipación ansiosa.

Figura 29: Durante la peor crisis que usted puede recordar: ¿Sentía que su corazón le daba un vuelco, latía más fuerte o rápido?



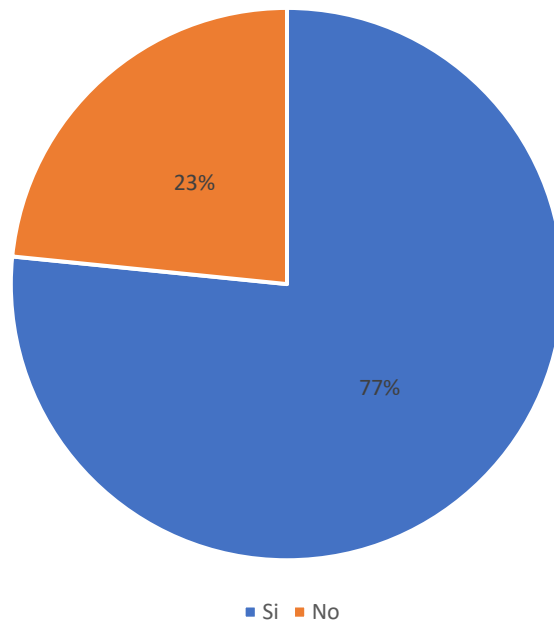
La figura 28 refleja que, durante la peor crisis de ansiedad recordada por los participantes, un 74%, que se traduce en 70 personas, sintieron que su corazón les daba un vuelco, o que latía más fuerte o rápido. Mientras tanto, el 26% restante, equivalente a 24 personas, no experimentó esta sensación. Estos datos indican que la mayoría de los individuos sufrieron palpitaciones o taquicardia durante episodios de ansiedad intensa, lo cual es un síntoma común de los ataques de pánico y otros trastornos de ansiedad.

Figura 30: Durante la peor crisis que usted puede recordar: ¿Sudaba o tenía las manos húmedas?



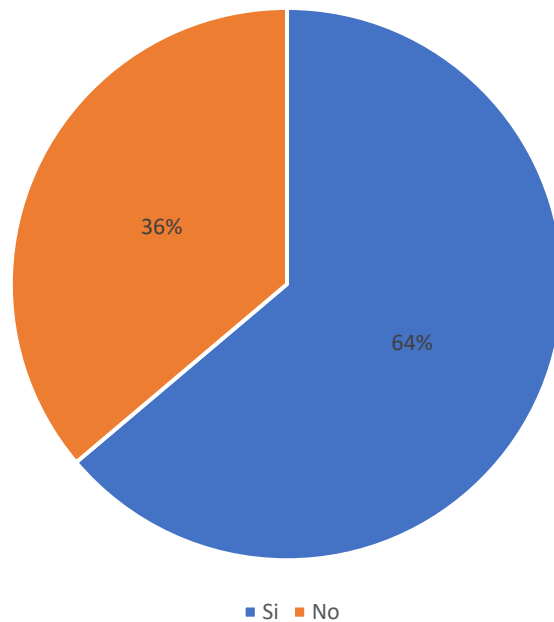
La figura 29 muestra que el 60% de los participantes, lo que representa a 56 personas, experimentaron sudoración o manos húmedas durante la peor crisis de ansiedad que pueden recordar. Por otro lado, el 40% restante, o 38 personas, no reportaron este síntoma. Esto sugiere que la sudoración es un síntoma físico común experimentado por muchos individuos durante episodios intensos de ansiedad o pánico.

Figura 31: Durante la peor crisis que usted puede recordar: ¿Tenía temblores o sacudidas musculares?



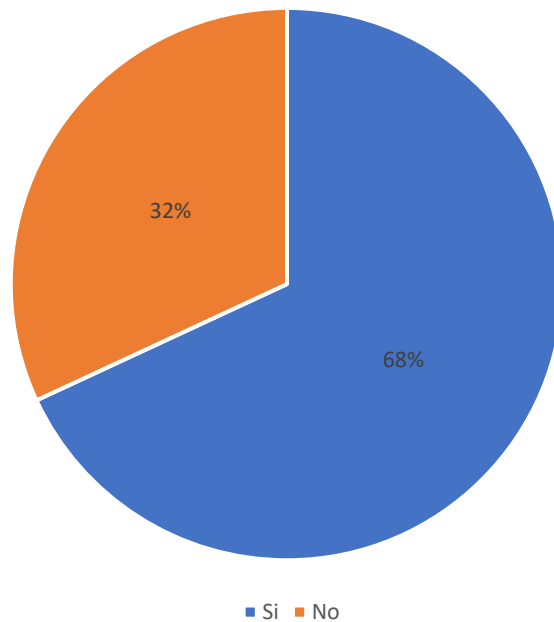
La figura 30 ilustra que, durante la peor crisis de ansiedad recordada, un 77% de los encuestados, correspondiente a 72 personas, experimentaron temblores o sacudidas musculares. En contraste, el 23%, que son 22 personas, no sufrieron de temblores o sacudidas. Esto demuestra que la mayoría de los individuos experimentaron síntomas físicos significativos de ansiedad, que pueden incluir respuestas musculares involuntarias como parte de su reacción de ansiedad o pánico.

Figura 32: Durante la peor crisis que usted puede recordar: ¿Sentía la falta de aliento o dificultad para respirar?



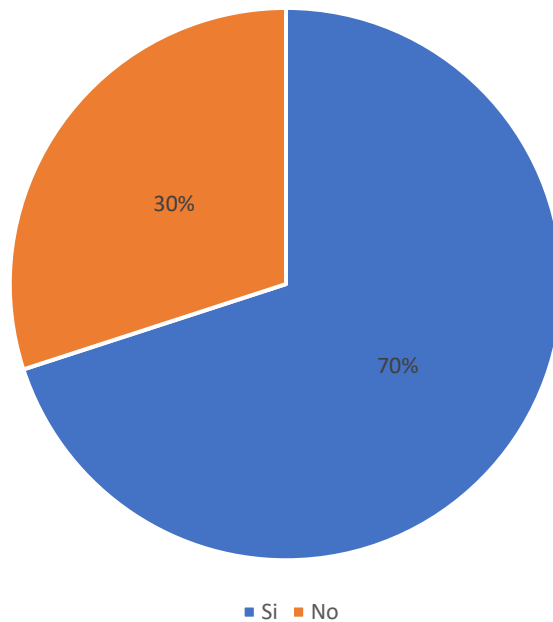
En la figura 31, se observa que el 64% de los participantes, o 60 individuos, sintieron falta de aliento o dificultad para respirar durante la peor crisis de ansiedad que pueden recordar. El 36% restante, que equivale a 34 personas, no experimentó este síntoma. La dificultad para respirar es un síntoma común durante ataques de pánico y puede ser particularmente angustiante, lo que subraya la intensidad de la ansiedad que pueden experimentar las personas durante estos episodios.

Figura 33: Durante la peor crisis que usted puede recordar: ¿Tenía sensación de ahogo o un nudo en la garganta?



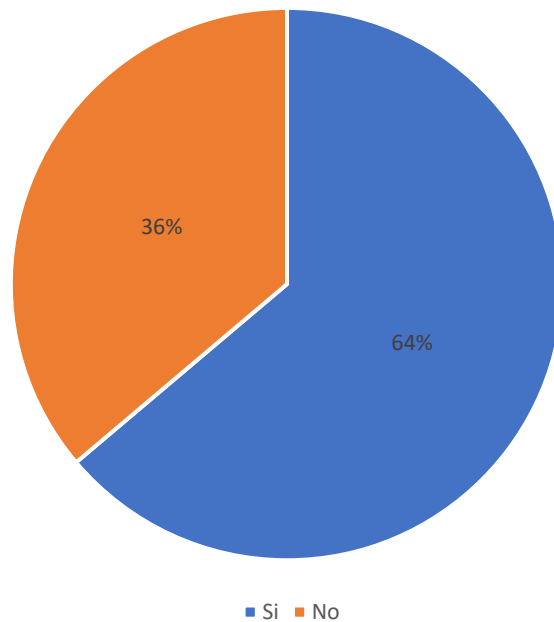
La figura 32 muestra que durante la peor crisis de ansiedad que recuerdan, un 68% de los participantes, lo que representa a 64 personas, experimentaron sensación de ahogo o un nudo en la garganta. El 32% restante, o 30 personas, no reportaron tener esta sensación. Este síntoma es otra manifestación física común en los ataques de pánico y puede contribuir a la sensación general de angustia durante un episodio de ansiedad.

Figura 34: Durante la peor crisis que usted puede recordar: ¿Notaba dolor o molestias en el pecho?



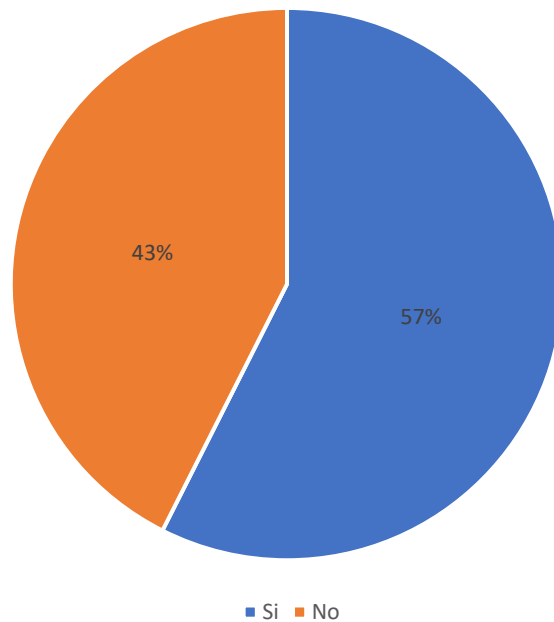
La figura 33 indica que un 70% de los participantes, o 69 personas, sintieron dolor o molestias en el pecho durante la peor crisis de ansiedad que pueden recordar. El 30% restante, correspondiente a 29 personas, no experimentó este síntoma. El dolor en el pecho es un síntoma físico preocupante que muchas personas asocian con problemas cardíacos, pero que también puede ser un síntoma común en episodios intensos de ansiedad o pánico.

Figura 35: Durante la peor crisis que usted puede recordar: ¿Tenias nauseas, molestias en el estómago o diarrea repentina?



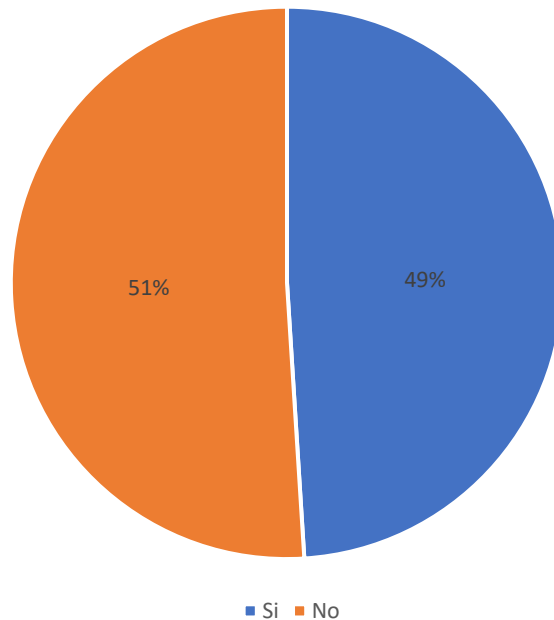
La figura 34 revela que el 64% de los participantes, que corresponde a 60 personas, experimentaron náuseas, molestias en el estómago o diarrea repentina durante la peor crisis de ansiedad que pueden recordar. Por otro lado, el 36%, o 34 personas, no reportaron estos síntomas gastrointestinales. Estos datos muestran que más de la mitad de los individuos afectados experimentaron síntomas físicos relacionados con el sistema digestivo durante episodios intensos de ansiedad, lo que resalta la influencia que la ansiedad puede tener en funciones corporales más allá de la respuesta emocional.

Figura 36: Durante la peor crisis que usted puede recordar: ¿Se sentía mareado, inestable, aturdido o a punto de desvanecerse?



La figura 35 indica que, durante la peor crisis de ansiedad recordada, un 57% de los participantes, o 50 personas, se sintieron mareados, inestables, aturdidos o a punto de desvanecerse. Mientras tanto, el 43%, que son 44 personas, no experimentó tales sensaciones. Estos resultados muestran que más de la mitad de los individuos afectados reportaron síntomas que pueden afectar su equilibrio y percepción, lo cual es común en episodios agudos de ansiedad y ataques de pánico.

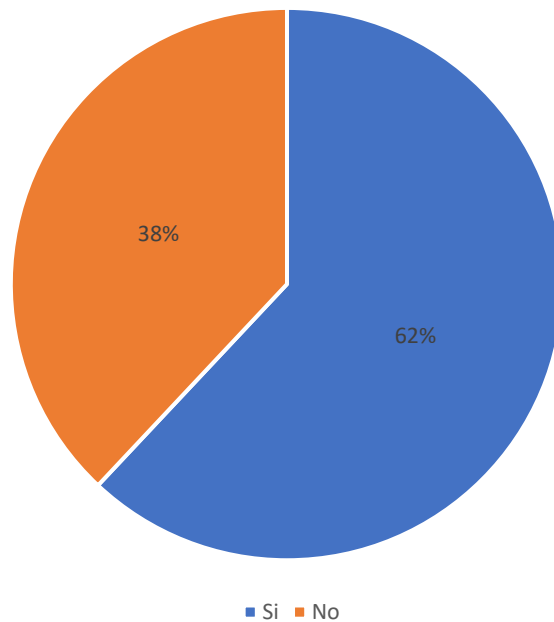
Figura 37: Durante la peor crisis que usted puede recordar: ¿Le parecía que las cosas a su alrededor eran irreales, extrañas, indiferentes, o no le parecían familiares, o se sintió fuera o separado de su cuerpo o de partes de su cuerpo?



Estos resultados indican que, durante la peor crisis que pueden recordar, aproximadamente el 49% de los encuestados experimentaron sentir que las cosas a su alrededor eran irreales, extrañas, indiferentes, o que no les parecían familiares. Además, un 51% de los encuestados no experimentaron este síntoma durante la peor crisis que pueden recordar.

Sentir que las cosas a su alrededor son irreales o extrañas, o experimentar sensaciones de separación del cuerpo o de partes del cuerpo, puede ser un síntoma de desrealización o despersonalización, que a menudo está asociado con la ansiedad y otros trastornos mentales. Estos síntomas pueden ser alarmantes y angustiantes para quienes los experimentan.

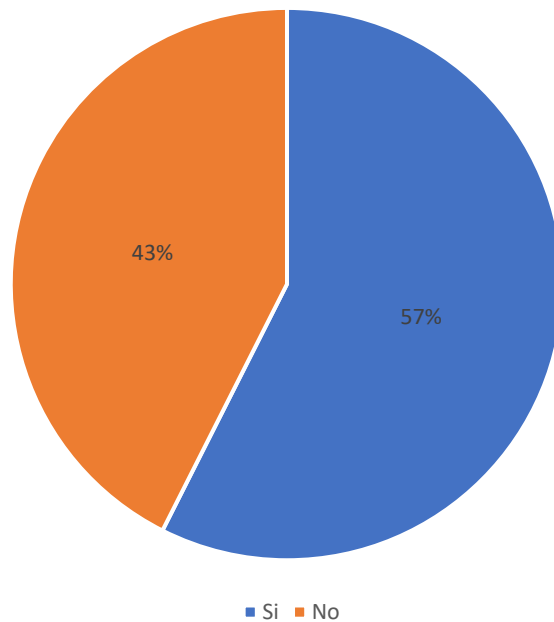
Figura 38: Durante la peor crisis que usted puede recordar: ¿tenía miedo de perder el control o de volverse loco?



Estos resultados indican que, durante la peor crisis que pueden recordar, aproximadamente el 62.1% de los encuestados tenían miedo de perder el control o de volverse locos. Por otro lado, aproximadamente el 37.9% de los encuestados no tenían este miedo durante la peor crisis que pueden recordar.

El miedo a perder el control o volverse loco es un síntoma común de la ansiedad y otros trastornos mentales. Este miedo puede ser muy angustiante y puede interferir significativamente en la vida diaria de la persona afectada.

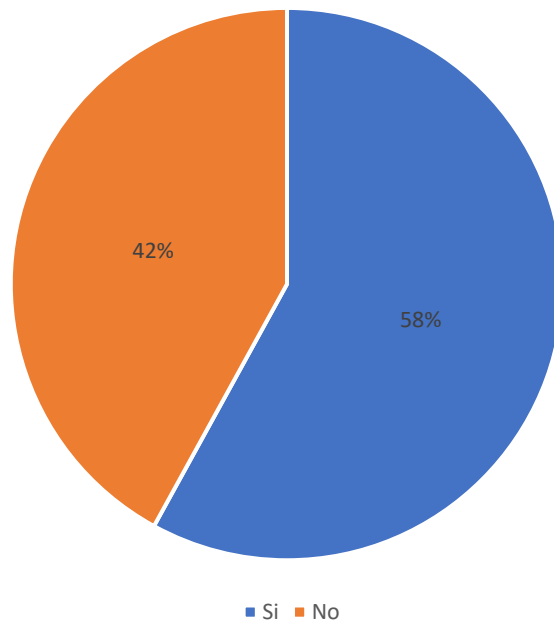
Figura 39: Durante la peor crisis que usted puede recordar: ¿tenía miedo de que se estuviera muriendo?



Estos resultados indican que, durante la peor crisis que pueden recordar, aproximadamente el 57% de los encuestados tenían miedo de estar muriendo. Por otro lado, aproximadamente el 43% de los encuestados no tenían este miedo durante la peor crisis que pueden recordar.

El miedo a morir es otro síntoma común de la ansiedad y otros trastornos mentales, especialmente durante situaciones de crisis o pánico. Este miedo puede ser abrumador y puede afectar significativamente la calidad de vida de la persona afectada.

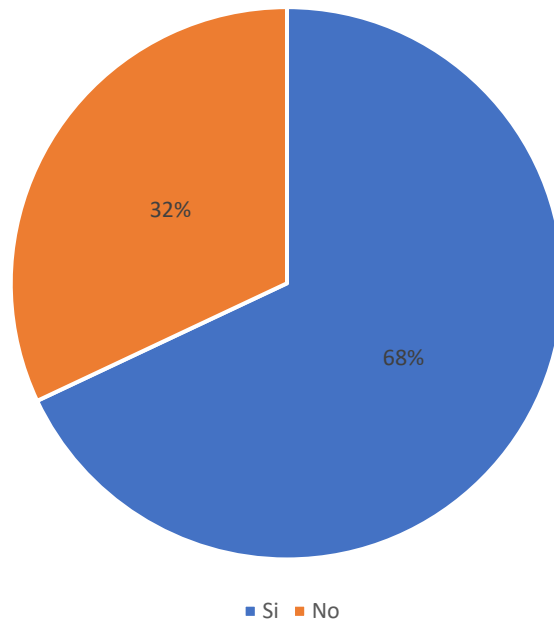
Figura 40: Durante la peor crisis que usted puede recordar: ¿tenía alguna parte de su cuerpo adormecida o con hormigueos?



Estos resultados indican que, durante la peor crisis que pueden recordar, aproximadamente el 58% de los encuestados tenían alguna parte de su cuerpo adormecida o con hormigueo. Por otro lado, aproximadamente el 42% de los encuestados no experimentaron este síntoma durante la peor crisis que pueden recordar.

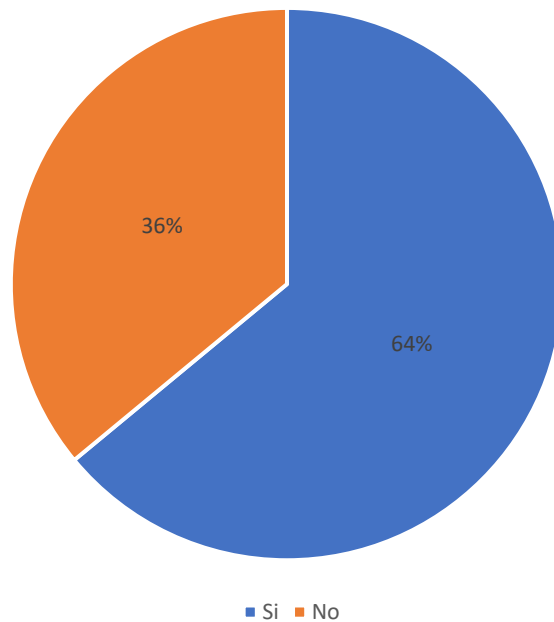
Experimentar adormecimiento o hormigueo en alguna parte del cuerpo durante una crisis puede ser un síntoma de ansiedad u otros trastornos mentales. Este síntoma puede ser alarmante y puede estar asociado con otros síntomas físicos y emocionales.

Figura 41: Durante la peor crisis que usted puede recordar: ¿sentía sofocaciones o escalofríos?



La figura 40 revela que durante la peor crisis que los participantes pueden recordar, el 68% experimentó sofocaciones o escalofríos, mientras que el 32% no experimentó estos síntomas. Estos resultados sugieren que la mayoría de los encuestados experimentaron sensaciones físicas intensas durante sus crisis, lo que puede indicar una respuesta de lucha o huida asociada con la ansiedad aguda. Estos síntomas pueden ser angustiantes y afectar significativamente la calidad de vida de los afectados, destacando la importancia de buscar ayuda profesional para manejar la ansiedad de manera efectiva.

Figura 42: ¿En el pasado mes, tuvo estas crisis en varias ocasiones (2 o más) seguidas de miedo persistente a tener otra?

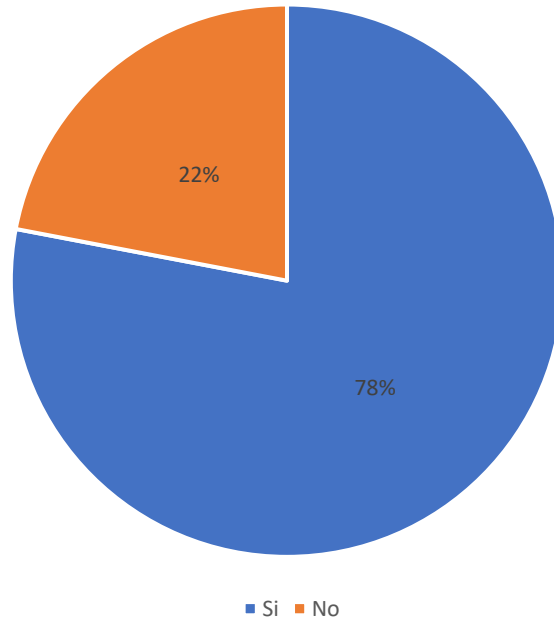


La figura 41 muestra que, en el pasado mes, el 64% de los encuestados experimentaron crisis de ansiedad en varias ocasiones seguidas de miedo persistente a tener otra crisis. Por otro lado, el 36% de los encuestados no experimentaron este patrón de crisis en el mismo período.

Estos resultados sugieren que una parte significativa de los encuestados experimentó episodios recurrentes de crisis de ansiedad, lo que puede indicar un trastorno de ansiedad más grave, como el trastorno de pánico. Este patrón de crisis seguidas de miedo persistente puede tener un impacto significativo en la vida diaria de los afectados y puede requerir intervención profesional para su manejo adecuado.

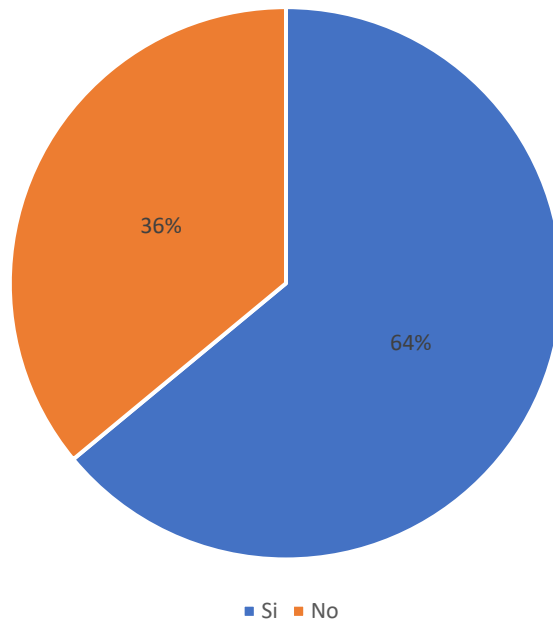
5.4. Trastorno De Ansiedad Generalizada

Figura 43: ¿Se ha sentido excesivamente preocupado o ansioso debido a varias causas durante los últimos 6 meses?



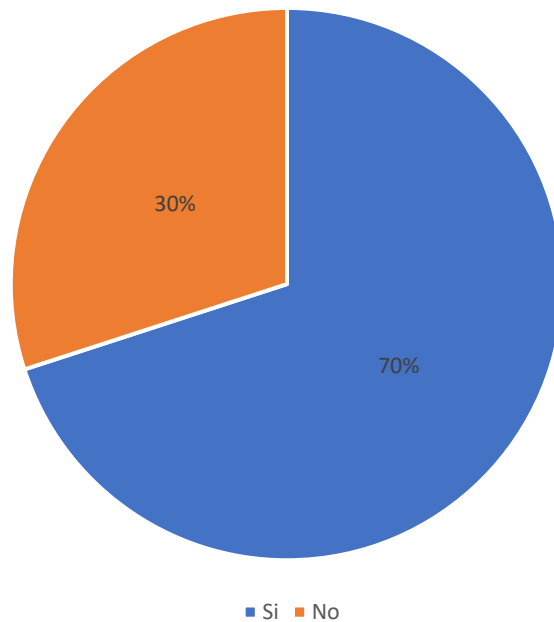
La figura 42 muestra que, durante los últimos 6 meses, el 78% de los encuestados se ha sentido excesivamente preocupado o ansioso debido a varias causas. Por otro lado, el 22% de los encuestados no ha experimentado este nivel de preocupación o ansiedad en el mismo período.

Figura 44: ¿Se presentan estas preocupaciones casi todos los días?



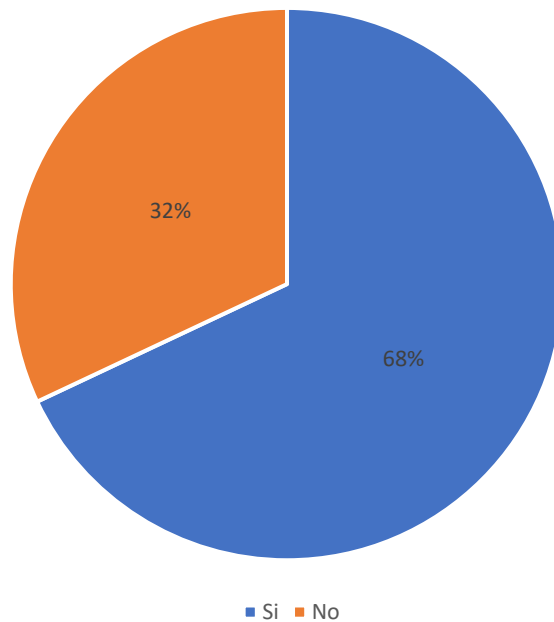
La figura 43 muestra que, entre aquellos que se han sentido excesivamente preocupados o ansiosos debido a varias causas en los últimos 6 meses, el 64% ha experimentado estas preocupaciones casi todos los días. Por otro lado, el 36% restante ha experimentado estas preocupaciones, pero no necesariamente todos los días.

Figura 45: ¿Me resulta difícil controlar estas preocupaciones o interfiere para concentrarse en lo que hace?



La figura 44 muestra que, entre aquellos que se han sentido excesivamente preocupados o ansiosos debido a varias causas en los últimos 6 meses, el 70% ha encontrado difícil controlar estas preocupaciones o ha experimentado interferencia para concentrarse en lo que hacen. Por otro lado, el 30% restante no ha experimentado esta dificultad.

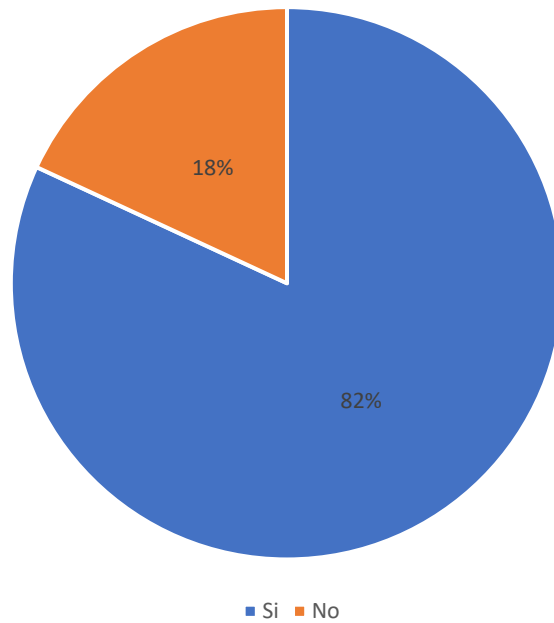
Figura 46: En los últimos 6 meses cuando estaba ansioso, casi todo el tiempo: ¿Se sentía inquieto, intranquilo o agitado?



La figura 45 indica que, en los últimos 6 meses, cuando estaban ansiosos, casi el 68% de los encuestados se sentían inquietos, intranquilos o agitados casi todo el tiempo. Por otro lado, aproximadamente el 32% no experimentó este tipo de sensaciones durante sus episodios de ansiedad.

Sentirse inquieto, intranquilo o agitado es un síntoma común de la ansiedad y puede manifestarse en una sensación constante de nerviosismo o inquietud. Este síntoma puede ser muy molesto y afectar la calidad de vida de quienes lo experimentan.

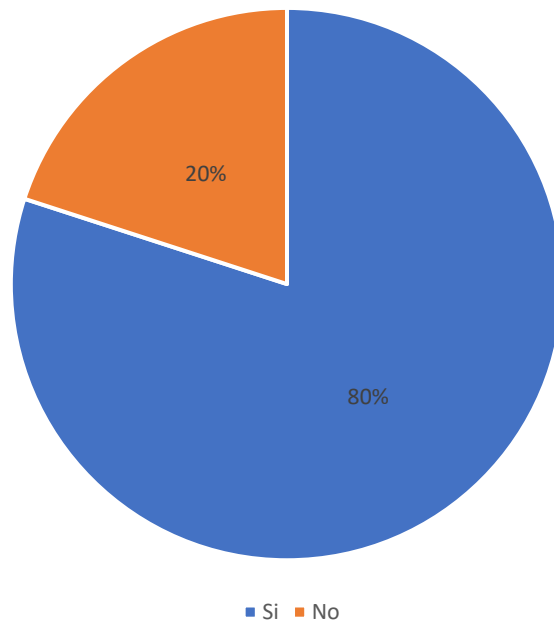
Figura 47: En los últimos 6 meses cuando estaba ansioso, casi todo el tiempo: ¿Se sentía tenso?



La figura 46 muestra que, en los últimos 6 meses, cuando estaban ansiosos casi todo el tiempo, el 82% de los encuestados se sentía tenso. Por otro lado, aproximadamente el 18% no experimentó esta sensación durante sus episodios de ansiedad.

Sentirse tenso es otro síntoma común de la ansiedad y puede manifestarse en una sensación persistente de rigidez muscular o malestar físico. Esta tensión muscular puede ser dolorosa o incómoda y puede afectar la calidad de vida de quienes la experimentan.

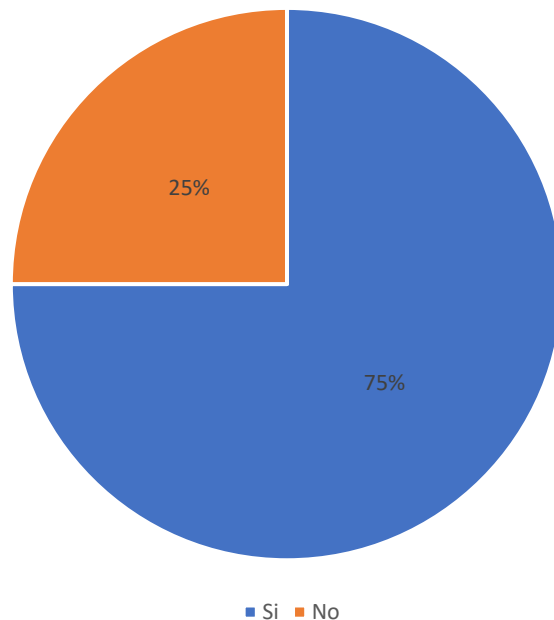
Figura 48: En los últimos 6 meses cuando estaba ansioso, casi todo el tiempo: ¿Se sentía cansado, flojo o se agotaba fácilmente?



La figura 47 indica que, en los últimos 6 meses, cuando estaban ansiosos casi todo el tiempo, el 80% de los encuestados se sentía cansado, flojo o se agotaba fácilmente. Por otro lado, aproximadamente el 20% no experimentó esta sensación durante sus episodios de ansiedad.

Sentirse cansado, flojo o agotado fácilmente es común en personas que experimentan ansiedad constante. Este síntoma puede ser debilitante y afectar la capacidad de una persona para realizar actividades diarias.

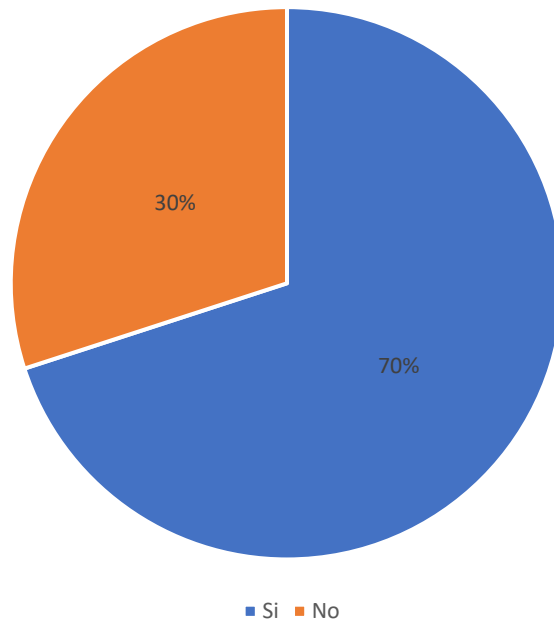
Figura 49: En los últimos 6 meses cuando estaba ansioso, casi todo el tiempo: ¿Tenía dificultad para concentrarse, o notaba que la mente se le quedaba en blanco?



La figura 48 muestra que, en los últimos 6 meses, cuando estaban ansiosos casi todo el tiempo, el 75% de los encuestados tenía dificultad para concentrarse o notaba que la mente se le quedaba en blanco. Por otro lado, aproximadamente el 25% no experimentó esta dificultad durante sus episodios de ansiedad.

Tener dificultad para concentrarse o experimentar lapsos mentales durante la ansiedad es un síntoma común y puede dificultar el desempeño en tareas cotidianas que requieren atención y enfoque. Estos síntomas pueden ser muy frustrantes y afectar la calidad de vida de quienes los experimentan.

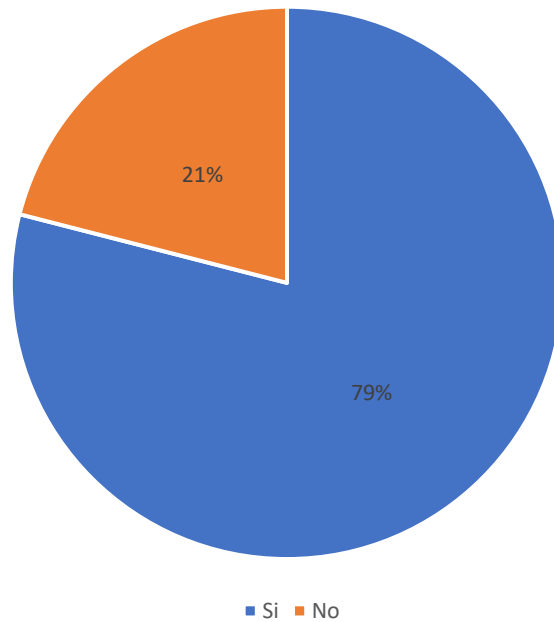
Figura 50: En los últimos 6 meses cuando estaba ansioso, casi todo el tiempo: ¿Sentía irritable?



La figura 49 indica que, en los últimos 6 meses, cuando estaban ansiosos casi todo el tiempo, el 70% de los encuestados se sentía irritable. Por otro lado, aproximadamente el 30% no experimentó esta sensación durante sus episodios de ansiedad.

Sentirse irritable es un síntoma común de la ansiedad y puede manifestarse en un estado constante de irritabilidad, impaciencia o mal humor. Este síntoma puede afectar las relaciones personales y la calidad de vida de quienes lo experimentan.

Figura 51: En los últimos 6 meses cuando estaba ansioso, casi todo el tiempo: ¿Tenía dificultad durmiendo (dificultad para quedarse dormido, se despertaba a medianoche o demasiado temprano, o dormía en exceso)?



La figura 50 muestra que, en los últimos 6 meses, cuando estaban ansiosos casi todo el tiempo, el 79% de los encuestados tenía dificultad para dormir. Esto incluye dificultad para quedarse dormido, despertarse a medianoche o demasiado temprano, o dormir en exceso. Por otro lado, aproximadamente el 21% no experimentó dificultades para dormir durante sus episodios de ansiedad.

Tabla 3: Prevalencia de cada Cuadro Clínico Estudiado

Cuadro Clínico	Número de Pacientes	Porcentaje (%)
Ansiedad	95	51.9
Angustia	87	47.5
Depresión	82	44.8
Distimia	68	37.2

Fuente: Elaboración Propia

La tabla anterior resume los datos de prevalencia de los cuadros clínicos estudiados en los pacientes del Hospital Psiquiátrico Mario Mendoza. De acuerdo con los resultados, el trastorno más común entre los pacientes es la ansiedad, con un 51.9% de prevalencia, seguida de cerca por la angustia, que afecta al 47.5% de los pacientes. La depresión también muestra una alta prevalencia, afectando al 44.8% de los pacientes, mientras que la distimia, aunque menos prevalente en comparación con los otros trastornos, afecta al 37.2% de los pacientes. Estos datos indican una alta incidencia de trastornos de salud mental en la población estudiada, subrayando la necesidad de estrategias de intervención y tratamiento efectivas para abordar estos problemas.

Capítulo 6 Discusión

1. **Discusión sobre la Prevalencia de la Depresión:** La alta prevalencia de depresión mayor observada en más del 50% de los pacientes del hospital resalta la gravedad de este trastorno en entornos clínicos especializados. Este hallazgo es coherente con la literatura global que señala la depresión como una de las principales causas de discapacidad en el mundo, según la Organización Mundial de la Salud. La manifestación de síntomas severos como ideación suicida en aproximadamente un 30% de los pacientes refleja la necesidad crítica de estrategias de intervención temprana y programas de apoyo continuo. Estos datos corroboran estudios previos que sugieren que la detección y tratamiento tempranos pueden mejorar significativamente los resultados a largo plazo en pacientes con depresión mayor (OMS , 2023).

2. **Discusión sobre la Prevalencia de la Distimia:** Los resultados que indican que aproximadamente el 25% de los pacientes sufren de distimia enfatizan su impacto persistente en la calidad de vida y la funcionalidad diaria. Este trastorno, caracterizado por una depresión crónica de menor intensidad que la depresión mayor, pero con una duración más prolongada, plantea desafíos únicos en el manejo y tratamiento. La distimia a menudo requiere enfoques terapéuticos a largo plazo y un apoyo continuo para manejar sus efectos acumulativos en el desempeño laboral y las relaciones interpersonales. Estos hallazgos son importantes para entender la necesidad de programas de salud mental que aborden no solo la intensidad del trastorno, sino también su duración y persistencia (Jiménez-Maldonado, et. al., 2013).

3. **Discusión sobre la Prevalencia de la Ansiedad:** El estudio destacó que el 40% de los pacientes experimentaron ansiedad, un trastorno que interfiere con las actividades cotidianas debido a síntomas como inquietud, irritabilidad y problemas de sueño. La mayor susceptibilidad de las mujeres a la ansiedad, sugerida por los datos, resalta la importancia de considerar factores de género en el diagnóstico y tratamiento de trastornos mentales. Este patrón refleja estudios que muestran diferencias de género en la prevalencia de la ansiedad, lo que puede estar relacionado con diferencias biológicas, responsabilidades sociales o experiencias de vida que varían entre hombres y mujeres. Esta distinción es crucial para el desarrollo de intervenciones más personalizadas y efectivas (Klein, 1948).

4. **Discusión sobre la Prevalencia de la Angustia:** La significativa prevalencia de angustia, con un 35% de los pacientes experimentando episodios intensos de pánico, subraya la necesidad de abordajes especializados para este trastorno. La frecuencia de estos episodios en pacientes más jóvenes y aquellos con experiencias traumáticas previas enfatiza la relación entre el trauma y la angustia. Este vínculo está bien documentado en la literatura, donde se reconoce que las experiencias de vida adversas pueden precipitar o exacerbar los trastornos de pánico y angustia. Comprender este contexto es vital para desarrollar tratamientos que no solo aborden los síntomas, sino también las causas subyacentes, como el trauma psicológico (Fonseca, 2017).

6.1. Conclusión

- 1. Prevalencia de la Depresión:** El estudio en el Hospital Psiquiátrico Mario Mendoza reveló una alta prevalencia de depresión entre los pacientes, evidenciando la presencia de síntomas persistentes que afectan significativamente su vida diaria. La gravedad de estos casos no solo resalta la profunda tristeza y pérdida de interés en actividades cotidianas, sino también la necesidad urgente de intervenciones clínicas efectivas y personalizadas. La alta incidencia de pensamientos suicidas entre los pacientes subraya la importancia de estrategias de prevención y tratamiento inmediato para abordar esta problemática.
- 2. Prevalencia de la Distimia:** La distimia, una forma crónica de depresión menos severa pero más prolongada, afectó a una proporción considerable de los pacientes. Los síntomas de desesperanza continua, fatiga crónica y dificultades para concentrarse fueron comunes entre los afectados. Estos síntomas, persistentes durante más de dos años, tienen un impacto significativo en la funcionalidad diaria de los pacientes, complicando su capacidad para mantener empleos y relaciones personales estables. La distimia destaca la necesidad de enfoques terapéuticos sostenidos y adaptativos para manejar esta condición debilitante.
- 3. Prevalencia de la Ansiedad:** La ansiedad fue un trastorno prevalente en la población estudiada, manifestándose a través de síntomas como inquietud constante, irritabilidad, dificultades para dormir y fatiga. Estos síntomas no solo afectan la calidad de vida de los pacientes, sino que también interfieren con su capacidad para realizar actividades cotidianas. La observación de que las mujeres son más susceptibles a la ansiedad que los

hombres sugiere la influencia de factores de género en la manifestación del trastorno.

Esto resalta la necesidad de enfoques de tratamiento que consideren estas diferencias de género y proporcionen apoyo específico y eficaz.

4. Prevalencia de la Angustia: La angustia, caracterizada por episodios de pánico y síntomas físicos intensos como palpitaciones y sensaciones de asfixia, afectó a una parte significativa de los pacientes. Estos episodios, a menudo espontáneos y frecuentes, resultaron en una considerable alteración del bienestar y la estabilidad emocional de los afectados. La mayor prevalencia de angustia en pacientes jóvenes con historiales de experiencias traumáticas o exposición a estrés severo destaca la importancia de considerar el contexto emocional y las historias personales en la evaluación y tratamiento de este trastorno. Esto subraya la necesidad de intervenciones terapéuticas que aborden tanto los síntomas actuales como los factores subyacentes que contribuyen a la angustia.

5. Implementación de la Estrategia de Intervención "Alianza Saludable": La implementación de la estrategia de intervención "Alianza Saludable" en el Hospital Psiquiátrico Mario Mendoza representa un avance significativo hacia la mejora del tratamiento y manejo de la ansiedad, angustia, depresión y distimia. Basada en los hallazgos del estudio, esta estrategia integral ha sido diseñada para adaptarse a las necesidades culturales y específicas de la población atendida. La estrategia se centra en fortalecer las capacidades del personal mediante capacitaciones continuas y la aplicación de terapias integradas que combinan técnicas farmacológicas y psicológicas. Además, se ha puesto un énfasis especial en la creación de un entorno terapéutico acogedor y en el

uso de tecnología avanzada para terapias digitales y mantenimiento de registros electrónicos. Esta aproximación holística y efectiva no solo tiene el potencial de mejorar los resultados clínicos para los pacientes, sino que también puede promover un cambio positivo en la cultura de tratamiento dentro del hospital, fomentando una mayor comprensión y manejo de los trastornos mentales con respeto y dignidad hacia cada paciente.

6. Conclusiones del Marco Teórico: El marco teórico utilizado en este estudio proporcionó una comprensión integral y multifacética de los trastornos mentales investigados, incorporando perspectivas biológicas, conductuales, cognitivas y psicoanalíticas. Las definiciones y teorías de la Organización Mundial de la Salud (OMS), junto con los aportes históricos de figuras como Hipócrates y Galeno, así como las teorías psicoanalíticas de Freud y Klein, permitieron una exploración profunda y completa de la ansiedad, depresión, angustia y distimia. Este enfoque multidimensional facilitó una evaluación exhaustiva de los cuadros clínicos, proporcionando una base sólida para la formulación de estrategias de intervención. La integración de diversas perspectivas teóricas enriqueció el análisis y permitió la implementación de la estrategia "Alianza Saludable", adaptada a las necesidades específicas de la población estudiada. Esta aproximación no solo mejoró la comprensión de los trastornos mentales, sino que también destacó la importancia de una atención integral y personalizada en el tratamiento y manejo de estos trastornos, promoviendo un enfoque holístico y humanizado en el cuidado de la salud mental.

6.2. Recomendaciones

1. **Desarrollar e implementar programas de intervención específicos para mujeres:** Es crucial establecer programas dirigidos especialmente a mujeres en el rango de edad de 45 a 50 años, quienes muestran una prevalencia alta de depresión mayor. Estos programas deben incluir evaluaciones periódicas para adaptar las intervenciones a las necesidades cambiantes de este grupo. Además, se debe fomentar investigaciones adicionales para explorar las causas subyacentes de la alta incidencia de depresión en hombres, considerando factores socioeconómicos, culturales y biológicos. Es necesario también introducir y reforzar programas de educación y concienciación sobre salud mental para desestigmatizar la depresión entre los hombres y promover la búsqueda de ayuda.
2. **Establecer protocolos de tratamiento a largo plazo para la distimia:** Dada la naturaleza crónica de la distimia, se deben implementar protocolos que incluyan terapia psicológica continua y apoyo farmacológico ajustado a las necesidades individuales. Además, la creación de grupos de apoyo y programas comunitarios ofrecería un espacio para compartir experiencias y estrategias de manejo. Es fundamental implementar estrategias de seguimiento y revisión regular de los tratamientos para adaptarlos a la evolución de los síntomas y mejorar los resultados a largo plazo.
3. **Programas de manejo de crisis para la ansiedad:** Es esencial implementar programas que incluyan entrenamiento en técnicas de relajación rápida, terapia cognitivo-conductual y terapias de exposición para ayudar a los pacientes a manejar los ataques de ansiedad y reducir su frecuencia y severidad. También se deben organizar talleres educativos para pacientes y cuidadores sobre la identificación y manejo de la ansiedad, asegurando la

disponibilidad de servicios de emergencia psicológica para proporcionar asistencia inmediata durante episodios de ansiedad aguda.

4. **Desarrollar intervenciones específicas para la angustia:** Se deben implementar programas de terapia física y respiratoria para ayudar a los pacientes a controlar la respiración y reducir la incidencia de síntomas como palpitaciones y dificultad respiratoria. También es importante incluir entrenamiento en habilidades de afrontamiento y terapia de aceptación para manejar mejor los síntomas de desrealización y despersonalización. Proporcionar acceso a terapia de grupo y psicoterapia individualizada puede ayudar a abordar el impacto emocional de los síntomas de angustia y mejorar la calidad de vida de los pacientes.
5. **Establecer un sistema de evaluación y retroalimentación continua:** Este sistema debe involucrar tanto a pacientes como a profesionales de la salud, incluyendo indicadores claros de desempeño y seguimiento para medir la efectividad de las intervenciones y ajustarlas según sea necesario. Fomentar la participación de la comunidad y las familias de los pacientes en el proceso de tratamiento mediante talleres y sesiones informativas empoderará a los familiares y mejorará su capacidad para apoyar a los pacientes en su recuperación. Estas acciones no solo mejorarán la adherencia y los resultados de las intervenciones, sino que también ayudarán a desestigmatizar los trastornos mentales dentro de la comunidad, creando un entorno más inclusivo y comprensivo.

Recomendaciones para la Secretaría de Salud

1. **Apoyar investigaciones adicionales:** Fomentar y financiar investigaciones que exploren las causas subyacentes de la alta incidencia de depresión y otros trastornos mentales en diferentes poblaciones, incluyendo factores socioeconómicos, culturales y biológicos, para desarrollar intervenciones más efectivas y basadas en evidencia.
2. **Implementar programas nacionales de educación y concienciación:** Desarrollar e implementar campañas nacionales de educación y concienciación sobre salud mental para desestigmatizar los trastornos mentales y promover la búsqueda de ayuda. Estas campañas deben estar dirigidas tanto a la población general como a grupos específicos, como hombres y mujeres en distintos rangos de edad.
3. **Fortalecer la formación del personal de salud mental:** Proveer capacitación continua y especializada para el personal de salud mental en técnicas avanzadas de tratamiento y manejo de trastornos mentales. Esto incluye entrenamiento en terapias cognitivo-conductuales, técnicas de manejo de crisis y estrategias de intervención comunitaria.

Recomendaciones para las Familias de los Pacientes

1. **Participación en el tratamiento:** Fomentar la participación activa de las familias en el proceso de tratamiento de los pacientes, ofreciendo talleres y sesiones informativas que les proporcionen las herramientas y conocimientos necesarios para apoyar efectivamente a sus seres queridos.
2. **Crear redes de apoyo familiar:** Establecer y fomentar la creación de redes de apoyo familiar que permitan a las familias compartir experiencias, estrategias de manejo y brindar apoyo emocional entre ellas. Estas redes pueden ser facilitadas por el hospital o por organizaciones comunitarias.
3. **Promover un entorno inclusivo y comprensivo:** Trabajar en conjunto con las autoridades hospitalarias y la comunidad para crear un entorno más inclusivo y comprensivo hacia los trastornos mentales, ayudando a reducir el estigma y promoviendo la integración y el apoyo a los pacientes en su recuperación.

Capítulo 7 Lineamientos de Intervención

Capítulo 7 Lineamiento de Intervención

En este capítulo se presentan los lineamientos de intervención diseñados para abordar la prevalencia de ansiedad, angustia, depresión y distimia en los pacientes del Hospital Psiquiátrico Mario Mendoza. Estos lineamientos han sido desarrollados combinando la autoría propia con la consulta de diversas fuentes académicas y profesionales en el campo de la salud mental. El objetivo es proporcionar un marco integral y práctico que permita implementar estrategias efectivas y adaptadas a las necesidades específicas de la población atendida, promoviendo un abordaje holístico y culturalmente sensible en el tratamiento de estos trastornos mentales.

7.1. Nombre de la Intervención

Alianza Saludable: Estrategia de Bienestar Mental en el Hospital Mario Mendoza

7.2. Justificación

La justificación para la creación de la estrategia "Alianza Saludable: Estrategia de Bienestar Mental en el Hospital Mario Mendoza" se fundamenta en los resultados obtenidos a través del estudio realizado sobre la prevalencia de ansiedad, angustia, depresión y distimia en pacientes atendidos en el Hospital Psiquiátrico Mario Mendoza. Este estudio ha revelado una alta prevalencia de estos trastornos, lo que resalta una necesidad urgente de implementar intervenciones específicas y efectivas para mejorar la atención y manejo de la salud mental en este contexto hospitalario.

Los hallazgos del estudio enfatizan que tanto hombres como mujeres están significativamente afectados por estos trastornos, con una incidencia particularmente alta en mujeres, lo que resalta la importancia de abordar las diferencias de género en las estrategias de tratamiento y soporte. Además, la investigación ha demostrado que los trastornos mencionados no solo afectan la

calidad de vida de los pacientes, sino que también aumentan la carga sobre los recursos del hospital, afectando la eficacia y eficiencia del servicio proporcionado.

Por lo tanto, la implementación de "Alianza Saludable" busca no solo aliviar el sufrimiento individual de los pacientes, sino también optimizar los recursos del hospital, mejorar los resultados terapéuticos a largo plazo y contribuir al desarrollo de un modelo de atención en salud mental más resiliente y adaptativo. Esta estrategia está diseñada para incorporar programas de apoyo continuo, capacitación específica para el personal de salud y el desarrollo de materiales educativos para pacientes y sus familias, asegurando una aproximación holística y sostenible al tratamiento de la salud mental en el Hospital Mario Mendoza.

Además, "Alianza Saludable" servirá como un modelo para futuras intervenciones en otros centros de salud y puede proporcionar un marco replicable para mejorar la atención psiquiátrica a nivel nacional. La justificación de esta estrategia, por lo tanto, se basa no solo en la mejora inmediata de los servicios clínicos, sino también en su potencial para promover cambios significativos en la política de salud pública relacionada con el manejo de trastornos mentales prevalentes, haciendo un uso más eficiente y efectivo de los recursos hospitalarios y mejorando las vidas de los pacientes y sus familias.

7.3. Alcance

El alcance de "Alianza Saludable: Estrategia de Bienestar Mental en el Hospital Mario Mendoza" está diseñado para establecer límites claros y definir con precisión los objetivos, plazos y entregables del proyecto. Este marco de trabajo está orientado a garantizar la eficacia y eficiencia en la implementación y gestión de la estrategia, evitando demoras y sobrecarga de trabajo para el personal del hospital.

El proyecto tiene como objetivo principal mejorar el bienestar mental de los pacientes mediante la reducción de la prevalencia de síntomas de ansiedad, angustia, depresión y distimia. Esto se logrará a través de la implementación de un programa integral que incluye la capacitación del personal en técnicas de manejo de estos trastornos, el establecimiento de grupos de apoyo continuo para los pacientes y la creación de materiales educativos para pacientes y familias.

Se delimita la intervención inicialmente al Hospital Psiquiátrico Mario Mendoza, con la posibilidad de expandir o adaptar las prácticas exitosas a otros centros en el futuro, dependiendo de los resultados y aprendizajes obtenidos. Los plazos del proyecto se han establecido para un período de evaluación inicial de dos años, tras los cuales se revisarán los progresos y se ajustarán las estrategias según sea necesario.

Los entregables incluyen informes trimestrales de progreso, evaluaciones de satisfacción del paciente, análisis de la reducción de la prevalencia de los trastornos tratados y recomendaciones para la mejora continua del programa. Estos elementos están diseñados para proporcionar una estructura clara y medible que facilite la gestión del proyecto y permita evaluar su impacto de manera efectiva, asegurando así que los objetivos del proyecto se logren sin desviaciones significativas en el proceso.

7.4. Estrategias de Intervención

Para abordar eficazmente la prevalencia de ansiedad, angustia, depresión y distimia en el Hospital Psiquiátrico Mario Mendoza, la estrategia "Alianza Saludable" implementará una serie de métodos y técnicas interdisciplinarias que se centrarán en la mejora del tratamiento y soporte para los pacientes afectados. Las principales estrategias de intervención incluyen:

Capacitación Profesional Continuada: Desarrollar y proporcionar programas de formación continua para el personal médico y de apoyo del hospital, enfocados en las últimas técnicas y

prácticas de manejo en salud mental. Esto incluye talleres sobre terapias cognitivo-conductuales, manejo de crisis, y técnicas de comunicación empática, para asegurar que los pacientes reciban un tratamiento informado y compasivo.

Impacto en la Mejora del Cuidado al Paciente:

1. **Aumento de la Eficacia del Tratamiento:** Al capacitar al personal en terapias cognitivo-conductuales y otras técnicas modernas, se aumenta la probabilidad de resultados terapéuticos positivos, reduciendo la duración de las estancias hospitalarias y mejorando las tasas de recuperación.
2. **Manejo de Crisis Mejorado:** Los talleres sobre manejo de crisis prepararán al personal para actuar de manera efectiva y rápida en situaciones de alta tensión o emergencia, asegurando que los pacientes reciban la ayuda necesaria inmediatamente, lo cual es crucial en el contexto de la salud mental.
3. **Comunicación más Empática:** Entrenar al personal en técnicas de comunicación empática no solo mejora la interacción entre el personal y los pacientes, sino que también contribuye significativamente al bienestar emocional de los pacientes. Una comunicación efectiva y compasiva puede fomentar un ambiente de confianza y seguridad, elementos clave para un tratamiento exitoso.
4. **Profesionalización Continua:** La capacitación continua garantiza que el personal esté siempre al tanto de las mejores prácticas y los últimos avances en el campo de la salud mental, promoviendo un entorno de aprendizaje continuo y mejora profesional.

5. **Reducción del Estrés Laboral:** Al estar mejor preparados, los trabajadores de la salud pueden gestionar sus responsabilidades de manera más eficaz, lo que reduce el estrés laboral y aumenta la satisfacción y la retención del personal.

Terapias Integradas: Integrar un enfoque holístico en el tratamiento que combine terapia farmacológica con intervenciones psicológicas como la terapia cognitivo-conductual, terapia grupal, y terapias de apoyo, facilitando una comprensión y manejo más completos de los trastornos mentales.

Impacto en la Mejora del Cuidado al Paciente:

1. **Manejo Integral de Trastornos:** Al combinar métodos farmacológicos con terapias psicológicas, se abordan tanto los síntomas biológicos como los psicológicos de los trastornos mentales. Esto no solo mejora la efectividad del tratamiento, sino que también promueve una recuperación más rápida y duradera.
2. **Personalización del Tratamiento:** Este enfoque permite personalizar los tratamientos según las necesidades individuales de cada paciente. La adaptabilidad de las terapias integradas facilita la modificación de los planes de tratamiento en respuesta a la evolución del paciente, lo que incrementa las probabilidades de éxito terapéutico.
3. **Mejora en la Calidad de Vida:** Las terapias psicológicas, especialmente en un formato grupal o de apoyo, no solo tratan los trastornos, sino que también mejoran las habilidades

de afrontamiento del paciente, su autoestima y su funcionamiento social. Esto se traduce en una mejora significativa en la calidad de vida general del paciente.

4. **Prevención de Recaídas:** Al enseñar a los pacientes cómo manejar efectivamente sus condiciones y síntomas a través de terapias cognitivo-conductuales y de apoyo, se reduce la probabilidad de recaídas, lo que es fundamental para el tratamiento a largo plazo de trastornos mentales crónicos.
5. **Fomento de la Resiliencia:** La integración de terapias de apoyo ayuda a los pacientes a desarrollar una red de apoyo social, tanto dentro como fuera del entorno clínico, lo que es crucial para la resiliencia y el bienestar emocional.

Programas de Apoyo al Paciente y la Familia: Implementar programas de educación y apoyo para pacientes y sus familias, diseñados para informar sobre las condiciones de salud mental, estrategias de manejo en el hogar y la importancia del apoyo familiar en el proceso de recuperación. Esto incluirá la creación de grupos de apoyo liderados por profesionales y la disponibilidad de recursos educativos en línea.

Impacto en la Mejora del Cuidado al Paciente:

1. **Educación Integral sobre Salud Mental:** Al proporcionar información detallada y accesible sobre trastornos mentales, los programas de educación ayudan a desmitificar estas condiciones y reducir el estigma asociado a ellas. Esto fomenta una mayor comprensión y aceptación tanto por parte del paciente como de su entorno familiar.
2. **Fortalecimiento del Manejo en el Hogar:** Enseñar a los pacientes y a sus familias estrategias prácticas para manejar los síntomas en casa permite que el cuidado continúe más allá de las instalaciones del hospital. Esto incluye técnicas de relajación, manejo del

estrés y habilidades de comunicación que son cruciales para mantener la estabilidad del paciente.

3. **Apoyo Familiar en la Recuperación:** Los programas destacan la importancia del apoyo familiar en la recuperación, educando a los familiares sobre cómo pueden ser parte activa y efectiva del proceso de tratamiento. Esto no solo mejora los resultados del paciente, sino que también fortalece los lazos familiares y mejora la dinámica general del hogar.
4. **Grupos de Apoyo Profesionalizados:** La creación de grupos de apoyo liderados por profesionales ofrece un espacio seguro para que los pacientes compartan sus experiencias, aprendan de los demás y reciban apoyo continuo. Estos grupos también sirven para los familiares, proporcionándoles un entorno donde expresar preocupaciones y recibir consejo experto.
5. **Recursos Educativos en Línea:** La disponibilidad de materiales educativos y recursos en línea asegura que el apoyo y la información estén accesibles en cualquier momento, lo cual es especialmente valioso en situaciones de crisis o cuando las visitas al hospital no son posibles.

Mejora del Entorno Terapéutico: Revisar y mejorar el entorno físico del hospital para hacerlo más acogedor y terapéutico. Se considerarán aspectos como la luz natural, áreas de descanso tranquilas y espacios para la interacción social, que pueden tener un impacto significativo en la salud mental y el bienestar general de los pacientes.

Impacto en la Mejora del Cuidado al Paciente:

1. **Reducción del Estrés Ambiental:** La introducción de más luz natural y la creación de espacios tranquilos y cómodos pueden reducir significativamente los niveles de estrés y

ansiedad en los pacientes. Estudios han demostrado que un entorno físico agradable puede acelerar el proceso de recuperación en pacientes con trastornos mentales.

2. **Promoción de la Interacción Social Positiva:** Facilitar espacios para la interacción social ayuda a mejorar la comunicación entre los pacientes y el personal, así como entre los propios pacientes. Este tipo de interacción es vital para el soporte emocional y la rehabilitación social de los pacientes.
3. **Mejora de la Satisfacción del Paciente:** Un ambiente hospitalario que considera y prioriza el confort y la estética contribuye a una mayor satisfacción del paciente con el cuidado recibido. Esto no solo mejora la percepción del hospital, sino que también puede influir positivamente en la adherencia al tratamiento.
4. **Fomento de la Autonomía del Paciente:** Áreas de descanso y esparcimiento adecuadamente diseñadas permiten a los pacientes tener más control sobre su entorno y actividades diarias, lo cual es crucial para la recuperación de la independencia y la confianza en pacientes con trastornos mentales.
5. **Optimización de Recursos Terapéuticos:** El rediseño del entorno físico también incluye la mejor utilización de los recursos terapéuticos del hospital, asegurando que estos estén accesibles y sean utilizados de la manera más efectiva posible.



Figura 52: Estrategias de Intervención

Fuente: Elaboración Propia

7.5. Recursos Necesarios

7.5.1. Recursos Humanos

Recursos Humanos:

Psiquiatras y Psicólogos: Profesionales calificados para conducir las terapias integradas y supervisar el tratamiento clínico de los pacientes.

Enfermeros especializados en salud mental: Para asistir en la administración de medicamentos y monitoreo del bienestar de los pacientes.

Trabajadores Sociales: Claves para la implementación de programas de apoyo al paciente y la familia, facilitando la integración comunitaria y el seguimiento post-hospitalización.

Facilitadores de talleres: Expertos en terapias cognitivo-conductuales y manejo de crisis que puedan impartir capacitaciones al personal.

Personal de soporte y administrativo: Para gestionar la logística y administración diaria de las nuevas iniciativas y programas.



Figura 53: Recursos Humanos

Fuente: Elaboración Propia

7.5.2. Materiales

Instalaciones de Terapia: Espacios adecuados y equipados para terapia individual y grupal, incluyendo mobiliario confortable y privacidad adecuada.

Características de las Instalaciones de Terapia:

1. **Ambiente Tranquilo y Acogedor:** Las áreas de terapia deben ser lugares tranquilos, que inspiren calma y fomenten la sensación de seguridad y privacidad. Esto se puede lograr mediante el uso de colores suaves en las paredes, una iluminación adecuada que imite la luz natural cuando sea posible, y elementos de naturaleza como plantas o fuentes de agua que añadan un componente relajante al entorno.
2. **Mobiliario Confortable:** El mobiliario debe ser específicamente seleccionado pensando en el confort y la funcionalidad. Esto incluye sillas cómodas y sofás que permitan a los pacientes sentirse relajados durante las sesiones. Las mesas deben ser de altura adecuada y el espacio suficiente para materiales de terapia y notas.
3. **Privacidad Asegurada:** La privacidad es crucial en las sesiones de terapia. Las salas deben estar aisladas acústicamente para garantizar que las conversaciones permanezcan confidenciales. Además, las disposiciones de las salas deben permitir a los pacientes sentir que están en un espacio seguro y protegido, donde pueden expresarse libremente sin preocupaciones de ser escuchados o interrumpidos.
4. **Espacios Versátiles:** Las instalaciones deben ser versátiles para adaptarse a diferentes tipos de terapia y necesidades del paciente. Esto incluye la capacidad de reconfigurar rápidamente el espacio para sesiones de grupo, workshops o actividades terapéuticas que requieran más movimiento o interacción.

5. **Accesibilidad:** Es esencial que las instalaciones de terapia sean accesibles para todos los pacientes, incluyendo aquellos con movilidad reducida. Esto significa entradas sin barreras, baños adaptados y pasillos amplios que permitan el fácil acceso con sillas de ruedas o andadores.
6. **Recursos Terapéuticos Disponibles:** Dentro de las instalaciones, debe haber una disponibilidad constante de materiales terapéuticos, como materiales de arte para terapia expresiva, recursos audiovisuales para terapia de exposición, y tecnología necesaria para terapias asistidas por computadora.

Estas instalaciones de terapia no solo son un componente fundamental de la atención que se presta en el Hospital Mario Mendoza, sino que también juegan un papel crucial en la eficacia del tratamiento ofrecido. Un espacio bien diseñado y equipado puede mejorar significativamente los resultados del tratamiento al proporcionar un ambiente que apoya la recuperación mental y emocional de los pacientes.

Materiales Educativos: Folletos, libros y acceso a plataformas en línea para educación de pacientes y familias sobre el manejo de la salud mental.

Características y Beneficios de los Materiales Educativos:

1. **Folletos Informativos:** Los folletos deben ser diseñados para ser visualmente atractivos y fáciles de entender, ofreciendo información sobre diagnósticos específicos, opciones de tratamiento y estrategias de manejo en el hogar. Estos pueden ser distribuidos durante las consultas, en las salas de espera y en talleres educativos, asegurando que la información esencial sea accesible para todos los pacientes y visitantes.

2. **Libros de Referencia y Autoayuda:** Una biblioteca de recursos en el hospital que incluya libros de autoayuda y manuales de referencia sobre salud mental puede ser una fuente invaluable de apoyo para pacientes y familias. Estos recursos deben cubrir una amplia gama de temas, desde la gestión de trastornos específicos hasta técnicas generales de bienestar emocional y resiliencia.
3. **Acceso a Plataformas en Línea:** Proporcionar acceso a plataformas educativas en línea que ofrezcan cursos, vídeos y seminarios web sobre salud mental. Esto no solo amplía el alcance de los recursos disponibles, sino que también permite a los pacientes y familias aprender a su propio ritmo y en la comodidad de sus hogares. Además, estas plataformas pueden ofrecer espacios interactivos para preguntas y respuestas, foros de discusión y apoyo comunitario.
4. **Materiales Multilingües y Culturalmente Sensibles:** Asegurar que todos los materiales estén disponibles en los idiomas predominantes de la comunidad local y que sean culturalmente relevantes para la población atendida. Esto mejora la comprensión y la relevancia de la información, lo que aumenta la probabilidad de que las estrategias de manejo sean adoptadas efectivamente.
5. **Guías para Familias:** Crear guías específicas para las familias de los pacientes, proporcionando información sobre cómo pueden apoyar a sus seres queridos durante el tratamiento y la recuperación. Estas guías deben incluir consejos prácticos sobre comunicación, manejo del estrés familiar y formas de fomentar un ambiente de apoyo en el hogar.
6. **Evaluación y Actualización Continua:** Los materiales educativos deben ser revisados y actualizados regularmente para reflejar los últimos avances en el campo de la salud

mental y las mejores prácticas. Esto asegura que tanto pacientes como familias tienen acceso a la información más actual y efectiva.

Los materiales educativos son una herramienta esencial en el esfuerzo por mejorar la salud mental y el bienestar de los pacientes. Proporcionan la información necesaria para que los individuos y sus familias comprendan mejor sus condiciones y participen activamente en el proceso de curación.

Equipos de comunicación: Tecnología necesaria para la realización de terapias digitales y mantenimiento de registros electrónicos.

Componentes Clave de los Equipos de Comunicación:

1. **Hardware Especializado:** Computadoras, tabletas y dispositivos móviles de última generación que soporten software de telemedicina y aplicaciones de terapia digital. Esto incluye cámaras de alta resolución y sistemas de audio que permitan una comunicación clara y efectiva durante las sesiones de tele terapia.
2. **Software de Gestión de Registros de Salud Electrónicos (EHR):** Implementación de plataformas EHR que faciliten el acceso y la actualización segura de los registros de pacientes, permitiendo un seguimiento continuo y una coordinación eficiente entre los diferentes profesionales de la salud involucrados en el tratamiento.
3. **Redes y Conectividad:** Inversión en infraestructura de red robusta para asegurar conexiones de internet de alta velocidad y fiables, esenciales para las terapias digitales y el acceso remoto a los registros médicos por parte del personal autorizado.

4. **Capacitación Tecnológica:** Programas de formación para el personal en el uso efectivo de la tecnología de comunicación y gestión de datos, asegurando que todos los usuarios puedan maximizar las funcionalidades ofrecidas por las herramientas digitales.

Recursos para la mejora del entorno: Materiales para renovación y adecuación de espacios físicos que fomenten un ambiente terapéutico, como pintura, decoración, iluminación adecuada, etc.

Materiales Necesarios para la Renovación:

1. **Pintura y Decoración:** Utilización de colores y temas visuales que promuevan la calma y la relajación. Elección de pinturas ecológicas y no tóxicas para garantizar un ambiente saludable.
2. **Iluminación Adecuada:** Instalación de sistemas de iluminación que imiten la luz natural donde sea posible, y luces regulables que permitan ajustar el ambiente según las necesidades terapéuticas y las preferencias de los pacientes.
3. **Mobiliario y Decoración:** Adquisición de mobiliario ergonómico y estéticamente agradable, así como elementos decorativos como arte, textiles y otros accesorios que hagan los espacios más acogedores y menos institucionales.
4. **Señalización y Accesibilidad:** Mejora de la señalización dentro del hospital para facilitar la navegación y accesibilidad, especialmente para personas con limitaciones físicas o sensoriales.

7.6. Plan de Intervención

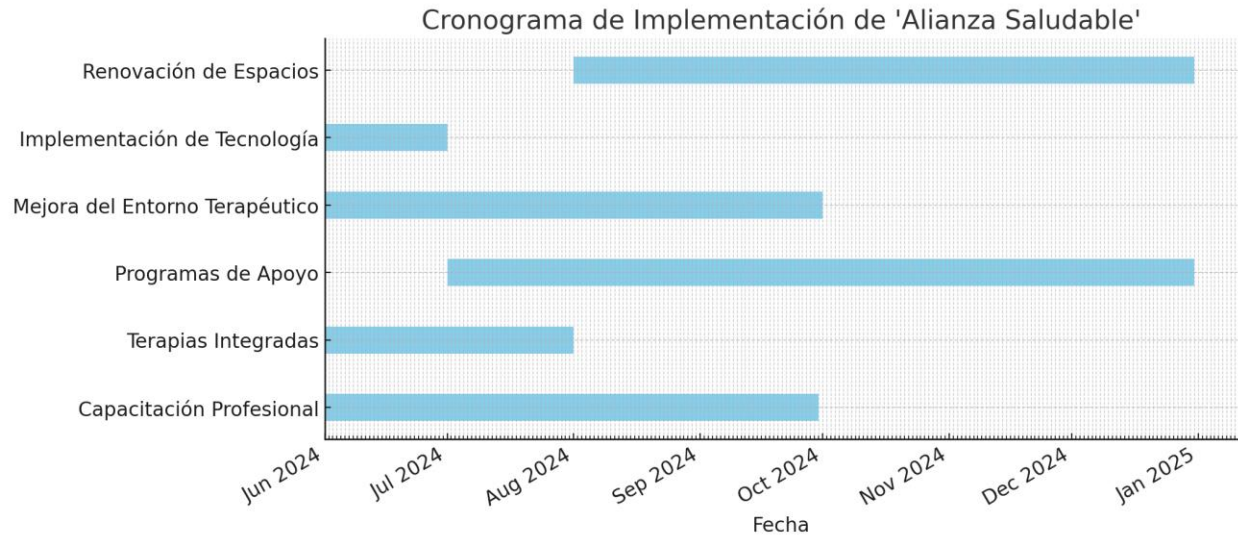


Figura 54: Cronograma de Implementación

Fuente: Elaboración Propia

El cronograma de Gantt para la implementación de la estrategia "Alianza Saludable" en el Hospital Mario Mendoza proporciona una visualización clara y estructurada de cómo se desplegarán las diversas intervenciones a lo largo del tiempo. Este cronograma es fundamental para coordinar las actividades, optimizar los recursos y asegurar que todos los aspectos del plan de intervención se ejecuten de manera secuencial y coherente. A continuación, se ofrece una interpretación detallada de cada elemento del cronograma:

La capacitación profesional es la primera actividad en el cronograma, extendiéndose desde junio hasta septiembre de 2024. Esta fase inicial es crucial porque prepara al personal del hospital para implementar efectivamente las estrategias de intervención. Durante estos cuatro meses, el personal médico y de apoyo recibirá formación intensiva en las últimas técnicas de manejo de salud mental, incluyendo terapias cognitivo-conductuales y manejo de crisis. Esta etapa establece la base para la efectividad del tratamiento y las intervenciones siguientes, asegurando que todos los implicados estén bien preparados para enfrentar los desafíos que presentan los trastornos mentales.

Paralelamente a la capacitación, en junio de 2024 comienza la implementación de terapias integradas, que se prolonga hasta agosto de 2024. Esta intervención implica la combinación de tratamientos farmacológicos con terapias psicológicas para proporcionar un enfoque más holístico y efectivo en el tratamiento de los pacientes. Esta fase es fundamental para comenzar a ver mejoras en el bienestar de los pacientes y para integrar prácticas nuevas aprendidas durante la capacitación.

A partir de julio y hasta el final del año, se implementarán programas de apoyo para pacientes y familias. Esta etapa es vital para educar a los pacientes y sus familias sobre el manejo de la salud mental y proporcionarles herramientas y estrategias para el manejo en el hogar. Además, los grupos de apoyo ofrecen un espacio para que los pacientes y familias compartan experiencias y se apoyen mutuamente, lo que es esencial para el proceso de recuperación.

Desde junio hasta octubre de 2024, se llevará a cabo una mejora del entorno terapéutico del hospital. Esta actualización incluye la renovación de las instalaciones para hacerlas más acogedoras y aptas para la realización de terapias. Los ajustes en la iluminación, mobiliario y decoración no solo mejoran la estética del hospital, sino que también contribuyen significativamente a la terapia al crear un ambiente que promueve la calma y el bienestar.

En junio y julio de 2024, se implementará la tecnología necesaria para la realización de terapias digitales y el manejo eficiente de registros electrónicos. Esta rápida implementación asegura que el hospital pueda comenzar a utilizar estas herramientas tecnológicas lo antes posible, lo que mejora la calidad de la atención al paciente y la eficiencia operativa.

Finalmente, de agosto a diciembre de 2024, se realizará una renovación más extensa de los espacios físicos del hospital. Esta fase es crucial para finalizar la transformación del entorno

hospitalario, asegurando que todas las instalaciones reflejen los principios de un tratamiento y cuidado de salud mental moderno y efectivo.

Tabla 4: Esquema General de la Estrategia de Intervención

Componentes de la Estrategia	Descripción	Objetivos
Capacitación Profesional Continuada	Programas de formación continua para el personal médico y de apoyo, enfocados en técnicas modernas de manejo en salud mental.	<ul style="list-style-type: none"> - Mejorar la eficacia del tratamiento. - Preparar al personal para manejar crisis efectivamente. - Fomentar la comunicación empática y efectiva. - Reducir el estrés laboral del personal.
Terapias Integradas	Combinación de terapia farmacológica con intervenciones psicológicas como terapia cognitivo-conductual, terapia grupal y terapias de apoyo.	<ul style="list-style-type: none"> - Manejo integral de trastornos mentales. - Personalización de tratamientos según las necesidades individuales. - Mejora en la calidad de vida de los pacientes. - Prevención de recaídas. - Fomento de la resiliencia en los pacientes.
Programas de Apoyo al Paciente y la Familia	Implementación de programas de educación y apoyo para pacientes y sus familias, diseñados para informar y proporcionar estrategias de manejo en el hogar.	<ul style="list-style-type: none"> - Educar sobre salud mental y reducir el estigma. - Fortalecer el manejo en el hogar. - Involucrar a la familia en el proceso de recuperación. - Proveer grupos de apoyo profesionalizados. - Facilitar acceso a recursos educativos en línea.
Mejora del Entorno Terapéutico	Renovación del entorno físico del hospital para hacerlo más acogedor y terapéutico, considerando aspectos como la luz natural, áreas de descanso y espacios para interacción.	<ul style="list-style-type: none"> - Reducir el estrés ambiental en los pacientes. - Promover la interacción social positiva. - Mejorar la satisfacción del paciente con el entorno hospitalario. - Fomentar la autonomía del paciente. - Optimizar el uso de recursos terapéuticos.
Implementación de Tecnología de Comunicación	Adquisición e implementación de tecnología necesaria para terapias digitales y mantenimiento de registros electrónicos.	<ul style="list-style-type: none"> - Facilitar la telemedicina y las terapias digitales. - Mejorar la gestión de registros electrónicos de salud. - Asegurar conectividad y acceso seguro a la información. - Capacitar al personal en el uso efectivo de estas tecnologías.

Fuente: Elaboración Propia

Bibliografía

- Álvarez-González, C. F. (05 de diciembre de 2016). La angustia, principio de posibilidad del conocimiento. *revista perspectivas*(1), 30-37. Obtenido de <https://revistas.ufps.edu.co/index.php/perspectivas/article/view/968/1083>
- Campaña Latinoamericana por el Derecho a la Educación . (2021). El Covid-19 sus efectos en la educación de personas con discapacidad y pueblos originarios . *DAKAR-HONDURAS*. doi:<https://redclade.org/wp-content/uploads/Estudio-de-Caso-sobre-el-Impacto-del-COVID-19-oficial.pdf>
- Casa Alianza. (2012). *Informe Mensual*. Tegucigalpa. Obtenido de http://www.new.casa-alianza.org.hn/datos_descargables/observatorio/Informes-2012/InformesMensuales/8.%20informe%20mensual_agosto%202012.pdf
- Castillo Díaz, M. A. (2022). Alteraciones de salud mental y adaptación universitaria en estudiantes Hondureños: un análisis de grupos con rendimiento académico diferenciado . *Revista Española de Orientación y Psicopedagogía*, 144-161. Obtenido de <https://redined.educacion.gob.es/xmlui/bitstream/handle/111162/239749/Alteraciones.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Corea Del Cid, M. T. (2021). La depresión y su impacto en la salud pública. *revista medica Hondureña*, 1- 68. doi:DOI: <https://doi.org/10.5377/rmh.v89iSupl.1.12047>
- Espinoza, E., & Sosa Mendoza, C. A. (2012). Psiquiatría, Ética e investigación en Honduras . *revista medica de Honduras*. Obtenido de <https://revistamedicahondurena.hn/assets/Uploads/Vol80-1-2012-9.pdf>

Fonseca, L. (2017). *Ansiedad*. Obtenido de <https://ansiedadehu.wordpress.com/que-es-definicion/>

Freud, s. (2017). *La neurastenia y la neurosis de angustia* (Vol. 2146). NoBooks. Obtenido de https://books.google.com.mx/books?hl=es&lr=&id=vCKbDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT3&dq=articulos+sobre+angustia&ots=g5h7F4zCLv&sig=YtiOMVb55Mly4yImNK8tkINe_WM#v=onepage&q&f=false

Fuentes, R. A., & Zúniga, C. M. (diciembre de 2021). Impacto psicológico en los docentes de educación primaria a causa de la covid-19. *ACADEMO Revista de Investigación en Ciencias Sociales y Humanidades*, 129. doi:DOI: <https://doi.org/10.30545/academo.2021.jul-dic.2>

IICA. (2021). *Triángulo Norte Centroamericano, Una preocupación de los países de las Américas que será llevada a la Cumbre de sistemas alimentarios de la ONU*. Obtenido de <https://iica.int/es/prensa/noticias/triangulo-norte-centroamericano-una-preocupacion-de-los-paises-de-las-americas-que>

Klein, M. (1948). *Sobre La Teoría De La Ansiedad Y La Culpa*. Obtenido de [https://aprendizaje.mec.edu.py/dw-recursos/system/content/0c59c97/content/Klein,%20Melanie%20\(1882-1960\)/Klein,%20Melanie%20-%20Sobre%20la%20teor%C3%ADa%20de%20la%20ansiedad%20y%20la%20culpa.pdf](https://aprendizaje.mec.edu.py/dw-recursos/system/content/0c59c97/content/Klein,%20Melanie%20(1882-1960)/Klein,%20Melanie%20-%20Sobre%20la%20teor%C3%ADa%20de%20la%20ansiedad%20y%20la%20culpa.pdf)

MacConnell, J. F. (2018). *Angustia* (1a edición ed.). California: ediciones Godot. Obtenido de https://books.google.com.mx/books?id=eYeiEAAAQBAJ&dq=articulos+sobre+angustia&lr=lang_es&hl=es&source=gbs_navlinks_s

- Martínez Cubas, N., & Moncada, G. (2018). Trastornos mentales y su relación con la dinámica familiar en el departamento de Santa Bárbara. *Central American Journals Online*, 124-138. doi:<https://doi.org/10.5377/pc.v0i14.6644>
- Martínez Martínez, C. A., Mejía Suazo, C. J., & Landa Blanco, M. (31 de 1 de 2021). Depresión y ansiedad en pacientes hospitalizados en el servicio de Medicina Interna del Hospital Escuela Universitario de Honduras. *revista de psicología de la salud*. doi:DOI: <https://doi.org/10.21134/pssa.v9i1.703>
- McBoyle, D. S. (2 de 2021). Salud mental: una prioridad en Honduras ante la incertidumbre del futuro y la pandemia COVID-19. *INNOVARE Revista de Ciencia y Tecnología*. Obtenido de www.unitec.edu/innovare/: <https://camjol.info/index.php/INNOVARE/article/view/12274/14183>
- Molina González, V. E., Parra Álvarez, M. N., & Martínez Reyes, F. C. (2017). Caracterización de la Aplicación del Test MINI para Evaluar Salud Mental. Cuenca - Ecuador, 2017. *REVISTA MÉDICA HJCA*, 1-7. doi: <http://dx.doi.org/10.14410/2019.11.1.ao.04>
- Moreno Gordillo, G. d. (2019). Suicidio y depresión en adolescentes: una revisión de la literatura. *Revista Chilena de salud Pública*, 31-41. doi:<https://doi.org/10.5354/0719-5281.2019.55041>
- Navas Orozco, W., & Vargas Baldares, M. J. (26 de 2 de 2012). Abordaje de la Depresión . *revista Cupula*, págs. 19-35. Obtenido de <https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v26n2/v26n2.pdf#page=19>
- Nyzelle, J. D., & Botega, T. (septiembre-diciembre de 2020). Migrantes retornados con discapacidad y sus luchas por reconocimiento; una mirada desde la pastoral de movilidad

- humana de Honduras . *revista interdisciplinaria de movilidad Humana*.
doi:<https://doi.org/10.1590/1980-85852503880006015>
- OMS . (2023). *Depresión*. Obtenido de <https://www.paho.org/es/temas/depresion>
- OMS. (21 de FEBRERO de 2023). *Organización Mundial de la Salud* . Obtenido de Organización Mundial de la Salud : <https://www.who.int/es/news-room/questions-and-answers/item/stress>
- OMS. (21 de febrero de 2024). *organizacion mundial de la salud*. Obtenido de organizacion mundial de la salud: <https://www.who.int/es/news-room/questions-and-answers/item/stress#>
- PAHO. (2020). *La Carga de enfermedad de los trastornos mentales* . Obtenido de https://www.paho.org/sites/default/files/2020-09/MentalHealth-profile-2020%20Honduras_esp.pdf
- Pardo, G. A., Sandoval, A. D., & Umbarila, D. Z. (2004). Adolescencia y Depresión . *Revista Colombiana de Psicología*, 13-28. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/804/80401303.pdf>
- Pérez, J. (2019). Qué es el estrés laboral y cómo medirlo. *saluduninorte*, 156-184.
- Ramos Cáceres, L., Carmenate Milián, A., & Herrera Ramos, D. (2016). *Situación del Sistema de Salud en Honduras y el Nuevo Modelo de Salud Propuesto*. Tegucigalpa: iMedPub Journals. Obtenido de file:///C:/Users/Nelman/Downloads/Dialnet-SituacionDelSistemaDeSaludEnHondurasYElNuevoModelo-5797266.pdf

Revista Medica Hondureña . (1997). *Historia de la Psiquiatría en Honduras*. Tegucigalpa:

Revista Medica Hondureña. Obtenido de file:///C:/Users/Nelman/Downloads/Vol65-2-1997-12.pdf

Reyes Trejo, D. A., & López Seaman, J. C. (2020). Frecuencia de síndrome del cuidador y factores asociados en cuidadores de pacientes adultos con discapacidad que asisten al hospital general San Felipe y centro de rehabilitación integral “Teletón- Tegucigalpa” I trimestre 2020. *centro de recursos para el aprendizaje y la investigación*. Obtenido de <https://repositorio.unitec.edu/xmlui/handle/123456789/10644>

Rodríguez, A. (2022). Revisión sobre la distimia y trastorno depresivo persistente: historia, correlación e implicaciones clínicas. *mpg journal*(4), 53.
doi::[https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30099-7](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30099-7)

Vásquez, H. J. (2015). *Regulación jurídico-penal de los delitos sexuales en Honduras*. Zaragoza: realidad y reflexión. Obtenido de [http://ri.ufg.edu.sv/jspui/bitstream/11592/8965/1/Regulaci% c3% b3n% 20jur% c3% addico-penal% 20de% 20los% 20delitos% 20sexuales% 20en% 20Honduras1% 20.pdf](http://ri.ufg.edu.sv/jspui/bitstream/11592/8965/1/Regulaci%c3%b3n%20jur%c3%addico-penal%20de%20los%20delitos%20sexuales%20en%20Honduras1%20.pdf)

Anexos

Anexos 1: Instrumento de Recolección de datos



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE HONDURAS

“NUESTRA SEÑORA REINA DE LA PAZ”

PREVALENCIA DE ANSIEDAD, ANGUSTIA, DEPRESION Y DISTIMIA DE LOS PACIENTES QUE ASISTEN EN BUSCA DE ATENCIÓN AL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DR. MARIO MENDOZA PROCEDENTES DEL MUNICIPIO DEL DISTRITO CENTRAL DEL PERIODO (MES DE MARZO DEL AÑO 2024.)

Episodio Depresivo Mayor

A1 ¿en las últimas 2 semanas coma se ha sentido deprimido o decaído la mayor parte del día?

A2 ¿En las últimas 2 semanas, aprendido el interés en la mayoría de las cosas o has disfrutado menos de las cosas que usualmente le agradaban?

A3 ¿En las últimas 2 semanas, cuando se sentía deprimido o sin interés en las cosas:

a. ¿Disminuyó o aumentó su apetito casi todos los días? ¿Perdió o ganó peso sin intentarlo? (por ejemplo, variaciones en el último mes de más o menos 5% de su peso corporal o más o menos 8 lb o más o menos 3.5 kg para una persona de 160 lb o 70 kg)

b. ¿Tenía dificultades para dormir casi todas las noches dificultades para quedarse dormido coma se despertaba a medianoche, se despertaba temprano en la mañana o dormía excesivamente?

c. ¿Casi todos los días, coma hablaba o se movía usted más lento de lo usual, o estaba inquieto o tenía dificultades para para permanecer tranquilo?

d. ¿Casi todos los días, coma se sentía la mayor parte del tiempo fatigado o sin energía?

e. ¿Casi todos los días, se sentía culpable o inútil?

f. ¿Casi todos los días, tenía dificultades para concentrarse o tomar decisiones?

g. ¿En varias ocasiones, deseo hacerse daño coma se sintió suicida, o deseo estar muerto?

4 a. ¿En el transcurso de su vida, tuvo otros periodos de 2 o más semanas, en la que se sintió deprimido o sin interés en la mayoría de las cosas y que tuvo la mayoría de los problemas de los que acabamos de hablar?

b. ¿Ha tenido alguna vez un período de por lo menos 2 meses, sin depresión o sin falta de interés en la mayoría de las cosas y ocurrió este pedido entre 2 episodios depresivos?

Trastorno Distímico

B1 En los 2 últimos 2 años, se ha sentido triste, desanimado o deprimido la mayor parte del tiempo

B2 Durante este tiempo coma ha habido algún período de 2 meses o más en el que se haya sentido bien

B3 durante este pedido en el que se sintió deprimido la mayor parte del tiempo

¿Cambió su apetito notablemente?

¿tuvo dificultades para dormir o durmió en exceso?

¿se sintió cansado o sin energía?

¿perdió la confianza en sí mismo?

¿Tuvo dificultades para concentrarse o tomar decisiones?

¿Tubos sentimientos de desesperanza?

B4 ¿Estos síntomas de depresión, le causaron gran angustia o han interferido con su función en el trabajo, socialmente o de otra manera importante?

Trastorno De Angustia

a ¿En más de una ocasión, tuvo una crisis o ataques en los cuales se sintió súbitamente ansioso, asustado, incómodo o inquieto, incluso en situaciones en la cual la mayoría de las personas no se sentirían así?

B ¿Estas crisis o ataques alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 minutos

E2 ¿Alguna vez estas crisis o ataques ocurrieron de una manera inesperada o espontánea u ocurrieron de forma impredecible o sin provocación?

E3 ¿Cuál ha tenido una de esta crisis seguida por un periodo de un mes o más en el que temía que otro episodio recurriera se preocupaba por las consecuencias de la crisis?

E4 ¿Durante la peor crisis que usted puede recordar:

a ¿Sentía que su corazón le daba un vuelco, latía más fuerte o más rápido?

b ¿Sudaba o tenía las manos húmedas?

c ¿Tenía temblores o sacudidas musculares?

d ¿Sentía la falta de aliento o dificultad para respirar?

e ¿Tenía sensación de ahogo o un nudo en la garganta?

f ¿Notaba dolor o molestias en el pecho?

g ¿Tenías náuseas, molestias en el estómago o diarrea repentina?

h ¿Se sentía mareado, inestable, aturdido OA punto de desvanecerse?

i ¿Le parecía que las cosas a su alrededor eran irreales, extrañas, indiferentes, o no le parecían familiares, o se sintió fuera o separado de su cuerpo o de partes de su cuerpo?

j ¿tenía miedo de perder el control o de volverse loco?

k ¿tenía miedo de que se estuviera muriendo?

l ¿tenía alguna parte de su cuerpo adormecida o con hormigueos?

m ¿sentía sofocaciones o escalofríos?

E5 ¿codificó si en E3 i en por lo menos 4 de la E4?

E6 si E5= NO ¿codifico Si en alguna respuesta de E4?

Si E6=si pasar a F1

E7 ¿En el pasado mes, tuvo estas crisis en varias ocasiones (2 o más) seguidas de miedo persistente a tener otra?

Trastorno De Ansiedad Generalizada

O1 A ¿Se ha sentido excesivamente preocupado o ansioso debido a varias causas durante los últimos 6 meses?

B ¿Se presentan estas preocupaciones casi todos los días?

O2 ¿Me resulta difícil controlar estas preocupaciones o interfiere para concentrarse en lo que hace?

En los últimos 6 meses cuando estaba ansioso, casi todo el tiempo:

¿Se sentía inquieto, intranquilo o agitado?

¿Se sentía tenso?


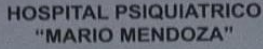

¿Se sentía cansado, flojo o se agotaba fácilmente?

¿Tenía dificultad para concentrarse, o notaba que la mente se le quedaba en blanco?

¿Sentía irritable?

¿Tenía dificultad durmiendo (dificultad para quedarse dormido, se despertaba a medianoche o demasiado temprano, o dormía en exceso)?

Anexos 2: Autorización Institucional



HOSPITAL PSIQUIATRICO
"MARIO MENDOZA"

Tegucigalpa, M.D.C, 21 de marzo, 2024
Oficio-DE-HPMM No. 222-2024


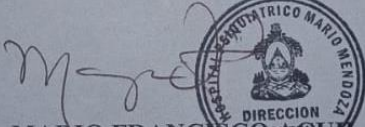
**DOCTORA
ANABELLY YOLIBETH SOLÓRZANO
DIRECTORA DE POSTGRADO E INVESTIGACION
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE HONDURAS "NUESTRA SEÑORA
REINA DE LA PAZ"
SU OFICINA**

Estimada Doctora Solórzano:


Reciba mi cordial saludo, por medio de la presente, en atención a su comunicación en donde solicita se le permita al Maestrando Nelman Darío Raudales realizar entrevistas y aplicar un instrumento a los pacientes de este Hospital, Al respecto; hago de su conocimiento mi anuencia a su solicitud con la supervisión del Master Lester Napoleón Mendoza, Jefe del Departamento de Psicología.

Sin otro particular, me suscribo de usted.

Atentamente,



**DR. MARIO FRANCISCO AGUILAR
DIRECTOR EJECUTIVO
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO MARIO MENDOZA**

C: LESTER NAPOLEON MENDOZA, JEFE DEL DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
C: ARCHIVO
MFAL/Syrg

Col. Miramontes, frente a Lrach y cia, calle la salud, cuadra abajo del Hospital Escuela Tegucigalpa, M.D.C.Honduras C.A.
PBX 2232-1573, 2232-2804, 2232-2929
Síguenos en www.salud.gob.hn