

## PREVALENCIA DE TRASTORNOS MENTALES EN LA COMUNIDAD DE VILLA NUEVA, REGIÓN METROPOLITANA

### MENTAL DISORDERS PREVALENCE AT VILLA NUEVA COMMUNITY METROPOLITAN REGION

Alicia Paz-Fonseca\*, Reinaldo Moneada-Landa\*, Carlos Sosa-Mendoza\*, Ma. Guadalupe Romero A \*\*, Héctor Murcia\*\*\*, Américo Reyes-Ticas\*\*\*\*

**RESUMEN. OBJETIVO:** Se realizó un estudio transversal, descriptivo y analítico cuyo objetivo fue estimar la prevalencia puntual de trastornos mentales durante el último mes en la Colonia Villa Nueva, Tegucigalpa, Honduras.

**MATERIAL Y MÉTODOS.** Mediante un muestreo aleatorio estratificado de 466 familias donde un informante idóneo respondió por todos los miembros de 15 o más años obteniéndose la información de 1,306 individuos. Se efectuó el tamizaje de los casos probables con trastornos mentales utilizando el cuestionario Self Reporting Questionnaire (SRQ). El trabajo de campo se lleva a cabo en Septiembre y Octubre de 1997.

**RESULTADOS.** Las proporciones de prevalencia estimada fueron las siguientes: ansiedad 20.5%, depresión 13.1%, psicosis 0.8%, epilepsia 1.2%, alcoholismo 6.2%, consumo de droga 14.8%. La prevalencia global estimada de trastornos mentales en la población fue de 56.7%. dichos trastornos fueron más frecuentes en los hombres que en las mujeres (64.9% y 39.4%) respectivamente.

**CONCLUSIÓN.** Se concluyó que las elevadas prevalencias estimadas están asociadas con el estrés ocasionado por el hacinamiento, bajos ingresos, lo que constituye necesidades básicas insatisfechas (NBI) y violencia.

**PALABRAS CLAVE:** Trastornos mentales, preva-

lencia puntual, ansiedad, depresión, psicosis, epilepsia, alcoholismo, uso de drogas.

**SUMMARY. OBJECTIVE:** A transversal, descriptive and analytic study was done in order to estimate the *punctual* prevalence of mental illness during the *last* month at the colonia Villa Nueva, Tegucigalpa, Honduras.

**MATERIAL AND METHODS.** By *aleatory*, stratified sample of 466 families were an ideal informant who responded for all the members of 15 or more years old obtaining the information of 1300 persons. The screening of probably mental illness subjects was done by the self reporting questionnaire (SRQ). The field work was done on September and October 1997. **RESULTS.** The estimated prevalence proportion were: anxiety 20.5%, depression 13.1%, psychosis 0.8%, epilepsy 1.2%, alcoholism 6.2%, drugs use 14.8%. The overall prevalence estimate of mental illness in the whole population was 56.7%. - Mental illness was more frequent in man (64.9%) than women (39.4%).

**CONCLUSIÓN.** It was concluded that the high estimated prevalence are associated to stress caused by crowding, violence and low income that is with unsatisfied basic human needs.

**KEY WORDS.** Mental disorder, *punctual* prevalence, anxiety, depression, psychosis, epilepsy, alcoholism, drugs use.

\* Residentes III Año Postgrado de Psiquiatría, Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH). \*\* Epidemiología Departamento de Salud Mental \*\*\* Psiquiatría comunitaria. \*\*\*\* Postgrado de Psiquiatría, UNAH.

## INTRODUCCIÓN.

Honduras al igual que el resto de países en "vías de desarrollo" carece de información en salud mental necesaria para definir sus fortalezas y deficiencias, para plantear estrategias encomendadas a tomar decisiones en prevención primaria (i).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), ha señalado la importancia de realizar estudios epidemiológicos previos a la implementación de un programa de salud mental, ya que estos estudios son importantes para determinar las necesidades de la población en salud mental (1-3).

En Centroamérica, la historia de la asistencia psiquiátrica está estrechamente vinculada con la historia asilar o manicomial unido a la ausencia (o escasa presencia) de alternativas asistenciales (4).

En nuestro país los primeros datos en salud mental están ligados al primer intento en el establecimiento de programas comunitarios que se realizó en 1974; mediante la aplicación de un cuestionario sencillo se determinó la prevalencia de alcoholismo y neurosis, especialmente depresión (5).

En 1991, el Proyecto PRODERE (Programa de Desarrollo para el Desplazamiento de Refugiados y Repatriados en América Central), previo a la puesta en práctica de múltiples actividades, realizó una investigación en la que identifica numerosos problemas con impacto sobre la salud mental de la población entre ellos: desintegración familiar e ingesta alcohólica excesiva que dieron lugar a reacciones depresivas, apatía, pérdida de identidad, dependencia, carencia de iniciativa, deserción y bajo rendimiento escolar (6). El presente estudio forma parte del programa de atención comunitaria del postgrado de

Siquiatría, cuyo trabajo de campo de estudio se efectuó en la colonia urbana marginal Villa Nueva ubicada en la periferia oriental de la ciudad de Tegucigalpa.

El objetivo principal del trabajo fue estimar la prevalencia de trastornos mentales en esta comunidad a través de la aplicación del instrumento SRQ (Self Reporting Questionary). Los objetivos específicos fueron estimar prevalencias de los trastornos de ansiedad, depresión, psicosis, epilepsia, alcoholismo y consumo de drogas.

---

Se trata de un trabajo transversal, descriptivo y analítico.

**Área de estudio.** El trabajo se realizó en Villa Nueva, colonia urbano marginal ubicada al oriente de la capital, con una población de 24,078 habitantes, agrupados en 5,257 viviendas dividida en 8 sectores con un promedio de 4 a 5 habitantes por vivienda, con una estructura poblacional por grupo etario mayor de 15 años del 56% (7, 8). Sus habitantes trabajan en actividades de elaboración y venta de tortillas, oficios domésticos, obreras de maquila, albañilería, vendedores(as) ambulantes y vigilancia, con un NBI altamente postergada (3 y más).

**Muestra.** La población bajo estudio comprendió a los residentes habituales, mayores de 15 años, de las viviendas, agrupadas por manzanas con un promedio de 48 manzanas por sector. La información del marco muestral proviene del CEFASA (Censo Familiar de Salud), que incluye número de habitantes y número de viviendas, y auxiliados por los mapas del Programa de Control de Vectores del establecimiento de salud San Benito, que apoyaron para la identificación de las manzanas y la identificación de las casas por número ordinal.

El muestreo es aleatorio estratificado a través del archivo Statcalc del programa Epi Info 6.02, el que aportó el dato de 466 familias a encuestar para un número total de 1306 personas sujetas a estudiar y 58 viviendas promedio por sector sujetas a cobertura.

Para responder al cuestionario se hizo escogencia del informe idóneo que reuniera los siguientes criterios: de 15 años o más, que viviera permanente en la vivienda encuestada, que estuviera capacitada para dar información propia y de los otros miembros de la vivienda en el caso de que ellos no estuvieran presentes para hacerlo de manera personal.

**Instrumento.** La detección de las personas con trastornos mentales se realizó en una sola fase: tamizaje.

Todos los entrevistados debían responder inicialmente a un cuestionario básico de 12 preguntas sobre variables demográficas y sociales. Como instrumento de tamizaje se utilizó el Self Reporting Questionary (SRQ), instrumento desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y validado en otros países de Latinoamérica (i, 9-ii) que contiene 30 preguntas: 20 para neurosis y depresión, cuatro para sicosis, una para epilepsia, cinco para alcoholismo, modificándolo al agregarle una pregunta para uso de drogas considerando características demográficas de la muestra. Se validó a través de encuestas similares al 10% del total de la muestra en la colonia Los Pinos, contiguo a la Villa Nueva y que presenta condiciones socioeconómicas y demográficas similares. Fue necesario adaptar el lenguaje de las preguntas para la adecuada sensibilidad en la detección de los posibles casos.

Para las preguntas de ideación suicida, epilepsia, alcoholismo y consumo de drogas, se consideraron los tiempos de un mes a seis

meses.

La sensibilidad y especificidad del instrumento es la siguiente: 0.81 y 0.58 respectivamente que coinciden con valores de trabajos previos reportados en otras investigaciones (I, 9,10).

Para la evaluación de las primeras 20 preguntas que evaluaban la depresión y ansiedad se tomaron en cuenta los criterios de la DSM IV, CIÉ 10 y la experiencia clínica del equipo investigador otorgándole un valor ponderado a la pregunta nueve (se siente triste), 11 (tiene dificultades en disfrutar sus actividades diarias) y 15 (ha perdido interés en las cosas), todas ellas miden depresión y a la pregunta seis (se siente nervioso, tenso o aburrido) y cuatro (se asusta con facilidad), para ansiedad.

Tomando el criterio del Manual de Siquiatría para Trabajadores de Atención Primaria, que considera que con una o más respuestas positivas se considera caso (12), para psicosis se tomó la pregunta 21 (siente usted que alguien ha querido herirlo), para epilepsia la 25 (ha tenido convulsiones, ataques, caídas al suelo, movimiento de brazos o piernas), para alcoholismo, la 26 (alguna vez ha sido advertido por beber mucho) y para consumo de drogas, la pregunta 31 (durante el último mes ha consumido alguna droga). Todas ellas se constituyen en preguntas trazadoras y criterios únicos con el objetivo de hacer más específicos los resultados los cuales representaron la prevalencia imputada.

**Entrevista de res.** Las entrevistas fueron realizadas por tres Médicos Residentes de Siquiatría del III año quienes se reunieron previamente para ponerse de acuerdo en la formulación de las preguntas y la forma como se hacían la introducción de la encuesta (motivos y propósitos).

**Trabajo de campo.** Se inició la captación de la muestra a través de visitas domiciliarias en un período de seis semanas (Septiembre y Octubre). La mayor dificultad estuvo vinculada a la ubicación de las viviendas por número. La desconfianza de las personas al responder las primeras preguntas también representó dificultad pero no hubo rechazo a dar ía información. No hubo ningún vestigio de violencia por parte de los entrevistados.

**Análisis de datos.** Luego de la revisión completa del cuestionario se procedió al procesamiento automático y al levantamiento de la base de datos. Se utilizó el programa FoxPro Plus para la creación de la base de datos, el Epi Info 6.02 para el análisis univariado y bivariado, así como para Chi cuadrado y Razón de momios, así como el paquete Excel 5.0, para el procesamiento de datos se utilizó Word de Windows 95. El Chi cuadrado se utilizó como prueba de significancia estadística para establecer la probabilidad y la Razón de Momios (Odd Ratio), para establecer la fuerza de la asociación entre las variables del estudio (13).

En el Cuadro 1 se hace una descripción de las variables sociodemográficas: sexo, edad, estado civil, educación, ocupación e ingresos.

La categoría de sexo femenino fue predominante con un 56.6% para un 43.1% masculino. El estado civil más frecuente es el de unión libre con 38.1%, soíteros(as) con 25.7% y casados(as) con 21.6%. la estructura por edad de la población mostró una predominancia del grupo etario de 15 a 29 años con 49.3%, con una media de 30 años.

La primaria completa e incompleta predominó en un 58% con una media de ía población para primaria completa. El analfabetismo es de 11%.

CUADRO 1

## VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS \*

VARIABLE	NUMERO	%	P
<b><u>SEXO</u></b>			
HOMBRE	558	43,1	*0.0000
MUJER	733	56,6	*0.0000
NO CONSIGNADO	15	1,14	*0.0000
<b><u>ESTADO C.</u></b>			
UNION L.	498	38,1	*0.0000
SOLTEROS	336	25,7	*0.0000
CASADOS	282	21,6	*0.0000
SEPARADOS	117	9	*0.0000
VIUDOS	31	2,4	*0.0000
DIVORCIADO	3	0,2	*0.0000
NO CONSIGNADO	39	3	*0.0000
<b><u>EDAD</u></b>			
15-29	644	49,3	*0.0000
30-44	389	29,8	*0.0000
45-59	190	14,6	*0.0000
60-74	54	4,1	*0.0000
75-89	18	1,4	*0.0000
NO CONSIGNADO	11	0,8	*0.0000
<b><u>EDUCACION</u></b>			
ANALFABETISMO	144	11	*0.0000
PRIM. COM/INCO	758	58	*0.0000
SEC. COM/INC	283	21,7	*0.0000
SUPERIOR	104	8	*0.0000
NO CONSIGNADO	17	1,3	*0.0000
<b><u>OCUPACION</u></b>			
OF. DOMESTICOS	279	31,3	*0.0000
OBREROS	179	20,1	*0.0000
COMERCIANTES	110	12,3	*0.0000
MOTORISTA	32	3,6	*0.0000
VIGILANTE	29	3,3	*0.0000
OTROS	262	29,4	*0.0000
<b><u>INGRESO **</u></b>			
1-1000	101	21,7	*0.0000
1,001-2000	193	41,4	*0.0000
2001-3000	11,1	23,8	*0.0000
3001-6000	31	6,6	*0.0000
NO REPORTA	30	6,4	*0.0000

\* Fuente: Prevalencia de Trastornos Mentales en la localidad de Villa Nueva, Reg. Metropolitana. 1997.

\*\* Lempiras

Las categorías de ocupación en orden descendente corresponden a: oficios domésticos, obreros(as) y comerciantes(as). En relación a los ingresos por familia el rango de mayor frecuencia encontrado fue de 1,000 a 3,000 lempiras. En un 6.6% tienen una profesión de nivel secundaria o superior.

El Cuadro 2 muestra las 31 preguntas del cuestionario SRQ con el porcentaje que corresponde a respuestas afirmativas. En orden decreciente correspondió a: tiene frecuentemente dolores de cabeza con 29.4%; se siente nerviosa, tensa o aburrida con 28.1% y se asusta con facilidad con 23.9%.

El Cuadro 3 muestra la prevalencia total e imputada para todos los trastornos mentales con un 56.7% y 65.7% respectivamente. Siendo la ansiedad la más frecuente con un 20.5% y la menor la sicosis con un 0.8%.

El Cuadro 4 muestra la prevalencia de trastorno mental en relación a sexo observándose predominancia de esta relación en el sexo femenino, para los trastornos de ansiedad, depresión sicosis y epilepsia y para el masculino, el alcoholismo con una relación de 32:1 y consumo de drogas de 4:1 todos con P de 0.00000 y Chi cuadrado significativos.

El Cuadro 5 se refiere a prevalencia de trastornos mentales según edad observándose a través de la suma de prevalencias por rangos de edades un predominio en orden descendente de 15 a 29 años con un 27.7% y de 30 a 44 años de un 21.6% con P de 0.0000 y Chi cuadrado significativa.

En el Cuadro 6 observamos que la mayor prevalencia corresponde a la categoría unión libre con 26.1%, seguido de casado con 16.4% y soltero con 12%.

**CUADRO 2**  
**CUESTIONARIO SRQ**

PREGUNTA	%	D.S.	P
1. TIENE FREC. DOLORES DE CABEZA	29,4	0,46	*0.0000
2. TIENE MAL APETITO	14,8	0,36	*0.0000
3. DUERME MAL	21,3	0,41	*0.0000
4. SE ASUSTA CON FACILIDAD	23,9	0,43	*0.0000
5. SUFRE DE TEMBLOR EN LAS MANOS	16,2	0,37	*0.0000
6. SE SIENTE NERVIOSO, TENSO O ABURRIDO	28,1	0,45	*0.0000
7. SUFRE DE MALA DIGESTION	18,8	0,39	*0.0000
8. NO PUEDE PENSAR CON CLARIDAD	21,6	0,41	*0.0000
9. SE SIENTE TRISTE	21,8	0,41	*0.0000
10. LLORA CON MUCHA FRECUENCIA	15,6	0,36	*0.0000
11. TIENE DIFICULTADES EN DISFRUTAR SUS ACTIVIDADES DIARIAS	14,5	0,35	*0.0000
12. TIENE DIFICULTAD PARA TOMAR DECISIONES	14	0,35	*0.0000
13. TIENE DIFICULTAD EN HACER SU TRABAJO	10,5	0,31	*0.0000
14. ES INCAPAZ DE DESEMPEÑAR UN PAPEL UTIL EN LA VIDA	8,7	0,28	*0.0000
15. HA PERDIDO INTERES EN LAS COSAS	10,1	0,3	*0.0000
16. SIENTE QUE USTED ES UNA PERSONA INUTIL	9	0,29	*0.0000
17. HA TENIDO LA IDEA DE ACABAR CON SU VIDA	5,2	0,22	*0.0000
18. SE SIENTE CANSADO TODO EL TIEMPO	14,3	0,35	*0.0000
19. TIENE SENSACIONES DESAGRADABLES EN SU ESTOMAGO	14,2	0,35	*0.0000
20. SE CANSÁ CON FACILIDAD	11,4	0,35	*0.0000
21. SIENTE UD. QUE ALGUIEN HA TRATADO DE HERIRLO	1,4	0,12	*0.0000
22. ES UD. UNA PERSONA MUCHO MAS IMPORTANTE DE LO QUE PIENSAN LOS DEMAS	0,9	0,09	*0.0000
23. HA NOTADO INTERFERENCIA O ALGO RARO EN SUS PENSAMIENTOS	0,5	0,07	*0.0000
24. OYE VOCES SIN SABER DE DONDE VIENEN O QUE OTRAS PERSONAS NO PUEDEN OIR	0,5	0,07	*0.0000
25. HA TENIDO CONVULSIONES, ATAQUES O CAIDAS AL SUELO CON MOVIMIENTO DE BRAZOS Y PIERNAS CON MORDEDURAS DE LA LENGUA O PERDIDA DE LA CONCIENCIA	1,2	0,11	*0.0000
26. HA SIDO ADVERTIDO POR BEBER MUCHO	8,6	0,28	*0.0000
27. ALGUNA VEZ HA QUERIDO DEJAR DE BEBER PERO NO HA PODIDO	7,5	0,26	*0.0000
28. TIENE DIFICULTADES POR BEBER MUCHO	5,5	0,23	*0.0000
29. ES CONFLICTIVO CUANDO BEBE	5,2	0,22	*0.0000
30. ES CONSCIENTE DE QUE ES ALCOHOLICO	4,5	0,21	*0.0000
31. CONSUME ALGUNA DROGA	14,8	7	*0.0000

Fuente: Prevalencia de Trastornos Mentales en la localidad de Villa Nueva, Reg. Metropolitana. 1997.

**CUADRO 3**

**PREVALENCIA SEGUN PATOLOGIA**

PATOLOGIA	PREVALENCIA SEGUN PATOLOGIA	PREVALENCIA IMPUTADA	LIMITE INFERIOR	LIMITE SUPERIOR
ANSIEDAD	20,5%	24,4%	11,4	29,5
DEPRESION	13,1%	15,4%	5,2	21,8
SICOSIS	0,8%	1,3%	0,5	1,4
EPILEPSIA	1,2%			
ALCOHOLISMO	6,2%	8,5%	4,5%	8,6%
CON. DROG.	14,8%			
TOTAL	56,7%	65,7%		

Fuente: Prevalencia de Trastornos Mentales en la localidad de Villa Nueva. Reg. Metropolitana.

**CUADRO 4**

**PREVALENCIA DE TRASTORNOS MENTALES POR SEXO**

SEXO	DEPRESION	ANSIEDAD	SICOSIS	EPILEPSIA	ALCOLISMO	CON DROGA
MASCULINO	3,9	6,2	0,3	0,4	7,8	11,8
FEMENINO	11,4	18,1	1	0,8	0,5	3
P. IMPUTADA	14,3	24,3	1,3	1,2	8,3	14,8
RELAC H:M	1:03	1:03	1:02	1:02	32:01:00	4:01
CHI CUADRADO	676,96	485,61	1286,6	1286,6	1102	1414,3
P	0,0019	*0.0000	*0.0000	*0.0000	*0.0000	*0.0000

Fuente: Prevalencia de Trastornos Mentales en la localidad de Villa Nueva, Reg. Metropolitana.

**CUADRO 5**

**PREVALENCIA DE TRASTORNOS MENTALES POR EDAD**

EDAD	DEPRESION	ANSIEDAD	SICOSIS	EPILEPSIA	ALCOLISMO	CON DROGA	PRE IMP
15-29	6,4	9,7	0,7	0,5	3,3	6,1	26,7
30-44	4,9	8	0,3	0,3	3	5,1	21,6
45-59	3,2	4,9	0,2	0,1	1,4	2,1	11,9
60-74	0,8	1,4		0,07	0,1	1,1	3,47
75-89	0,2	0,2		0,07	0,07	0,3	
CHI CUADRADO	738,9	548,7	1323,6	1411,5	1060,3	1411	
P	*0.0000	*0.0000	*0.0000	*0.0000	*0.0000		*0.0000

Fuente: Prevalencia de Trastornos Mentales en la localidad de Villa Nueva, Reg. Metropolitana.

CUADRO 6

## PREVALENCIA DE TRASTORNOS MENTALES ASOCIADO A ESTADO CIVIL

ESTADO CIVIL	P A T O L O G I A						CON DROGA	PR. IMPUT.
	DEPRESION	ANSIEDAD	SICOSIS	EPILEPSIA	ALCOHOLISMO			
CASADO	3,7	6,9	0,4	0,3	2,1	3	16,4	
U. LIBRE	5,8	8,6	0,3	0,3	4,2	6,9	26,1	
SOLTERO	2,9	4,4	0,3	0,3	1,4	2,7	12	
SEPARADO	2,3	3,5	0,07	0,07	0,1	1,1	7,14	
DIVORCIADO	0,02	0,07	0		0	0	0,09	
VIUDO	0,3	0,7	0		0,07	0,7	1,77	
CHI CUADRADO	439,81	34,45	1295,5	1262,1	1282,2	1283		
P	0,04	1E-05	*0.0000	*0.0000	*0.0000	*0.0000		

Fuente: Prevalencia de Trastornos Mentales en la localidad de Villa Nueva, Reg. Metropolitana.

CUADRO 7

## ASOCIACION DE VARIABLES TRAZADORAS PARA ANSIEDAD

VARIABLES	RESULTADOS
SE ASUSTA CON FACILIDAD	RAZON DE MOMIOS: 31.37
SE SIENTE NERVIOSO, TENSO O ABURRIDO	CORNFIELD 95%
NO PUEDE PENSAR CON FACILIDAD	LIMITE DE CONF. PARA RAZON DE MOMIOS: 19.42 < RM < 50.89

Fuente: Prevalencia de Trastornos Mentales en la localidad de Villa Nueva, Reg. Metropolitana. 1997

CUADRO 8

## ASOCIACION ENTRE VARIABLES TRAZADORAS PARA DEPRESION

VARIABLES	RESULTADOS
SE SIENTE TRISTE	CHI-CUADRADO: 1349.78
TIENE DIFICULTADES EN DISFRUTAR SUS ACTIVIDADES DIARIAS.	GRADOS DE LIBERTAD: 4 VALOR DE P: 0.0000
HA PERDIDO INTERES POR LAS COSAS.	

Fuente: Prevalencia de Trastornos Mentales en la localidad de Villa Nueva, Reg. Metropolitana. 1997.

Los cuadros 7 y 8 muestran la asociación de variables trazadoras para ansiedad, depresión y los resultados a través de razón de momios (Odd Ratio).

## DISCUSIÓN.

Dentro del marco del análisis y dadas las características propias de la metodología y más aún de la muestra estos datos no podrán ser comparados con otros resultados, haremos mención de ellos para confrontarlos dentro de un marco referencia!. El acumulo de personas y las malas condiciones de trabajo pueden ser causa de ansiedad, depresión o estrés crónico y al mismo tiempo pueden tener un efecto perjudicial sobre la calidad de la vida de familias y comunidades; la prevalencia de trastorno mentales se ha relacionado en forma inversa a la clase social (13-20).

En el presente estudio se detectó una alta prevalencia de trastorno mentales de 56.6%, estableciendo una relación directa con las condiciones sociodemográficas de la comunidad de Villa Nueva, entre ellos: hacinamiento, violencia, bajos ingresos y con ne-

cesidades básicas insatisfechas que le dan a la población condiciones deplorables de vida.

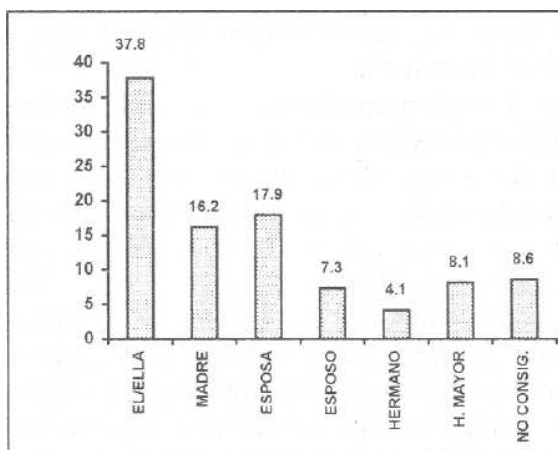
En relación a esto no tenemos un marco referencial con estudios nacionales por ser el actual e3 primer estudio sobre prevalencias en una comunidad urbana marginal de Honduras, pero sí podemos confrontar con investigaciones Latinoamericanas similares al presente. Uno de estos estudios es el realizado en Lima, Perú por Jauregui H, que obtuvo resultados de 65 y 61% de prevalencia para trastorno metales. De igual manera, Ricardo Araya de Chile, con un 52% (21). El estudio realizado en Subtiava, Nicaragua, obtuvo 27.9% para la prevalencia de trastorno metales; explicándose estas diferencias por dificultades metodológicas al momento de la captación de la información, (donde un 33% de la población encuestada masculina no respondió a la entrevista). Rotondo y Col. con un 42.6% (22), Goic de Chile con 30% y para países industrializados de 33.2% (23) y otros estudios (24,25).

#### CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS:

En el presente estudio la población femenina fue ligeramente mayor a la masculina probablemente debido a los fenómenos migratorios donde las mujeres son las que más se van de las zonas rurales a urbanas en busca de mejores oportunidades de trabajo (26, 27); los trastornos mentales fueron más frecuentes en los hombres que en las mujeres (64.9%) y (39.4%) respectivamente y similar al estudio de Penayo en Nicaragua; en este caso dado por el consumo de alcohol y uso de otras drogas en el género masculino; la población fue eminentemente joven obedeciendo al comportamiento etario de nuestro país; el analfabetismo, estuvo por debajo de la tasa estimada para la población nacio-

nal que es de 32%, lo que favorece el acceso a mayor información (28); la fuerza laboral desempeña actividades en el sector informal de la economía, en su mayoría sub empleados reflejándose en ingresos familiares con una media de Lps.3,000 para un promedio de 4 a 6 personas por núcleo familiar.

El informante idóneo constituyó una variable novedosa en el actual trabajo ya que vino a ser la fuente de información y que a través de validaciones con pruebas estadísticas ( $p=0.0000$ ) se demuestra que dicha información resultó altamente fidedigna además de comprobaciones clínicas en algunos casos, constituyendo con esto un elemento a utilizar en futuras investigaciones. (Gráfica 1)



GRÁFICA 1

#### INFORMANTE IDÓNEO

#### ANÁLISIS DE PREVALENCIAS:

El grado de sensibilidad y especificidad encontrado en la aplicación del instrumento SRQ coincide con otros trabajos reportados como ser en Subtiava (Nicaragua), Sao Paulo (Brasil), (9) y otros países.

Las preguntas con mayor índice de respuestas fueron las relacionadas a depresión y ansiedad, como indicadores de una sociedad en crisis ambas evolucionando hacia la cronicidad ejerciendo un efecto perjudicial sobre la calidad de vida de familias y comunidades que coinciden con otros informes pero con aplicación de otros instrumentos (17).

La ansiedad mostró el mayor índice de prevalencia para el último mes coincidiendo con diferentes estudios reportados, entre ellos: Araya (Chile), Vasquez Barquero y Col. (España) (29), Medina, Mora y Col. (México), (30), compartiendo con todos ellos similitud en los amplios rangos que oscilan entre 18% y 85% (Helder y Col); la relación de 1:3 (H/M) de este estudio, para ansiedad también ha sido informado en la literatura (10,17,21,23,31-33).

La depresión constituye uno de los trastornos síquicos más frecuentes que afectan a la población en todo el mundo (34-43) con rangos de prevalencia de vida de 5% a 25% en la población general (13,30,44-47) con una relación de M/H de 2:1 para la depresión menor y unipolar; con una mayor acumulación de depresiones menores en jóvenes y adultos (de 18 a 40 años) (48,49), este trabajo coincide con cada una de las categorías antes dadas con una prevalencia puntual para depresión de 13.2% cifra que nos confronta con la necesidad de intervenciones a corto plazo, considerando que es la mujer en la familia la más afectada, colocando a cada uno de sus miembros dependientes en situación riesgosa.

La prevalencia para psicosis fue de 0.8% considerándose un rango esperado en relación a la respuesta a nivel mundial de prevalencia de 0.2 a 1% (44,50) pero similar a la prevalencia referida en Subtiava, Nicaragua, no así en su relación por sexo que en este

estudio fue mayor en las mujeres (2:1) y lo reportado por la literatura no hace diferencias; lo que explicamos por una mayor frecuencia de mujeres en la muestra, la posibilidad que el trastorno mental esté oculto en hombres con alcoholismo y farmacodependencia y la detección de casos no realiza diferencia entre los distintos tipos de psicosis, el estado civil no mostró diferencias significativas.

Para la epilepsia la prevalencia fue de 1.2% siendo este valor específico para la epilepsia generalizada, que al ser puntual y específica para un tipo de epilepsia lo consideramos alto, que hace urgente la toma de medidas por ser una enfermedad tratable, en aras de disminuir su discapacidad de 9.3%. La prevalencia a nivel mundial es de 1-3% y a nivel nacional en el estudio realizado por Duran y colaboradores la prevalencia para epilepsia activa e iniciativa es de 2.2%.

La población mundial oscila en rango de prevalencia vida de alcoholismo del 5 al 15% (17, 44, 50, 51). En Honduras en estudios realizados por el IHADFA y la Dirección General de Estadísticas y Censos en el año de 1996 (en encuestas de hogares a nivel nacional) encontraron una prevalencia de problemas de alcoholismo de 47.9% (60.6% hombres y 27.5% mujeres), nuestra prevalencia de 6.2% fue muy similar a la Nicaragua (1). Se conservó la relación de mayor afectación en los hombres (32:1), mayor a la encontrada en las poblaciones hospitalarias nacionales reportadas por Espinoza, Márquez y Martínez de 12:1 y 9:1 respectivamente.

Para la población de Villa Nueva, objeto de esta muestra, la prevalencia fue de 6.2% para un mes, quedando pendiente el análisis a seis meses que también se detectó en la

entrevista.

La desviación estándar de siete para el uso de drogas nos hizo ver que la pregunta fue inespecífica (pregunta abierta) donde el encuestado optaba en definir que era consumo de droga para él, encontrándose una gama de respuestas tabaco, resistol, marihuana, caféina en sus diferentes formas. La cocaína ni los fármacos fueron mencionados.

Al hacer la relación de variables trazadoras para depresión encontramos un Chi cuadrado de 1349.78 y una P de 0.0000 (Cuadro 8), y al hacer esta misma relación para ansiedad encontramos una razón de momios de 31.37 (Cuadro 7).

## CONCLUSIONES

## RECOMENDACIONES.

1. La alta prevalencia de trastornos mentales encontrada está directamente relacionada con las condiciones de pobreza (NBI), situando a la población hondureña en alto riesgo de padecer estos trastornos, recomendando para ello programas de prevención y tratamiento al alcance de los presupuestos.
2. Indicando estos resultados que la población joven en edad productiva es la más afectada y que las quejas más frecuentes referidas fueron aburrimiento, tensión, nerviosismo, es necesario orientar nuestros programas hacia la utilización adecuada del tiempo libre a través de la promoción de conductas sanas, dotando a las comunidades de infraestructuras recreativas y educativas.
3. La alta prevalencia de trastornos mentales encontrada plantea la necesidad en la reorientación de la atención psiquiátrica del esquema hospitalario asilar hacia la atención de la salud mental en la comunidad.
4. La ansiedad y la depresión fueron los trastornos mentales más frecuentes, enferme-

dades tendientes a la cronicidad y discapacidad lo que obliga a intervenciones inmediatas en el nivel de atención primaria orientados a la detección temprana y su abordaje integral.

5. Los resultados encontrados establecen la necesidad de fortalecer y ampliar la proyección comunitaria de los programas de educación médica del pre y postgrado y de carreras afines.
6. Continuar estudios de investigación dirigidos a la evaluación previa y posterior de las intervenciones en la comunidad para valorar impactos.
7. Extender a un año (cuatro años) más el postgrado de psiquiatría y dentro de estos, dos años para el abordaje de psiquiatría comunitaria.

## BIBLIOGRAFÍA.

1. Peenayo U y Col. prevalencia de trastornos mentales en adultos de Subtiava, Nicaragua. Bol. Sant. Panamericano. 1992, 113(2).
2. World Health Organization, WHHO. Expert Committee on Mental Health Organization (of mental health services in developing countries. Sixteenth Report Geneva: World Health Organization. 1975.
3. Levav I Mental health program in the region (1989 a 1990). Washington, D.C Pan American Health Organization. 1989.
4. Sarraceno B y Col. salud mental en el nivel de atención primaria. Estudio multicéntrico en seis países centroamericanos. Siquiatría Publica. 1993; Voi. 5, No.2, Marzo-Abril.
5. González UR y Levav I. Reestructuración de la atención psiquiátrica: Bases conceptuales y guías para su implementación. OPS, Washington.
6. La hora de la Paz, Desarrollo Humano y Salud Mental. Experiencia en Centro América. 1994.
7. Censo Familiar de Servicios Básicos (CEFASA) 1995. Área 2. Región Metropolitana. Ministerio de Salud Publica.
8. Facultad de Ciencias Médicas. Departamento de Medicina Preventiva 404, Mayo 1996. Universidad Nacional Autónoma de Honduras.
9. Jair J y Williams P.A. validity of psychiatric screening questionnaire (SRQ20) in primary care in the

- city of Sao Paulo. *British Journal of Psychiatry*. 1986, 148:23-26.
10. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Fourth edition. Washington, D.C. American Psychiatric Association. 1992.
  11. Climent C.M.D. lo esencial en psiquiatría. Talleres gráficas de impresora Feriva Ltda. Cali, Colombia. 1989.
  12. Organización Mundial de la Salud. *Trastornos mentales y del comportamiento*. CIE 10. Capítulo V. Madrid, 1992.
  13. Harding Timothy et al. WHO collaborative study on strategies for extending mental health care, II: the development of new research methods. *Am J Psychiatry*. 1983 Nov; 140:11.
  14. Sogi C. Aportes de la epidemiología a la Nosología de la depresión, *Monografías de Investigación*. Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Hiriya Noguchi. Lima, Perú. 1997:13 a 50.
  15. Climent C. Arango MD *Manual de psiquiatría para trabajadores de atención primaria*. Serie Paltext. OPS/OMS. Washington, D.C. 1983.
  16. Dohrenwend BP & Dohrenwend BS. Prospectives on the past and future of psychiatric epidemiology *Am J Public Health*. 1982; 72:1271-1279.
  17. OPS/OMS *Salud mental en el mundo Problemas y prioridades en poblaciones de bajos ingresos*. Washington, D.C. 1995.
  18. Perales y Col. *Salud mental de una población urbano marginal de Lima*, Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado Hiriya Noguchi. Lima, Perú, 1995; 61-71.
  19. Toro R, Yepes L. *Psiquiatría*. Segunda Ed. CIB. Medellín, Colombia. 1986, 230-242.
  20. Araya R y Col. *chile psychiatric morbidity primary care*, X World Congress of Psychiatry Madrid. 1996.
  21. Rotondo H, Mariategui J y Soci C. *límites sociales y culturales para la salud mental comunitaria*. Universidad Peruana Cayetano Heredia e Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado Hiriya Noguchi. Lima. 1995
  22. Vasquez Barquero J y Col. *mental health in primary care*. *British Journal of Psychiatry*. 1997; 170:529-535.
  23. Harding T y Col. *the who collaborative study on strategies for extending mental health care*, III. *Evaluative design and illustrative results*. *Am J Psychiatry*. 1983 Noviembre 40; 11: 1481-1485.
  24. Secretaría de Planificación, Coordinación, Presupuesto (SECPLAN). *Planorma femenino en Honduras*. Tegucigalpa, Honduras 1995; 1-5.
  25. Secretaría de Planificación, Coordinación, Presupuesto/FNUAP. *Encuesta de hogares*. Tegucigalpa, Honduras, 1994.
  26. SECPLAN, Ministerio de Salud, Secretaría de Recursos Naturales, USATD, SEDA. *La Honduras de hoy y la Honduras de mañana*. Tegucigalpa, Honduras, 1995.
  27. Bahar E, Henderson AS, MacKinnon AJ. An epidemiologic study of mental health and socioeconomic conditions in Sumatra, Indonesia. *Acta Psychiatrica Scand*. 1992 Abril; 85(4): 257-263.
  28. Me Kendrick J, Culter T, Mackenzie A. the pattern of psychiatric morbidity in a Victorian urban aboriginal general practice population August No. 2 Col. *Psychiatric*. 1992 Mar; 226(1 ):40-47.
  29. Masse R, Poulin R. *Mental health of community residents in the metropolitan Montreal area some results of the Sante Quebec. Survey*. *Can J. Public Health*. 1991 Sept-Oct.; 84(5):320-324.
  30. Mumford y Col. *stress and psychiatric disorder in rural region*. *British Journal of Psychiatry*. 1997; 170:473-478.
  31. Medina Mora, ME y Col. *el uso de los servicios de salud por los pacientes con trastornos mentales: Resultados de una encuesta en una población de escasos recursos*. *Salud Mental*. Vo. 20, Año 20. Sept. 1997
  32. Vasquez Barquero JL y Col. *sex difference in mental illness a community in study of the influence of physical health and sociodemographic factors* *Soc. Psychiatric. Epidemiol*. 1992 Mar; 27(2):62-68.
  33. *Prevalencia en la vida de episodios depresivos y utilización de servicios de salud*. Suplemento de la *Revista de Salud Mental*. Inst. Mexicano de Siquiatría. 1997 Julio; Vol. 20, Año 2, Sept 2: 15-23.
  34. Blazer DG, Kessler RC, Me Gonagle KA, Swartz MS. *The prevalence and distribution of major depression in a national community sample: the national comorbidity survey*. *Am. J. Psychiatry*. 1994; 151:979-986.
  35. Canino GJ, Bird HR, Shrout PE, Rubio Stipek M, Bravo M, Martínez R, Sesman M, Guevara LM. *The prevalence of specific psychiatric disorders in Puerto Rico*. *Arch. Gen. Psychiatry*. 1997; 44: 727-735.
  36. Cross National Collaborative Group: *The changing of major depression: Cross national comparisons*. *JAMA*. 1992; 268; 30 a 90-3105.
  37. Karno M, Hough RL, Burnam MA, Escobar JJ, Timber DM, Santana F, Boyd JH. *Lifetime prevalence of specific psychiatric disorder among mexi-*

- can american and non-hispanic whites in Los Angeles. Arch. Gen. Psychiatric. 1987; 44:695-701.
38. Kessler RC, McGonagle KA, Swartz MS, Blazer DG, Nelson CB. Sex and depression in the national comorbidity survey I: Lifetime prevalence, chronicity and recurrence. J Affect Disord. 1993; 29:85-96.
39. Kessler RC, McGonagle KA, LHAOS, Nelson CB, Hughes M, Eshleman NS, Wittchen HU, Kendler KS. Lifetime and 12 months prevalence of DSM-III-R psychiatric disorder in the United States. Arch. Gen. Psychiatric. 1994, 51:8-19.
40. Paykel ES. Depression in women. Brit J. Psychiatric. 1991; 158(Suppl 10):22-29.
41. Robins LN y Col. the composite international diagnostic interview an epidemiology instrument suitable for use in conjunction with different diagnostic system and different cultures. Arch. Gen. Psychiatric. 1988; 45:1059-1077.
42. Vicente B y Cois. Prevalencia de vida de algunos trastornos psiquiátricos en la provincia de Concepción, Rev. Psiquiatría (Chile). 1992; IX(1):1059-1060.
43. Ayuso-Gutiérrez y Carrula L. Manual de Psiquiatría. Me Graw Hill-Interamericana de España. 1992; 218-220.
44. Caraveo A y Cois. La depresión en el adulto como factor de riesgo en la salud mental de los niños. Salud Mental. 1996; 19(13); 14-21.
45. Carta MG y Col. Prevalence of mental disorders in Sardinia: community study in an land mining district. Psychol Med. 1991 Nov; 21(4):1061-1071.
46. Burke KC y Col. companion age at onset of major depression and other psychiatric disorders by birth cohorts in five US community population. Arch. General Psychiatry. 1991 sept; 48(9):789-795.
47. Velasco L y Col. trastornos depresivos en la práctica diaria. 2da. Edición. Hoescht Ibérica, Barcelona, España. 1983;13-15.
48. Sartorius N y Col. trastornos depresivos en diferentes culturas OPS/OMS. México. 1983.
49. Vallejo Quiroba J. Introducción a la Psicología y la Psiquiatría. Salud. 1992; 410.
50. Kízníc JD y et al. Psychiatric epidemiologic of an Indian village. A 19 years application study. J. Nerv. Ment. Dis. 1992 Jan; 180(1): 33-39.
51. Pineda E y Col. Metodología de la investigación. Manual para el Desarrollo del Personal de Salud. Segunda. Ed. Tegucigalpa. 1994.