

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

Escuela de Posgrado

Unidad de Posgrado de Salud Pública



Una Institución Adventista

FACTORES PREDISPONENTES RELACIONADOS CON EL ESTADO DE
SALUD MENTAL, EN PACIENTES DE LA INSTITUCIÓN PRESTADORA
DE SERVICIOS DE SALUD INDIGENA DEL GRAN CUMBAL-
NARIÑOS: COLOMBIA, 2016

Tesis

Presentada para optar el grado académico de Maestra en Salud Pública,
con mención en Gestión de los Servicios de Salud

Por

Yuly Yineth Chiran Bolaños

Lima, Perú
Marzo, 2017

Ficha catalográfica:

Chiran Bolaños, Yuly Yineth

Factores predisponentes relacionados con el estado de salud mental, en pacientes de la institución prestadora de servicios de salud indígena del gran Cumbal-Nariños:

Colombia, 2016/ Autora: Yuly Yineth Chiran Bolaños; Asesor: Mg. Guido Angelo

Huapaya Flores, Lima, 2017.

112 páginas.

Tesis (Maestría) -- Universidad Peruana Unión. Escuela de Posgrado.

Unidad de Posgrado de Salud Pública, 2017.

Incluye tablas, anexos y otros.

Campo del conocimiento: Salud Pública

1. Factores predisponentes 2. Pacientes indígenas de salud mental 3. Depresión grave
4. Disfunción social 5. Ansiedad e insomnio 6. Síntomas somáticos

*Factores predisponentes relacionados con el estado de salud mental,
en pacientes de la Institución Prestadora de Servicios de Salud
Indígena del Gran Cumbal: Nariños: Colombia, 2016*

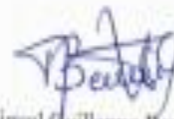
TESIS

Presentada para optar el Grado Académico de Magister en Salud Pública
con mención en Gestión de los Servicios de Salud

JURADO DE SUSTENTACIÓN



Dr. Edwin Octavio Cisternas González
Presidente



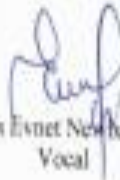
Dr. Miguel Guillermo Bernui Contreras
Secretario



Mg. Guido Anglio Huapaya Flores
Asesor



Mg. Ana Rebeca Escobedo Rios
Vocal



Mg. Eddin Evnet Noriega
Vocal

Lima, 30 de marzo de 2017

ANEXO 07 DECLARACIÓN JURADA DE AUTORÍA DE LA TESIS

Yo **GUIDO ANGELO HUAPAYA FLORES**, identificado con DNI N° 10761406, docente en la Unidad de Posgrado de Salud Pública de la Escuela de Posgrado de la Universidad Peruana Unión;

DECLARO:

Que la tesis titulada: ***"FACTORES PREDISPONENTES RELACIONADOS AL ESTADO DE SALUD MENTAL EN PACIENTES DE LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD INDÍGENA DEL GRAN CUMBAL: NARIÑOS, COLOMBIA, 2016"***, constituye la memoria que presenta la Bachiller **YULY YINETH DEL SOCORRO CHIRÁN BOLAÑOS** para obtener el grado académico de Maestro en Salud Pública con mención en Gestión de los Servicios de Salud, cuya tesis ha sido desarrollada en la Universidad Peruana Unión con mi asesoría.

Asimismo dejo constancia de que las opiniones y declaraciones registradas en la tesis son de entera responsabilidad del autor. No comprometen a la Universidad Peruana Unión.

Para los fines pertinentes, firmo esta declaración jurada, en la ciudad de Ñaña (Lima), a los treinta días del mes de marzo de 2017.



Mg. Guido Angelo Huapaya Flores

Asesor

Actualizado al 17-Feb-2017

DEDICATORIA

A mis padres, Rosa y

Orlando

Por su apoyo y
confianza en mí.

A mi hermano Fernando y a mi
abuelita Ismenia por su apoyo
constante y por estar siempre ahí

A mi hija,

Isabella, quien ilumina mi
vida cada minuto con su
presencia y a ti Daniel por
tu motivación, apoyo y
fortaleza.

AGRADECIMIENTOS

A Dios,
por bendecirme tanto con mi
linda familia.

A la UPeU,
por darme el privilegio de
ser una Salubrista y seguir
desarrollándome
profesionalmente. Al Mg
Angelo Huapaya por su
gran apoyo especializado
en este proceso.

A las directivas de la IPS
Indígena del Gran Cumbal
por permitir ejecutar esta
investigación.

TABLA DE CONTENIDO

DEDICATORIA	vi
AGRADECIMIENTOS	vii
TABLA DE CONTENIDO.....	viii
ÍNDICE DE TABLAS	x
RESUMEN	xii
ABSTRACT	xiii
INTRODUCCIÓN	xiv
CAPÍTULO I	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
Descripción de la situación problemática.....	1
Formulación del problema	17
Objetivos de la investigación	17
Objetivo general	18
Objetivos específicos.....	18
Hipótesis de la investigación.....	18
Hipótesis general	18
Hipótesis específicas	19
Justificación.....	19
Delimitaciones.....	21
Limitaciones	21
CAPÍTULO II	22
MARCO TEÓRICO.....	22
La salud mental	22
Características de Salud Mental.....	24
Promoción y protección de la salud mental	27
Trastornos Mentales.....	29
Síntomas Somáticos	30
Ansiedad	34
Depresión	38
CAPÍTULO III	49
METODOLOGÍA	49
Tipo y diseño de estudio.....	49
Diseño de investigación	49
Población y muestra	49
Tamaño de la muestra	50
Criterios de inclusión y exclusión	50
Criterios de inclusión	50
Criterios de exclusion.....	50
Consideraciones éticas	51
Diseño y operacionalización de variables	51
Instrumento de recolección de datos	53
Elaboración del instrumento.....	53
Procedimiento para la recolección de datos	55
Plan de tabulación y análisis de los datos	55
CAPÍTULO IV	56
RESULTADOS.....	56
Análisis descriptivo	56
Análisis inferencial	62

Discusión de resultados	77
CAPÍTULO V	82
RESULTADOS.....	82
Recomendaciones	84
ANEXOSAPÉNDICE A:	90
Instrumento de valoración	91
APÉNDICE B:	95
Matriz instrumental	95
APÉNDICE C:	97
Matriz de consistencia.....	97

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. <i>Operacionalización de las variables independiente y dependiente</i>	52
Tabla 2. <i>Nivel de confiabilidad del instrumento: Estado de salud mental</i>	53
Tabla 3. <i>Estadísticas de total de confiabilidad, si se elimina el elemento</i>	53
Tabla 4. <i>Edad de los encuestados</i>	56
Tabla 5. <i>Género de los encuestados</i>	56
Tabla 6. <i>Escolaridad de los encuestados</i>	57
Tabla 7. <i>Frecuencia de convivencia de los encuestados</i>	57
Tabla 8. <i>Frecuencia de trabajo fijo de los encuestados</i>	57
Tabla 9. <i>Frecuencia de ingresos de los encuestados</i>	58
Tabla 10. <i>Frecuencia de egresos de los encuestados</i>	59
Tabla 11. <i>Frecuencia de afiliación de los encuestados</i>	59
Tabla 12. <i>Zona de residencia de los encuestados</i>	60
Tabla 13. <i>Condición de vivienda de los encuestados</i>	60
Tabla 14. <i>Medio de transporte de los encuestados</i>	60
Tabla 15. <i>Nivel de síntomas somáticos de los encuestados</i>	61
Tabla 16. <i>Nivel de ansiedad e insomnio de los encuestados</i>	61
Tabla 17. <i>Nivel de disfunción social de los encuestados</i>	61
Tabla 18. <i>Nivel de depresión grave de los encuestados</i>	62
Tabla 19. <i>Estado de salud mental de los encuestados</i>	62
Tabla 20. <i>Prueba de independencia del Chi cuadrado del factor económico con el estado de salud mental de los pacientes</i>	63
Tabla 21. <i>Factores sociodemográficos con el estado de salud mental de los pacientes</i>	64
Tabla 22. <i>Prueba de independencia del Chi cuadrado de los factores sociodemográficos asociados al estado de salud mental de los pacientes</i>	65
Tabla 23. <i>Prueba de independencia del Chi cuadrado del factor económico con los síntomas somáticos de los pacientes</i>	66
Tabla 24. <i>Tabla de contingencia de factores sociodemográficos con síntomas somáticos de los pacientes</i>	66
Tabla 25. <i>Prueba de independencia del Chi cuadrado de los factores sociodemográficos asociados a los síntomas somáticos de los pacientes</i>	68
Tabla 26. <i>Prueba de independencia del Chi cuadrado del factor económico con la ansiedad e insomnio de los pacientes</i>	69
Tabla 27. <i>Tabla de contingencia de factores sociodemográficos con ansiedad e insomnio de los pacientes</i>	70
Tabla 28. <i>Prueba de independencia del Chi cuadrado de los factores sociodemográficos asociados a la ansiedad e insomnio de los pacientes</i>	71
Tabla 29. <i>Prueba de independencia del Chi cuadrado del factor económico con la disfunción social de los pacientes</i>	72
Tabla 30. <i>Tabla de contingencia de factores sociodemográficos con la disfunción social de los pacientes</i>	73
Tabla 31. <i>Prueba de independencia del Chi cuadrado de los factores sociodemográficos asociados a la disfunción social de los pacientes</i>	74
Tabla 32. <i>Prueba de independencia del Chi cuadrado del factor económico con la depresión grave de los pacientes</i>	75
Tabla 33. <i>Tabla de contingencia de factores sociodemográficos con la depresión grave de los pacientes</i>	76

Tabla 34. *Prueba de independencia del Chi cuadrado de los factores sociodemográficos asociados a la depresión grave de los pacientes*77

RESUMEN

El objetivo de la presente investigación fue determinar si los factores predisponentes se relacionan con el estado de salud mental de los pacientes de la Institución Prestadora de Servicios de Salud Indígena del Gran Cumbal: Nariño, Colombia, 2016. Se con un tipo descriptivo y asociativo; de diseño no experimental, de corte transversal en una población de 120 pacientes en una muestra censal por motivo circunstancial y cultural de la población en estudio.

Los resultados demuestran que la salud mental no está en dependencia a los factores de ingreso o egreso del paciente es decir el hecho de que mantenga un elevado ingreso o mínimo; así como que su nivel de gasto sea poco o mucho no le afecta o altera su salud mental. Hallándose que no existe relación significativa de los factores predisponentes con el estado de salud mental de los pacientes de la Institución Prestadora de Servicios de Salud Indígena del Gran Cumbal: Nariños, Colombia, 2016.

Se concluye que los factores estudiados no reflejan una asociación entre la salud mental de manera global por ser una variable muy amplia sin embargo al analizar cada dimensión si se observa algunas asociaciones dignas de tomarse en cuanto considerando que la salud mental crítica puede llevar a la muerte resaltando la peculiaridad de esta población indígena y recomendando que se realicen otros estudios mixtos con toda la población.

Palabras clave: Factores predisponentes, Pacientes indígenas de salud mental, Depresión grave, Disfunción social, Ansiedad e insomnio, Síntomas somáticos.

ABSTRACT

The objective of the present investigation was to determine if the predisposing factors are related to the mental health status of the patients of the Presbytery Institution of Indian Health Services of the Gran Cumbal: Nariño, Colombia, 2016. It has a descriptive and associative type; of non-experimental, cross-sectional design in a population of 120 patients in a census sample due to circumstantial and cultural reasons of the study population.

The results show that mental health is not dependent on the patient's income or discharge factors, ie the fact that it maintains a high or minimum income; as well as that his level of expenditure is little or a lot does not affect him or alter his mental health. Being that there is no significant relationship of the predisposing factors with the mental health status of the patients of the Institution providing services of indigenous health of the Gran Cumbal: Nariños, Colombia, 2016.

It is concluded that the factors studied do not reflect an association between mental health in a global way because it is a very broad variable, however when analyzing each dimension if we observe some worthy associations to be taken in considering that critical mental health can lead to death highlighting the peculiarity of this indigenous population and recommending that other mixed studies be carried out with the entire population.

Keywords: Predisposing factors, Indigenous mental health patients, Severe depression, Social dysfunction, Anxiety and insomnia, Somatic symptoms.

INTRODUCCIÓN

La observación del comportamiento de un individuo en su trajinar diario sería una forma de conocer el estado de su salud mental en aspectos como el manejo de sus temores y capacidades, sus competencias y responsabilidades, la manutención de sus propias necesidades, la manera en la que afronta sus propias tensiones, relaciones interpersonales y la manera como lidera su propia vida de forma libre e independiente. Además, el comportamiento que tiene una persona frente a situaciones difíciles y la superación de momentos traumáticos permiten establecer una tipología acerca de su nivel de salud mental (Informe mundial de salud, 2001).

La salud mental o “estado mental es el estado de equilibrio entre una persona y su entorno socio cultural, lo que garantiza su participación laboral, intelectual y de relaciones para alcanzar un bienestar y calidad de vida. Los diccionarios de la Merrrian Webster definen salud mental como un estado de bienestar emocional y psicológico en el cual individuo es capaz de hacer uso de sus habilidades emocionales y cognitivas, funciones sociales y de responder a las demandas ordinarias de la vida cotidiana (Santes M., et al, 2009).

La organización Mundial de la Salud establece que no existe una definición “oficial” sobre lo que es salud mental y que cualquier definición al respecto estará siempre influenciada por diferencias culturales, asunciones subjetivas, disputas entre teorías profesionales y demás (OMS, 2009). Este trabajo se divide en cinco capítulos, uno contiene el problema dos, los fundamentos teóricos, un tercer los métodos, el cuarto presenta y analiza los resultados; y el quinto, las conclusiones y recomendaciones. Por último, las referencias bibliográficas, y los anexos utilizados en este trabajo de investigación, de utilidad para los interesados en el tema.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Descripción de la situación problemática

Este episodio revelador describe la realidad problemática de la salud mental en el mundo plasma: “Aquel día del 2015, antes de acudir a la fiesta de cumpleaños de su tío, Cristina tomó cerca de treinta pastillas de clonazepam. Las ingirió sin agua, como si fuesen caramelos de menta. Abrazó a su mamá y despertó tres días después en la casa de sus abuelos. No era la primera vez que Cristina, de 16 años, intentaba suicidarse. Lo venía planeando desde el 2014, cuando aquellas voces aparecieron en su cabeza. Llegó a pesar 40 kilos (alcanzando la anorexia) y empezó a hacer del llorar a solas un hábito. “Regularmente, estoy triste. El Por qué casi nunca lo sé, pero paro llorando encerrada o cosas así. Me siento sola, como que nadie me entiende”, dice. Habla con la mirada fija en el vacío”.

Su diagnóstico: episodio depresivo grave con síntomas psicóticos. “Yo no sabía que la depresión era una enfermedad. Creía que era algo pasajero. Ahora sé que una persona puede morir por depresión”, revela Paola, madre de Cristina. La adolescente primero fue llevada al Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi, pero luego fue derivada al Centro de Salud Mental Comunitario de Carabayllo (El comercio, 2017).

Los problemas de salud mental son muy comunes en todo el mundo. Las personas que los padecen sufren con frecuencia de soledad y baja calidad de vida, además de que generan altos costos económicos y sociales. Según las OMS existen alrededor de 450 millones de personas afectadas de problemas mentales (OMS, 2006).

Una prestigiosa revista 'The Lancet' publica una serie de artículos sobre trastornos mentales resalto en un titular “La salud mental en el mundo: todo por hacer” indicando que investigadores de todo el mundo denuncian la crítica situación de muchos pacientes y la Poca inversión, una mala gestión y la estigmatización son algunas de las barreras en los casos de desequilibrio de la salud mental (The Lancet, 2017).

López (2017) realizó una nota de prensa para el diario el mundo es salud informando a partir de la revista The Lancet que en El 14% de todas las enfermedades en todo el mundo corresponde a patologías neuropsiquiátricas. Sin embargo, más de un tercio de las personas con esquizofrenia y una de cada dos con otro trastorno mental no recibe ningún tratamiento. La revista 'The Lancet' analiza, a través de una serie de artículos, la situación de estos pacientes, los retos por abordar y las posibles soluciones para alcanzarlos. Refiriéndose que: “Con la idea de lanzar una llamada de atención internacional, 'The Lancet' ha reunido una serie de artículos elaborados por especialistas de todo el mundo con el propósito de dar a conocer las deficiencias que existen en torno a la salud mental, además de incentivar tanto a políticos como donantes y profesionales para que ofrezcan más ayudas en la lucha contra estas enfermedades.” (El mundo es salud, 2017).

Refiere este informe que los trastornos neuropsiquiátricos engloban un gran número de patologías que van desde la esquizofrenia o la depresión hasta la adicción alcohólica. Cada año, más del 30% de la población mundial sufrirá alguna enfermedad de este tipo indicó. Evidentemente, los datos que recogen estos informes en torno a la salud mental son desmoralizadores.

Martin Prince, del Instituto de Psiquiatría de Londres, junto con otros colegas resaltan que el flujo entre enfermedad mental y otra patología es bidireccional, es

decir, una depresión puede conducir a otro trastorno o al contrario. Por ejemplo, muchas personas diabéticas desarrollan depresión asociada con alguna de las complicaciones del trastorno metabólico como la retinopatía diabética o la nefropatía (Prince, 2013).

La revista 'The Lancet' resalta que la situación es mala en general, los hechos llegan a ser críticos para los países en vías de desarrollo. Indicando que según un informe mundial, tan sólo el 11% de los casos graves de trastornos mentales en China recibe algún tratamiento. Esa cifra es similar, del 10,4%, cuando los pacientes viven en Nigeria. Y que para contribuir a ese desarrollo se deben superar, no obstante, algunas barreras: priorizar la salud mental en la agenda pública de salud; mejorar la organización de los servicios relacionados con estas patologías; descentralizar la atención ofrecida en los hospitales y potenciar la ofrecida en la atención primaria; educar a más profesionales de la salud en estas enfermedades; y por último, destinar más especialistas en salud mental a puestos directivos de salud pública (The Lancet, 2017).

En otras latitudes como en Sudamérica también vemos similares realidades como en México se calcula que un 9% de la población adulta entre 18 y 65 padece de algún problema de salud mental (OPS, 2002). Así también en Perú Cutipe (2017) refirió en calidad de director de Salud Mental del Minsa, que: las atenciones por trastornos mentales aumentaron en el 2016. Declare en el diario el comercio en una nota de prensa menciona: “ Pese a que en el 2012 se anunció la reforma de la salud mental en el país con la ley de salud mental N° 29889, en el Perú el Ministerio de Salud (Minsa) solo cubre la atención del 45% de personas que sufre de algún trastorno mental. Hay un 55% que no está siendo atendido. Asimismo, hizo hincapié que el director ejecutivo de la Dirección de Salud Mental del Minsa, Yuri Cutipé, reconoció

a este diario del Comercio que el sistema de salud mental en el país está rezagado en comparación con otros países de la región (El comercio, 2017).

Refiriéndose que "Esto tiene que ver con cómo la propia sociedad peruana, y dentro de ella está el Estado, venía pensando en el cuidado de la salud mental. La tendencia ha sido tener otras prioridades, como la física, como algo muy importante. Nos hemos dormido como país, porque venimos con cierta disponibilidad económica desde el 2000 y hemos podido hacer algo, y 15 o 17 años después ya podríamos tener servicios de salud mental en todo el territorio y que la gente se sienta protegida por los menos en los centros de salud mental", afirmó Cutipé (El comercio, 2017).

Antecedentes de la investigación

Gorosabel (2013) realizó un estudio de los síntomas somáticos asociados a los trastornos depresivos y de ansiedad en una población de atención primaria. El objetivo fue Determinar la frecuencia de presentación de estos síntomas somáticos en los trastornos depresivos y de ansiedad, en una muestra de población de atención primaria española. Realizó un estudio descriptivo transversal sobre una muestra de la población de atención primaria, extraída de una consulta de un centro de salud urbano, ubicado en el centro de Madrid (Barrio de Salamanca). Reclutaron todos los pacientes que acudían a consulta consecutivamente en un periodo de tiempo comprendido entre enero de 2008 y julio de 2009, al final la muestra quedo constituida por 527 pacientes. A quienes le aplicaron el cuestionario PRIME-MD (Primary Care Evaluation of Mental Disorders) es un sistema diseñado con el patrocinio de la compañía farmacéutica Pfizer para facilitar el reconocimiento y diagnóstico rápido y certero de los trastornos mentales que se detectan más frecuentemente en adultos dentro del ámbito de la atención primaria.

Como principales resultados encontraron que de los 527 pacientes que componen la muestra, 302 (57,3%) no presentan criterios de ningún trastorno psiquiátrico y 225 pacientes (42,6%) pueden diagnosticarse de al menos un trastorno según criterios DSM-IV recogidos con el cuestionario PRIME-MD. Hallaron que el trastorno depresivo mayor fue de 20%, el trastorno depresivo menor 13 % y el trastorno de ansiedad generalizada 11,4%. Con menor frecuencia se presentan la distimia y el trastorno de pánico. Algún trastorno depresivo, sin comorbilidad de ansiedad lo presentan 120 personas de la muestra (22,8%), algún diagnóstico de ansiedad, sin comorbilidad depresiva lo presentan 22 pacientes (4,2%) y la comorbilidad de ambos procesos lo padecen 83 personas (15,7%).

Al evaluar las características sociodemográficas encontraron que el rango en el trastorno de ansiedad generalizada fue de 44 años, respecto al sexo hubo un predominio de mujeres ($p= 0,007$), en el grupo de ansiedad generalizada hay una diferencia de 70/30, y en la depresión mayor 68/32. En el epígrafe de estado civil tampoco se aprecian diferencias ($p= 0,143$). En el grupo de casados se aprecia menos depresión y más ansiedad, en el grupo de viudos, más depresión y ansiedad (en este grupo no hay ninguna persona del sexo masculino), y en el grupo de separados /divorciados más depresión y menos ansiedad. En la valoración del nivel de estudios de los pacientes, hay que destacar una proporción muy elevada de personas con estudios universitarios y la tendencia es que a menor nivel de educación, más depresión /ansiedad, que es menor en el grupo de estudios universitarios ($p= 0,029$).

Perales, Duschek, Reyes (2013), en su investigación “Influencia de los factores emocionales sobre el informe de síntomas somáticos en pacientes en hemodiálisis crónica: relevancia de la ansiedad”, evaluaron la prevalencia de distintos tipos de síntomas somáticos en pacientes en hemodiálisis crónica en comparación con

un grupo control y analizar la capacidad predictiva de algunas variables psicológicas (ansiedad, depresión, apoyo social, autoeficacia y estrategias de afrontamiento) sobre el informe de estos síntomas. La muestra estuvo conformada por cuarenta y seis pacientes en tratamiento con diálisis y 30 personas sin enfermedad relevante equiparadas en variables sociodemográficas fueron evaluadas mediante medidas de auto informe. Las relaciones entre los síntomas somáticos y las variables consideradas como predictoras se analizaron mediante correlaciones bivariadas y análisis de regresión múltiple.

Los resultados encontrados fueron que los pacientes mostraron niveles de síntomas somáticos muy por encima de los valores obtenidos en el grupo control, especialmente en síntomas inmunológicos, cardiovasculares, gastrointestinales y piel-alergia. La ansiedad, con una asociación positiva, es el principal predictor independiente de la mayoría de las categorías de síntomas, llegando a explicar el 24,9 % ($p < 0,0001$) de la varianza en el total de síntomas informados. La depresión, el grado de preocupación y las estrategias de afrontamiento pasivo (indefensión-desesperanza y fatalismo) también se asociaron a mayores niveles de síntomas somáticos. Por el contrario, la estrategia de afrontamiento activo del espíritu de lucha, la autoeficacia (capacidad de afrontamiento) y el apoyo social se asociaron a menores niveles de síntomas. Al final concluyeron que los resultados tienen implicaciones clínicas respecto a los aspectos en los que debe orientarse la intervención psicológica destinada a mejorar la sintomatología en pacientes en hemodiálisis crónica y sugieren que las variables psicológicas emocionales pueden explicar algunos de los síntomas sin etiología clara en el enfermo renal.

Serrano, Rojas & Ruggero (2013) realizaron una investigación que titularon “Depresión, ansiedad y rendimiento académico en estudiantes universitarios”. El

propósito fue indagar si el rendimiento escolar de los estudiantes universitarios guarda relación con estados de depresión y ansiedad. La muestra estuvo constituida por 218 alumnos de las licenciaturas en Psicología, Educación y Trabajo Social, de la Facultad de Ciencias de la Conducta, generación 2006-2010, de la Universidad Autónoma del Estado de México; con edades que oscilaban generalmente entre los 19 y los 25 años, mujeres en su mayoría, solteras y con promedios generales con un rango de entre 7.5 y 9.7, quienes fueron clasificadas de acuerdo con su rendimiento académico en alto de 8.0 a 10.0 puntos y bajo de 7.9 hacia abajo. El instrumento utilizado fue el Inventory of Depression and Anxiety Symptoms (idas), que contiene 10 escalas de síntomas específicos: suicidio, cansancio, insomnio, pérdida de apetito, aumento de apetito, mal humor, bienestar, pánico, ansiedad social, e intrusiones traumáticas. También incluye dos escalas más amplias: Depresión general (que contiene elementos superpuestos con varias otras escalas idas) y Disforia.

Entre los resultados encontrados resaltan que, de acuerdo con el IDAS, de los 19 factores, 6 correlacionaron significativamente con la variable de rendimiento académico, esto es, de los 7 factores del idas indicadores de Depresión respecto del rendimiento académico, sólo 4 factores se presentan como significativos en su correlación, lo cual significa que 57% de indicadores de depresión correlacionaron con rendimiento académico; mientras que de los 12 indicadores del factor Ansiedad respecto del rendimiento académico, sólo 2 se presentan como significativos en su correlación, es decir 16.6%. Según estos resultados, la depresión está asociada al bajo rendimiento escolar en más de la mitad de la muestra, lo cual indica que “la depresión podría ser la causa del bajo rendimiento, dado que los síntomas depresivos interfieren la actividad intelectual generando el fracaso escolar.

Finalmente concluyeron que las correlaciones entre depresión y rendimiento académico indican que en la población de la Facultad de Ciencias de la Conducta, la depresión es significativa, ya sea como causa o como efecto de los aspectos académicos. La depresión va en aumento entre los diversos sectores y rangos de la sociedad, incluyendo a estudiantes del nivel superior, lo que afecta no sólo la inmediatez del individuo, sino el nivel educativo en la sociedad y en el país. Sin embargo dejaron claro que el rendimiento académico, depende de múltiples factores, y no sólo de alguno de ellos como el psicológico, sino también del económico, político, social, familiar, individual, y, en cuanto a lo individual de la personalidad, del cognitivo, físico, actitudinal, entre otros.

Chaj (2013) realizó una investigación que título “Factor de riesgo psicosocial y salud mental” (estudio realizado con empresas de computación en la zona 3 de Quetzaltenango). El objetivo fue determinar la influencia de los factores de riesgo psicosocial en la salud mental de los trabajadores; se realizó con colaboradores de empresas de computación de la zona 3 de Quetzaltenango, siendo estos hombres y mujeres de todos los departamentos de las organizaciones.

El diseño fue de tipo descriptivo y se administró el test s 21 evalúa riesgos laborales de naturaleza psicosocial. Y el test salud mental positiva, su objetivo es identificar y clasificar las características principales de salud mental.

Como resultados obtuvieron que si existe influencia de los factores de riesgo psicosocial sobre la salud mental debido a que la mayor parte de sujetos evaluados obtuvieron puntuaciones desfavorables y una salud metal baja. Se concluye en que los factores de riesgo psicosociales a los que está expuesto el trabajador, son: exigencia psicológica, inseguridad, doble presencia y estima por lo que se recomienda a un

análisis de condiciones y medio ambiente de trabajo para poder profundizar sobre las causas de los factores de riesgo.

Bones, Pérez, Rodríguez, Borrell y Obiols (2010) trabajaron Prevalencia de problemas de salud mental y su asociación con variables socioeconómicas, de trabajo y salud: resultados de la Encuesta Nacional de Salud de España. El objetivo del estudio fue conocer la prevalencia de personas con problemas de salud mental en España y su asociación con variables socioeconómicas, de trabajo y salud. Se trató de un estudio transversal con los datos de la Encuesta Nacional de Salud de España (2006) en el que participaron 29.476 personas (16 y 64 años). El instrumento de cribado de problemas de salud mental utilizado es el General Health Questionnaire (GHQ-12). Luego realizaron análisis descriptivos y de regresión logística para verificarla asociación entre la prevalencia de problemas de salud mental y las variables independientes.

Como resultados encontraron que la prevalencia de problemas de salud mental es mayor en mujeres (24,6%) que en hombres (14,7%). Las variables más asociadas a una mayor prevalencia de problemas de salud mental son estar separado o divorciado, ser inmigrante de un país en vías de desarrollo, tener peores condiciones socioeconómicas, tener poco apoyo social (hombres OR 3,6; mujeres OR 3,3), estar desempleado o en baja laboral, tener enfermedades crónicas, estar limitado/a en la realización de actividades cotidianas en función de un problema de salud (hombres OR 7,5; mujeres OR 7,1). Finalmente concluyeron que los resultados les permitieron identificar los grupos de la población más vulnerables y pueden ser de utilidad para diseñar intervenciones.

Ortiz; López & Borges (2007) realizaron una investigación que tituló “Desigualdad socioeconómica y salud mental: revisión de la literatura

latinoamericana”. El objetivo fue analizar la producción científica realizada en América Latina que indaga el impacto de la condición socioeconómica sobre los trastornos mentales y el uso o dependencia a sustancias. Para lograr este objetivo revisaron bases de datos internacionales y regionales. La metodología consistió en la revisión de los trabajos publicados a partir de 1982. La búsqueda bibliohemerográfica sobre investigaciones que hayan analizado la relación entre estratificación socioeconómica y trastornos mentales en población latinoamericana se realizó consultando las siguientes bases de datos: MEDLINE (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/>), Scientific Electronic Library Online (Scielo; <http://www.scielo.org>), base de datos referencial producida por el Centro de Documentación e Información en Psiquiatría y Salud Mental (CDISPM) del Instituto Nacional de Psiquiatría, enlaces a revistas electrónicas con acceso gratuito en Internet a través del CDISPM, Periódica y Clase de la Dirección General de Bibliotecas de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), Índice de Revistas Médicas Latinoamericanas (IMBIOMED) y las compilaciones incluidas en las EBSCO HOST Research Databases (Academic Search Premier, Fuente Académica, Medic Latina, Medline, Psychology and Behavioral Sciences y Sociological Collection).

En la mayoría de los estudios observaron que los adultos y adolescentes pertenecientes a estratos socioeconómicos bajos se asocia con mayor riesgo de trastornos mentales: intento de suicidio, sintomatología depresiva evaluada mediante escalas psicométricas, trastornos mentales comunes (básicamente depresión y ansiedad) evaluados a través de cuestionarios validados contra entrevistas psiquiátricas estandarizadas y con trastornos mentales evaluados mediante entrevistas diagnósticas (e.g. CIDI) que permiten diferenciar cuadros clínicos específicos como trastornos del estado de ánimo, fobias, ansiedad, disfunción sexual y déficit cognitivo.

Es un estudio ecológico existió asociación positiva entre la tasa de mortalidad por suicidio y el porcentaje de población pobre. Sin embargo, en algunos estudios la relación tuvo forma de “U” (escolaridad y trastorno de pánico) o de “U” invertida (trastornos mentales y un índice de nivel socioeconómico). En estudios en adultos en los que utilizaron un solo indicador socioeconómico se ha reportado que la escolaridad se relaciona negativamente con trastornos en general o con sintomatología depresiva, aunque las diferencias no fueron significativas, pese a que en otros estudios no se ha observado asociación con trastornos mentales. En otra investigación se reportó que el desempleo aumentó el riesgo de sintomatología depresiva. El ingreso económico no se relacionó con el intento de suicidio, pero sí con sintomatología depresiva. La depresión se relacionó con la escolaridad, pero no con un índice que incorporaba la clase ocupacional. Sin embargo en otro estudio, en modelos de regresión logística múltiple se observó que la escolaridad, la disminución reciente del ingreso y la calidad de la vivienda se relacionaron con los trastornos mentales comunes, mientras que la relación desapareció con el ingreso, el hacinamiento y la propiedad de la vivienda.

En una investigación, el desempleo, la baja escolaridad y la residencia en un sub-distrito con condiciones socioeconómicas deficientes fueron factores de riesgo para trastornos mentales comunes. Finalmente concluyeron que en la mayoría de los estudios de Latinoamérica con adultos se ha observado que la posición socioeconómica se relaciona negativamente con indicadores de trastornos mentales y, aunque existen menos estudios, se ha observado la misma tendencia en el caso de adolescentes y jóvenes; lo anterior coincide con los resultados de investigaciones realizadas en países de altos ingresos.

Landa, Goñi & Lizasoain (2005) realizaron una investigación titulada “Concordancia en el diagnóstico entre atención primaria y salud mental”. El Objetivo fue Analizar el índice de concordancia diagnóstica entre atención primaria y salud mental. El estudio fue descriptivo, retrospectivo. La muestra fue de 1.005 pacientes entre julio de 2002 y marzo de 2005. Realizaron un análisis de los diagnósticos realizados en atención primaria y salud mental en el período de tiempo establecido y luego calcularon el índice kappa de concordancia interjueces.

Los resultados mostraron que la concordancia global diagnóstica tiene un índice kappa = 0,385 (\pm 0,018). En los trastornos por uso de alcohol y otras sustancias y los trastornos psicóticos se obtienen índices de concordancia elevados (kappa > 0,7). Los trastornos de la alimentación y el trastorno mental orgánico reflejan una concordancia moderada (índice kappa entre 0,4 y 0,7). Sin embargo, en los trastornos de ansiedad, adaptativos y afectivos se obtiene una concordancia baja (kappa < 0,3). Finalmente concluyeron que en general, la concordancia entre los diagnósticos realizados en atención primaria y salud mental es baja. En concreto, destaca la dificultad para identificar adecuadamente los trastornos adaptativos, y se observa una importante tendencia por parte de atención primaria a filiar como cuadros ansiosos o afectivos estos trastornos.

Kohn, Levav, Caldas, Vicente, Andrade, Caraveo Saxena & Saraceno (2005), en su investigación titulada “Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: Asunto prioritario para la salud pública”, comentan que la creciente carga de trastornos mentales que afecta a las poblaciones de América Latina y el Caribe es demasiado grande para hacer caso omiso de ella. Por lo tanto, es una necesidad impostergable conocer la prevalencia de los trastornos mentales y la brecha de tratamiento, que está dada por la diferencia entre las tasas de prevalencia verdadera y

las de las personas que han sido tratadas, que en algunos casos es grande pese a la existencia de tratamientos eficaces. Porque si se dispone de mayor información, se hace más factible 1) abogar mejor por los intereses de las personas que necesitan atención, 2) adoptar políticas más eficaces, 3) formular programas de intervención innovadores y 4) adjudicar recursos en conformidad con las necesidades observadas.

La metodología utilizada consistió en revisar los datos de estudios comunitarios publicados en América Latina y el Caribe entre 1980 y 2004. En esas investigaciones epidemiológicas se usaron instrumentos diagnósticos estructurados y se estimaron tasas de prevalencia. Las tasas brutas de diversos trastornos psiquiátricos en América Latina y el Caribe se estimaron a partir de las tasas media y mediana extraídas de los estudios, desglosadas por sexo. También se extrajeron los datos correspondientes al uso de servicios de salud mental para poder calcular la brecha en el tratamiento según trastornos específicos.

Como principales resultados encontraron que las psicosis no afectivas (entre ellas la esquizofrenia) tuvieron una prevalencia media estimada durante el año precedente de 1,0%; la depresión mayor, de 4,9%; y el abuso o la dependencia del alcohol, de 5,7%. Más de la tercera parte de las personas afectadas por psicosis no afectivas, más de la mitad de las afectadas por trastornos de ansiedad, y cerca de tres cuartas partes de las que abusaban o dependían del alcohol no habían recibido tratamiento psiquiátrico alguno, sea en un servicio especializado o en uno de tipo general. Finamente concluyeron que la actual brecha en el tratamiento de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe sigue siendo abrumadora. Además, las tasas actuales probablemente subestiman el número de personas sin atención. La transición epidemiológica y los cambios en la composición poblacional acentuarán

aún más la brecha en la atención en América Latina y el Caribe, a no ser que se formulen nuevas políticas de salud mental.

Posada, Agilar, Magaña & Gómez (2004) realizaron una investigación “Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados preliminares del Estudio nacional de salud mental”. Este estudio forma parte de la Encuesta mundial de salud mental (EMSM), de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y describe la prevalencia de trastornos mentales, las variaciones en la distribución geográfica de los trastornos, los correlatos sociodemográficos y la utilización de servicios en la población urbana adulta. El Estudio nacional de salud mental Colombia 2003 (ENSM) se basa en un diseño probabilístico, multietápico y estratificado para cinco regiones del país, cuya población blanco fue la población no institucionalizada, que tiene un hogar fijo, de 18 a 65 años de edad y que vive en áreas urbanas. La tasa de respuesta ponderada fue de 87,7%. El instrumento utilizado fue la versión computarizada de la Entrevista diagnóstica internacional compuesta (versión certificada 15), que proporciona diagnósticos de acuerdo con el DSMIV y la CIE-10. Entre los resultados encontrados se encuentra que alrededor del 56% de la muestra fueron mujeres, el 37% tenían entre 18 y 29 años, de las cuales el 26% reportó únicamente estudios primarios y el 45%, estudios secundarios.

El 40,1% de la población reportó haber tenido alguna vez en su vida uno o más de los 23 trastornos basados en el DSM-IV, el 16,0% de la muestra evidenció trastornos mentales en los últimos doce meses y el 7,4% presentó alguno en los últimos treinta días. Los trastornos más frecuentemente reportados alguna vez en la vida fueron los de ansiedad (19,3%), seguido por los trastornos del estado de ánimo (15,0%) y los trastornos por uso de sustancias (10,6%). El 4,9% de la población estudiada ha intentado suicidarse alguna vez en la vida y el 1,3% lo ha intentado en

los últimos treinta días. Sólo una de cada diez personas con un trastorno mental y sólo una de cada cinco con dos o más trastornos mentales dijo recibir servicios de cualquier tipo en el último año. Concluyeron que esto representa un reto para el sistema de salud y demuestra la necesidad de enfocar atención y recursos hacia el tratamiento oportuno de enfermedades mentales.

Micin & Bagladi (2011) realizaron un estudio al que titularon “Salud Mental en Estudiantes Universitarios: Incidencia de Psicopatología y antecedentes de Conducta Suicida en Población que Acude a un Servicio de Salud Estudiantil”. El objetivo del estudio fue caracterizar la incidencia de psicopatología y antecedentes de conducta suicida en universitarios que consultan a un Servicio de Salud Estudiantil y determinar diferencias y/o asociaciones significativas en relación a género. Utilizaron un diseño no experimental de carácter exploratorio y cuantitativo. Se recogieron antecedentes de conducta suicida y diagnósticos según DSM-IV (ejes I y II). Incluyeron 460 universitarios que recibieron atención psicológica y/o psiquiátrica entre 01/2006 y 07/2008, según muestreo aleatorio estratificado. Utilizaron estadística descriptiva, inferencial y relacional.

Los resultados indicaron incidencias consistentemente altas con hallazgos en poblaciones universitarias extranjeras y nacionales. Se encontraron tasas significativas el 92% de cuadros se concentra en *trastornos adaptativos*, *trastornos del estado de ánimo* y *trastornos de ansiedad*. De estos, el 48,3% de los alumnos atendidos presenta trastornos adaptativos, siendo ésta la más alta incidencia encontrada. *Los trastornos del ánimo* corresponden a la segunda mayor incidencia encontrada (22,8%), seguidos de *los trastornos de ansiedad* específicos (20,9%). Los trastornos del ánimo en su mayoría corresponden a diagnósticos de depresión mayor episodio único (7,0%), trastornos del ánimo en estudio (5,2%) y distimia (4,8%). También encontraron que

un alto porcentaje de alumnos no ha presentado *ideación o conducta suicida* en los últimos 6 meses ni tampoco antes de ese período (84,8% y 82,8% respectivamente). Finalmente concluyen que los resultados obtenidos ayudan a tener un mejor y mayor conocimiento sobre problemáticas de salud mental en poblaciones universitarias chilena, y así establecer un diagnóstico basal para la población que consulta, a fin de estudiar su evolución en el tiempo e ir ajustando las estrategias de prevención e intervención que se diseñan.

Uribe (2014) realizó un estudio titulado “Características sociodemográficas asociadas con el estrés académico, depresión y ansiedad en estudiantes de la Universidad Adventista de Colombia, Medellín, 2015”, fue un estudio transversal, correlacional, cuyo objetivo fue medir los niveles de estrés académico, ansiedad y depresión. Además, conocer las características socio demográficas relacionadas con estas variables en los estudiantes de la Universidad Adventista de Colombia. Se realizó el estudio en una muestra de 377 estudiantes escogidos de las diferentes facultades.

El trabajo estadístico mostró los siguientes resultados: la edad no guarda relación significativa con el estrés académico, la ansiedad y la depresión, mientras el género guarda relación significativa sólo con la ansiedad. Por su parte, el estado civil también guarda relación significativa con la ansiedad. A su vez, la situación ocupacional guarda relación significativa con la ansiedad y la depresión. Por otra parte, el origen demográfico guarda relación significativa con el estrés académico. La carrera profesional guarda relación significativa con el estrés académico y con la depresión. Por su parte, la residencia universitaria guarda relación significativa con la depresión y la condición religiosa guarda relación significativa con el estrés académico.

Formulación del problema

Problema general

¿En qué medida los factores predisponentes se relacionan con el estado de salud mental de los pacientes de la Institución Prestadora de Servicios de Salud Indígena del Gran Cumbal: Nariños, Colombia, 2016?

Problemas específicos

¿Cuáles son los factores predisponentes más frecuentes con el estado de salud mental de los pacientes de la Institución Prestadora de Servicios de Salud Indígena del Gran Cumbal: Nariños, Colombia, 2016

¿Cuál es el nivel del estado de salud mental de los pacientes de la Institución Prestadora de Servicios de Salud Indígena del Gran Cumbal: Nariños, Colombia, 2016

¿En qué medida los factores predisponentes se relacionan con los síntomas somáticos de los pacientes de la Institución Prestadora de Servicios de Salud Indígena del Gran Cumbal: Nariños, Colombia, 2016?

¿En qué medida los factores predisponentes se relacionan con la ansiedad e insomnio de los pacientes de la Institución Prestadora de Servicios de Salud Indígena del Gran Cumbal: Nariños, Colombia, 2016?

¿En qué medida los factores predisponentes se relacionan con la disfunción social de los pacientes de la Institución Prestadora de Servicios de Salud Indígena del Gran Cumbal: Nariños, Colombia, 2016?

¿En qué medida los factores predisponentes se relacionan con la depresión grave de los pacientes de la Institución Prestadora de Servicios de Salud Indígena del Gran Cumbal: Nariños, Colombia, 2016?

Objetivos de la investigación

Objetivo general

Determinar los factores predisponentes que se relacionan con el estado de salud mental de los pacientes de la Institución Prestadora de Servicios de Salud Indígena del Gran Cumbal: Nariños, Colombia, 2016.

Objetivos específicos

Identificar los factores predisponentes más frecuentes con el estado de salud mental de los pacientes de la Institución Prestadora de Servicios de Salud Indígena del Gran Cumbal: Nariños, Colombia, 2016.

Identificar el nivel del estado de salud mental de los pacientes de la Institución Prestadora de Servicios de Salud Indígena del Gran Cumbal: Nariños, Colombia, 2016.

Determinar los factores predisponentes que se relacionan con los síntomas somáticos de los pacientes de la Institución Prestadora de Servicios de Salud Indígena del Gran Cumbal: Nariños, Colombia, 2016.

Determinar los factores predisponentes que se relacionan con la ansiedad e insomnio de los pacientes de la Institución Prestadora de Servicios de Salud Indígena del Gran Cumbal: Nariños, Colombia, 2016.

Determinar los factores predisponentes que se relacionan con la disfunción social de los pacientes de la Institución Prestadora de Servicios de Salud Indígena del Gran Cumbal: Nariños, Colombia, 2016.

Determinar los factores predisponentes que se relacionan con la depresión grave de los pacientes de la Institución Prestadora de Servicios de Salud Indígena del Gran Cumbal: Nariños, Colombia, 2016.

Hipótesis de la investigación

Hipótesis general

Existe relación significativa de los factores predisponentes con el estado de salud mental de los pacientes de la Institución Prestadora de Servicios de Salud Indígena del Gran Cumbal: Nariños, Colombia, 2016.

Hipótesis específicas

Existe relación significativa de los factores predisponentes con los síntomas somáticos de los pacientes de la Institución Prestadora de Servicios de Salud Indígena del Gran Cumbal: Nariños, Colombia, 2016.

Existe relación significativa de los factores predisponentes con la ansiedad e insomnio de los pacientes de la Institución Prestadora de Servicios de Salud Indígena del Gran Cumbal: Nariños, Colombia, 2016.

Existe relación significativa de los factores predisponentes con la disfunción social de los pacientes de la Institución Prestadora de Servicios de Salud Indígena del Gran Cumbal: Nariños, Colombia, 2016.

Existe relación significativa de los factores predisponentes con la depresión grave de los pacientes de la Institución Prestadora de Servicios de Salud Indígena del Gran Cumbal: Nariños, Colombia, 2016.

Justificación

Esta investigación es muy relevante, se determinará en qué medida los factores predisponentes se relacionan con la salud mental de los pacientes de Salud Indígena, será útil para el quehacer científico, ampliando la teoría existente sobre factores que predisponen a padecer de las diferentes anomalías del área de la salud mental y sobre todo en la peculiaridad de ser una población indígena; Sin embargo, el presente estudio corroborará la teoría existente o verificará los cambios ocurridos en la descripción de dichas variables en este mundo tan cambiante y globalizado; además de los pocos estudios en estas comunidades indígenas en relación a estas variables.

Igualmente, el presente estudio es relevante a nivel metodológico, porque el diseño no experimental que se usará en el presente estudio nos conllevará a una observación minuciosa de las variables. Lo cual nos insta a buscar posibles de asociación un aspecto que contribuirá a poder verificar variables que ejerzan algún tipo de incidencia y prevalencia y se pueda tomar medidas en el mejoramiento de la salud mental de los pacientes indígenas de este lugar.

Asimismo, los resultados del presente estudio de investigación aportará de manera práctica a que los profesionales de salud puedan reconfigurar sus programas promocionales y preventivos en las comunidades indígenas del lugar; además que las instituciones prestadoras de salud local pueden considerar estos resultados para que repotencien sus planes de acción; sumado a las nuevas políticas locales que podrían emitir el Ministerio de salud y los municipios relacionados a la salud mental en estas comunidades indígenas y del mismo modo, considerando los diversos factores relacionados a sus diversas enfermedades que aquejan en esta comunidad y se pueda implementar a través del Municipio el programa de “Municipios Saludables” un trabajo en la atención primaria de la salud.

Finalmente, como relevancia social está basada en que los datos producto de este trabajo científico, servirán para que las familias puedan tomar conciencia de los factores predisponentes que afectan su estado de salud mental. Así de esta manera las familias generen cambios en su estilo de vida y entablen estrategias preventivas de salud mental para sus seres queridos.

Viabilidad del estudio

La presente investigación fue viable, porque existió la voluntad política y de la comunidad para conocer los factores predisponentes relacionados con la salud mental.

El consentimiento y permisibilidad de los participantes facilitó la aplicación de dicho estudio; después de explicarles los objetivos del estudio. Las encuestas fueron aplicadas por profesionales de la Salud, pertenecientes a esta comunidad con previa capacitación para el diligenciamiento del cuestionario.

Asimismo, las condiciones administrativas fueron viables, en vista que se contó con recursos económicos necesarios, además de la asesoría y las fuentes bibliográficas en el área que se está abordando.

Delimitaciones

El estudio se realizó en la población indígena del Gran Cumbal: Nariños, Colombia. Participaron pacientes de distintas edades y diferentes géneros.

Limitaciones

La posible situación que hubiera limitado el desarrollo de esta tesis hubiera sido la negación del representante de la IPS o el gobernador del Cabildo a que se realizará el estudio. También la negación de los participantes por algún prejuicio.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

La salud mental

Según la OMS, Salud Mental es un estado de bienestar en donde la personas tiene juicio de las capacidades que posee, por ende puede enfrentarse a cualquier situación que se presente en el diario vivir, así mismo puede desempeñarse en el campo laboral, logrando ser productivo, y aportando favorablemente a la comunidad a la cual pertenece. Para entender mejor este concepto podemos decir que un individuo puede ser efectivo, eficaz y fructífero para la sociedad si posee un estado de salud mental óptimo, así mismo no dejando a un lado que si hay salud mental hay salud (OMS, 2011).

Según sus estadísticas afirman que 450 millones de personas alrededor del mundo presentan trastornos mentales, Aproximadamente de 121 a 150 millones de ellos sufren depresión; entre 70 y 90 millones padecen trastornos por el abuso de alcohol o diversas drogas; de 24 a 25 millones sufren esquizofrenia; 37 millones tienen demencia, un millón de personas se suicidan cada año y entre 10 y 20 millones intentan suicidarse. No cabe duda que los trastornos mentales, también denominados neuropsiquiátricos y del comportamiento, se han convertido en verdadera preocupación para las personas que los padecen, para sus familiares, para los prestadores de servicios y para todas las personas e instituciones involucradas en este campo (Valencia, 2007).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en 2001, dedicó completamente su reporte anual a la salud mental, en un esfuerzo por colocar estos problemas en el

centro de la agenda de salud pública, y desarrolló e invitó a los gobiernos a colaborar en la iniciativa de Salud Mental 2000, para recabar información que pudiera ser útil para orientar las políticas públicas de salud en este campo (Posada, et al, 2004).

Sin embargo, para poder hacer promoción de la salud mental se hace necesario primero que todo proporcionar espacios o contextos que son favorables para la sociedad, donde se adopten costumbres o prácticas de estilos de vida saludable. Para ello se hace indispensable que el trabajo sea conjunto, y que las problemáticas de salud mental no sean solo de este orden sino de orden público, son múltiples los factores desencadenantes, y por ende somos muchos los implicados en este aspecto, no es suficiente una campaña ni una capacitación, se ve la necesidad de intervenir con políticas nacionales desde el embarazo, la niñez, adolescencia y edad adulta, mediante un monitoreo y seguimiento en el trabajo, el hogar, ambiente social, entre otros (Valencia, 2007).

Se conoce que existe relación entre los factores socioeconómicos, ambientales y biológicos y los trastornos de salud mental, así mismo diversos estudios asocian aspectos como el bajo nivel económico, bajo nivel educativo, discriminación racial y de género, pocas oportunidades en el ámbito laboral, exclusión, violencia de diferente tipo y sin dejar a un lado la parte genética como causantes o desencadenantes de enfermedades mentales (OMS, 2004).

Otro punto importante es que la atención de los enfermos continúa siendo deficiente. Se sabe que la primera puerta que tocan las personas con trastornos mentales es la del médico general; sin embargo, su detección, tratamiento o canalización a servicios especializados es insuficiente, y existe aún un importante estigma social que segrega a los pacientes psiquiátricos y el tiempo que pasa entre el momento en que el paciente identifica sus síntomas y recibe ayuda especializada es

considerable. Por otra parte, la población no solicita la ayuda que está disponible. Junto con razones derivadas del estigma o la vergüenza asociada con la presencia de trastornos mentales, así como del desconocimiento de los beneficios de la atención médica psiquiátrica y psicosocial, están las diferencias en las necesidades sentidas por la población y el tipo de ayuda que ofrecen los servicios (Posada, et al, 2004).

Cuando existe una enfermedad de base (cáncer, Insuficiencia Renal, SIDA, etc.), la salud mental se afecta también y agudiza más la patología, porque variables psicosociales como la ansiedad, depresión, pueden integrar en el factor disposicional denominado afectividad negativa (reformulación moderna del concepto tradicional de neuroticismo), que puede ser definido como una dimensión general de malestar emocional y predisposición a experimentar emociones negativas (disgusto, ansiedad, tristeza, hostilidad-ira, culpabilidad, miedo, depresión, insatisfacción con uno mismo, mayor autocrítica, sesgo negativo en la valoración de uno mismo, del mundo y el futuro, etc.). Este rasgo y sus factores asociados predicen una mayor frecuencia de quejas somáticas, el desarrollo de trastornos mentales y enfermedades físicas, el uso de los servicios médicos, la calidad de vida, la longevidad, un mayor número de eventos vitales negativos, peores hábitos de salud, etc.1-3,5. Los estados de estrés y las emociones negativas (ansiedad y depresión) pueden intensificar y empeorar el curso y la evolución de la enfermedad, interferir con su tratamiento y modular la percepción de los síntomas, aumentando significativamente la morbilidad y la mortalidad (Perales, 2013).

Características de Salud Mental

Jiménez (2007) hace mención que las personas que gozan de salud mental tienen las siguientes características.

- Están satisfechas consigo mismas. No están abrumadas por las propias emociones (rabia, temores, amor, celos, sentimientos de culpa o preocupaciones). Pueden aceptar sin alterarse dramáticamente las decepciones de la vida. Tienen una actitud tolerante y relajada respecto a la propia persona y a los demás. Son capaces de reírse de sí mismas. No llegan a tener sentimientos negativos hacia otras personas.
- No viven en el pasado. Viven el aquí y el ahora, no piensan ni viven en el recordatorio del pasado, sino están satisfechas con lo que hacen.
- Se sienten bien con los demás. Son capaces de amar y tener en consideración los intereses de los demás. Las relaciones personales son satisfactorias y duraderas. Son capaces de confiar en los demás y están abiertas experiencialmente a que los otros confían en ellas. Respetan las múltiples diferencias que encuentran en la gente.
- Son capaces de satisfacer las demandas que la vida les presenta. Aceptan las responsabilidades que poseen ante los problemas que se presentan. Modifican el ambiente cuando esto es posible y se ajustan a él cuando es necesario. Planifican el presente de cara al futuro, al que enfrentan, en vez de evadirlo, a pesar del posible temor que puedan sentir.
- Apertura a la experiencia. A los sentimientos positivos no están a la defensiva y no necesitan negar o distorsionar las experiencias.
- Viven cada momento de manera plena y rica. Cada experiencia es fresca y nueva en otencia. No necesitan estructuras preconcebidas para interpretar cada suceso rígidamente son flexibles y espontáneas.
- Confían en el propio organismo. Es decir, confían en las propias reacciones en lugar de siempre guiarse por las opiniones de otros o por juicios intelectuales (separados de las necesidades afectivas). Son personas auténticas o satisfechas de sí mismas.

- Poseen un sentido de libertad para hacer elecciones sin restricciones o inhibiciones forzadas. Esto produce una sensación de poder, porque saben que su futuro depende de sus propias acciones y no está totalmente determinado por las circunstancias presentes, los sucesos pasados o por otras personas.
- Asumen responsabilidad por decisiones y conductas.
- Son personas creativas, y viven de manera constructiva y adaptativa conforme cambian las condiciones ambientales. La espontaneidad y la flexibilidad son características aliadas de la creatividad.
- Espontaneidad y viveza del afecto. Reflejan la capacidad de experimentar la amplia gama de emociones humanas y de poder (o permitirse) sentir las profundamente si es necesario, de acuerdo al proyecto de vida autoescogido.
- Poseen una gran capacidad de identificación de los propios sentimientos, deseos, necesidades y pensamientos.
- Valoración positiva de ellos mismos. Internalización de derecho a sentirse bien consigo misma al conseguir las cosas, del derecho a sentirse orgullosa y a valorar lo que se hace.
- Autoafirmación. Poseen una convicción interna de que está bien expresar los propios sentimientos, necesidades y opiniones cuando sea necesario, así como defenderse cuando estos han sido heridos por otros. También se trata de la capacidad y la disposición para llevar las propias convicciones a terreno de la acción.
- Intimidad. Tienen la amplia capacidad de expresarse de forma abierta y honesta con alguien a quien se quiere, lo que implica compartir la ternura, la necesidad o el dolor emocional.
- Compromiso. Poseen la capacidad y la disposición para perseverar en los momentos difíciles.

- Manejan una integración de todos los elementos. Integran el organismo, psiquismo, impulsos, emociones, afectividad, sexualidad, inteligencia, valores, principios éticos, toma de decisiones, entre otras cosas. Además tienen cierta congruencia entre él y/o real, la autoimagen, el yo-ideal y los distintos aspectos del yo-social, este último debe mostrar un grado aceptable de autenticidad, (Jiménez, 2007).

Promoción y protección de la salud mental

La promoción de la salud mental consiste en acciones que creen entornos y condiciones de vida que propicien la salud mental y permitan a las personas adoptar y mantener modos de vida saludables. Entre ellas hay una serie de acciones para aumentar las posibilidades de que más personas tengan una mejor salud mental. Un ambiente de respeto y protección de los derechos civiles, políticos, socioeconómicos y culturales básicos es fundamental para la promoción de la salud mental. Sin la seguridad y la libertad que proporcionan estos derechos resulta muy difícil mantener un buen nivel de salud mental.

Las políticas nacionales de salud mental no deben ocuparse únicamente de los trastornos mentales, sino reconocer y abordar cuestiones más amplias que fomentan la salud mental como la incorporación de la promoción de la salud mental a las políticas y programas de los sectores gubernamental y no gubernamental. Además del sector de la salud, es esencial la participación de los sectores de la educación, el trabajo, la justicia, el transporte, el medio ambiente, la vivienda o la asistencia social.

La promoción de la salud mental depende en gran medida de estrategias intersectoriales. Entre otras formas concretas de fomentar la salud mental se pueden mencionar:

- Las intervenciones en la infancia precoz (por ejemplo, visitas a domicilio a las embarazadas, actividades psicosociales preescolares y ayuda nutricional y psicosocial conjunta a las poblaciones desfavorecidas);
- El apoyo a los niños (por ejemplo, programas de creación de capacidades y programas de desarrollo infantil y juvenil);
- La emancipación socioeconómica de la mujer (por ejemplo, mejora del acceso a la educación y concesión de microcréditos);
- El apoyo social a las poblaciones geriátricas (por ejemplo, iniciativas para hacer amistades y centros comunitarios y de día);
- los programas dirigidos a grupos vulnerables, y en particular a las minorías, los pueblos indígenas, los migrantes y las personas afectadas por conflictos y desastres (por ejemplo, intervenciones psicosociales tras los desastres);
- Las actividades de promoción de la salud mental en la escuela (por ejemplo, programas de apoyo a los cambios ecológicos en la escuela y escuelas amigas de los niños);
- Las intervenciones de salud mental en el trabajo (por ejemplo, programas de prevención del estrés);
- Las políticas de vivienda (por ejemplo, mejora de las viviendas);
- Los programas de prevención de la violencia (por ejemplo, la reducción de la disponibilidad del alcohol y del acceso a las armas);
- Los programas de desarrollo comunitario (por ejemplo, iniciativas de colaboración ciudadana y de desarrollo rural integrado);
- La reducción de la pobreza y la protección social para los pobres;
- Legislación y campañas contra la discriminación;

- Promoción de los derechos, las oportunidades y la atención de las personas con trastornos mentales. (OMS, 2016)

Trastornos Mentales

La alteración de la salud mental, da lugar a los trastornos mentales. Los cuales abarcan una amplia gama de problemas que incluyen: Trastornos de ansiedad, incluyendo trastorno de pánico, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de estrés post-traumático y fobias. Trastorno bipolar. Depresión. Trastornos del estado de ánimo. Trastornos de la personalidad. Trastornos psicóticos, como la esquizofrenia. Somatizaciones.

En relación a los factores asociados a una mayor prevalencia de problemas de salud mental están (Bones et al, 2010):

- Ser del sexo femenino (Alonso y Lepine, 2007; Artazcoz, Borrell y Benach, 2001; Haro et al., 2006)
- Estar separado/a o divorciado/a (Haro et al., 2006)
- Tener enfermedades crónicas (Alonso y Lepine, 2007; Gispert, Rajmil, Schiaffi y Herdman, 2003)
- Estar desempleado/a (Alonso y Lepine, 2007; Artazcoz, et al 2004; Fryers y Jenkins, 2003)
- Estar en baja laboral (Haro et al., 2006)
- Tener poco apoyo social (Harrison et al., 1999; Joutsenniemi, Martelin, Pirkola y Koskinen, 2006)
- Tener una posición socioeconómica desaventajada, medida por indicadores tales como el nivel educativo, la clase social ocupacional o el nivel de ingresos (Artazcoz, Borrell, Benach, Cortes y Rohls, 2004; Fryers et al., 2003; Gispert et al., 2006).

Uno de los temas fundamentales a citar dentro de esta investigación es la Ansiedad, Depresión, Síntomas somáticos y Disfunción Social, a continuación daremos un breve concepto, síntomas que se pueden presentar a nivel general dentro de los sistemas del cuerpo humano, la clasificación, factores asociados, en general conceptos básicos que ayudarán a entender mejor la realidad de las personas que padecen este tipo de enfermedades, medianamente identificarla por medio de los síntomas, y ante todo tenerlos en cuenta si en algún momento los hemos sufrido o los presentamos a lo largo de la vida.

Síntomas Somáticos

De un modo genérico, el término somatización se refiere a quejas físicas que ocasionan malestar, en ausencia de hallazgos clínicos que permitan justificar una causa orgánica. El rasgo principal de estos trastornos es la presentación reiterada de síntomas somáticos difícilmente explicables desde la fisiopatología, acompañados de demandas continuadas de pruebas complementarias y derivaciones, a pesar de repetidos resultados negativos y de continuas garantías de los médicos de que los síntomas no tienen justificación orgánica, (López & Belloch, 2002).

Alin (2008) indica que la característica común de los trastornos somatomorfos es la presencia de síntomas físicos que sugieren una enfermedad médica (de ahí el término somatomorfo) y que no pueden explicarse completamente por la presencia de una enfermedad, por los efectos directos de una sustancia o por otro trastorno mental. Los síntomas deben producir trastorno clínicamente significativo o deterioro social, laboral, o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. A diferencia en lo que ocurre en los trastornos facticios y en la simulación, los síntomas físicos no son intencionados. Los trastornos somatomorfos se diferencian de los factores psicológicos que afectan el estado físico por la ausencia de una enfermedad médica

diagnosticable que pueda explicar por completo todos los síntomas físicos (Chaj, 2013).

El concepto de somatización tiene tres componentes: Experiencial: lo constituyen los síntomas que experimenta el sujeto. Cognitivo: es la interpretación que el paciente hace de sus síntomas. En general, interpreta la somatización en el contexto de una enfermedad amenazante no detectada. Conductual: la persona busca un diagnóstico y un tratamiento médico de forma persistente (López & Belloch, 2002).

Se dice que el ser humano puede experimentar síntomas somáticos en cualquier momento de la vida. El 75% de las personas sufren en una semana algún tipo de malestar ya sea por causas fisiológicas como la respiración o la circulación, cambios de dieta, a infecciones o factores ambientales (calor o frío extremo, contaminación etc.). Son síntomas que no son una enfermedad pero cuando esto es prolongado se puede pensar en que puede convertirse en una patología. Incluso un síntoma de tipo fisiológico puede ser causado por efecto de un factor psicosocial. La consulta de pacientes con síntomas somáticos sin una explicación clínica definida es frecuente. Es más habitual en mujeres y la edad de inicio suele ser antes de los 30 años. Representan del 15 al 25% de las consultas en atención primaria y de un 30 a un 70% de ellas permanece sin explicación tras su evaluación (Serra, 2012).

La presentación clínica es:

- Los síntomas se expresan con una preocupación excesiva y desproporcionada.
- Presencia de tres o más síntomas vagos, mal definidos, en distintos aparatos.
- Presencia asociada de síntomas de ansiedad o depresión
- Presencia de estresantes.

- En la historia clínica, subyace una angustia latente y una excesiva búsqueda de atención lo que hace que sean percibidos como pacientes difíciles.
- Vulnerabilidad: los pacientes dicen sentirse enfermos, viven sus síntomas con gran preocupación y sufrimiento.
- Sintomatología fluctuante, con respuestas vagas y a veces contradictorias a las preguntas y exploraciones realizadas, (López & Belloch, 2002).

Las somatizaciones están incluidas en los trastornos somatomorfos de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10). La nueva clasificación del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) ya no usa el término somatización y ha eliminado la categoría del trastorno por somatización que existía en la versión anterior (DSM-4-TR). El argumento para introducir esta modificación es que es difícil probar que un síntoma no está causado por una enfermedad médica. Así, para los pacientes en los que predominan los síntomas somáticos que causan molestias y deterioro psicosocial, se ha creado una categoría llamada síntomas somáticos y trastornos relacionados. El diagnóstico no es fácil, ya que atribuir un síntoma físico a un trastorno psiquiátrico tiene muchas implicaciones. Por ello es importante que, además de no encontrar una causa orgánica demostrable ni un mecanismo patológico conocido que los explique, exista la presunción razonable de que dichos síntomas están asociados a factores psicológicos o al estrés (OMS, 1998).

A efectos prácticos, cabe destacar los siguientes trastornos entre las somatizaciones:

- Trastorno por somatización. Se inicia antes de los 30 años y es de 9 a 10 veces más frecuente en la mujer. Este trastorno no se caracteriza por el número de molestias físicas, sino por el hecho de que afecten a múltiples órganos. Consulta por molestias derivadas de los síntomas y no por el miedo de padecer

determinada enfermedad. Ya no se reconoce como entidad en la clasificación del DSM-5.

- Hipocondría. Lo que predomina es la preocupación, más que por los propios síntomas, por la convicción de tener una enfermedad grave. Existe un grado elevado de ansiedad acerca de la salud, y el individuo se alarma con facilidad por su estado de salud. Equivale al «trastorno de ansiedad por enfermedad» de la clasificación del DSM-5.
- Trastornos conversivos o disociativos. Estos pacientes refieren síntomas de alteración motora o sensitiva en los que los hallazgos clínicos aportan pruebas de la incompatibilidad entre el síntoma y las afecciones neurológicas o médicas reconocidas.
- Síndromes funcionales somáticos. Se encuentran en la frontera entre lo físico y lo psicológico, como el síndrome de fatiga crónica, la fibromialgia o el síndrome del intestino irritable. La ventaja de incluirlos como un síndrome funcional es que, al aproximarse al modelo médico, el paciente lo asume mejor. En general, en el manejo de estos trastornos se pueden emplear los principios que se aplican al tratamiento de las somatizaciones.
- Comorbilidad con patología psiquiátrica. Es de destacar que los síntomas de ansiedad y depresión son mucho más frecuentes en estos pacientes. Por otro lado, en AP, del 50 al 70% de los trastornos psiquiátricos se presenta con síntomas somáticos y el 75% de los pacientes con depresión mayor o ataques de pánico consultan exclusivamente por síntomas somático, (Granel, 2006, OMS, 1998).

Ansiedad

Etimológicamente hablando, angustia viene del latín *angor*, refiriéndose a una sensación de angostura, estrechez y constricción. Su raíz griega significa «estrangular». En ambas raíces se refiere a la opresión. En medicina, angustia y ansiedad aparecen como términos sinónimos, en el idioma alemán, sólo existe un vocablo para agruparlas: *Angst*. En cambio, en francés existen dos conceptos: *angoisse* y *anxiété*. Igual en la lengua inglesa: *anguish* y *anxiety*. En español, también puede referirse a dos experiencias distintas, aunque con gran frecuencia la psiquiatría no hace uso de esas distinciones y emplea una u otra (Rojas, 2009).

La ansiedad puede definirse como una anticipación de un daño o desgracia futuros, acompañada de un sentimiento de disforia (desagradable) y/o de síntomas somáticos de tensión. El objetivo del daño anticipado puede ser interno o externo. Es una señal de alerta que advierte sobre un peligro inminente y permite a la persona que adopte las medidas necesarias para enfrentarse a una amenaza. Los trastornos de ansiedad como tal son un grupo de enfermedades caracterizadas por la presencia de preocupación, miedo o temor excesivo, tensión o activación que provoca un malestar notable o un deterioro clínicamente significativo de la actividad del individuo (Haro, et al 2006).

Es importante entender la ansiedad como una sensación o un estado emocional normal ante determinadas situaciones y que constituye una respuesta habitual a diferentes situaciones cotidianas estresantes. Así, cierto grado de ansiedad es incluso deseable para el manejo normal de las exigencias del día a día. Tan sólo cuando sobrepasa cierta intensidad o supera la capacidad adaptativa de la persona, es cuando la ansiedad se convierte en patológica, provocando malestar significativo con

síntomas que afectan tanto al plano físico, como al psicológico y conductual (Chaj, 2013).

Boeree 1998 dice que Freud expresó que: “la vida no es fácil”. “El Yo está justo en el centro de grandes fuerzas; la realidad, la sociedad, está representada por el Superyó; la biología está representada por el Ello. Cuando estas dos instancias establecen un conflicto sobre el pobre Yo, es comprensible que uno se sienta amenazado, abrumado y en una situación que parece que se le va a caer el cielo encima. Este sentimiento es llamado ansiedad y se considera como una señal del Yo que traduce sobrevivencia y cuando concierne a todo el cuerpo se considera como una señal de que el mismo está en peligro. Freud habló de tres tipos de ansiedades: la primera es la ansiedad de realidad, la cual puede llamarse en términos coloquiales como miedo. De hecho, Freud habló específicamente de la palabra miedo, pero sus traductores consideraron la palabra como muy mundana. Podríamos entonces decir que si uno está en un pozo lleno de serpientes venenosas, uno experimentará una ansiedad de realidad.

La segunda es la ansiedad moral y se refiere a lo que sentimos cuando el peligro no proviene del mundo externo, sino del mundo social interiorizado del Superyó. Es otra terminología para hablar de la culpa, vergüenza y el miedo al castigo. La última es la ansiedad neurótica. Esta consiste en el miedo a sentirse abrumado por los impulsos del Ello. Si en alguna ocasión usted ha sentido como si fuésemos a perder el control, su raciocinio o incluso su mente, está experimentando este tipo de ansiedad. Neurótico; es la traducción literal del latín que significa nervioso, por tanto podríamos llamar a este tipo de ansiedad, ansiedad nerviosa. Es este el tipo de ansiedad que más interesó a Freud y nosotros le llamamos simple y llanamente ansiedad.” (Boeree, 1998).

Entre los problemas de salud mental, los trastornos de ansiedad se asocian con sustanciales niveles de incapacidad. Esta disfuncionalidad tiene un impacto considerable en el bienestar personal, en las relaciones sociales y en la productividad en el trabajo, con el agravante de que su alta prevalencia y el curso recurrente o incluso crónico de muchos de ellos, los puede hacer tan inhabilitantes como cualquier otra enfermedad física crónica. Los trastornos de ansiedad son, junto con los trastornos del ánimo, los que más contribuyen a la morbi-mortalidad a través del sufrimiento que generan y los que más repercuten en las economías nacionales. La angustia-ansiedad patológica dificulta la funcionalidad del sujeto allí donde se desenvuelve, limitándole su autonomía y dejándole atrapado y amenazado por la misma angustia (SNS, 2008).

Las mujeres tienen más riesgo que los hombres de padecer un trastorno de ansiedad, y la prevalencia de la mayoría de los trastornos de ansiedad en el caso de las mujeres duplica a la de los hombres, excepto en el caso de la fobia social, en la que las diferencias fueron menores. La edad de inicio de los trastornos de ansiedad es menor que la de los trastornos depresivos. Esto parece indicar que muchas personas que durante la niñez, adolescencia o primeros años de la vida adulta presentan trastornos de ansiedad tienen un mayor riesgo de desarrollar un trastorno depresivo posterior (Cortez, 1993).

Benites J, y otros (1995): en su artículo denominado Ansiedad: describen la clasificación de la ansiedad según el DSM VI y el CIE 10, (SNS, 2008).

Según el DSM – IV TR

1. Trastornos de angustia sin agorafobia
2. Trastornos de angustia con agorafobia
3. Agorafobia sin trastornos de angustia

4. Fobia no especificada
5. Trastorno de fobia social
6. Trastorno obsesivo compulsivo
7. Trastorno de estrés postraumático
8. Trastorno por estrés agudo
9. Trastorno de ansiedad generalizada
10. Trastorno de ansiedad debido a... (Indicar enfermedad medica)
11. Trastorno de ansiedad inducido por sustancias
12. Trastorno de ansiedad no generalizada

Según el CIE 10 (1992)

1. Trastorno de ansiedad fóbica
2. Agorafobia
3. Trastornos de ansiedad social
4. Fobias específicas
5. Otros trastornos de ansiedad
6. Trastorno de pánico
7. Trastorno de ansiedad generalizada
8. Trastorno mixto ansioso – depresivo
9. Trastorno de ansiedad
10. Otros trastornos de ansiedad
11. Trastorno obsesivo compulsivo
12. Reacciones estrés grave y trastornos de adaptación
13. Trastornos disociativos
14. Trastornos somatomorfos
15. Otros trastornos neuróticos

Depresión

Para los hipocráticos de los siglos V y VI a.C., la depresión se denominaba melancolía y fue entendido como aversión a la comida, desesperación, insomnio, irritabilidad e intranquilidad, a lo que se sumaba un ánimo triste característico. En la literatura de entonces, a esta tristeza se le añadió otro síntoma: el miedo, de forma que el significado era una asociación entre estas dos pasiones (tristeza y miedo). La introducción del criterio temporal de cronicidad se produce cuando se asume que la melancolía precisaba de una perturbación emocional prolongada (Jackson, 1986, Citado en: Uribe, 2015).

La tristeza y la melancolía son dos sentimientos presentes en algún momento de la vida de todas las personas, al igual que la alegría y el placer. Los dos primeros no son en sí patológicos, pero en algunas ocasiones pueden llegar a serlo para ciertas personas. Cuando el estado de ánimo de un individuo en un determinado momento de su vida sufre sentimientos severos y prolongados de tristeza o síntomas relacionados que afectan a su capacidad para relacionarse con otros, trabajar o afrontar el día, la tristeza se convierte en una enfermedad, que se conoce como depresión (Chaj, 2013).

Según Perales (2013), la depresión se expresa como un estado de ánimo triste, pérdida de interés, anhedonia, sentimientos de culpabilidad, baja autoestima, trastornos del sueño y del apetito, baja energía, falta de concentración, etc. Estos problemas pueden convertirse en crónicos o recurrentes, y conducir a una disminución sustancial de la capacidad de la persona para hacerse cargo de sus responsabilidades cotidianas.

El trastorno depresivo es una enfermedad que afecta el cuerpo (cerebro), el ánimo, y la manera de pensar. Afecta los hábitos de sueño y alimentación, también la autoestima y la forma de pensar de la persona.

Un trastorno depresivo no es lo mismo que un estado pasajero de tristeza. No indica debilidad personal. No es una condición de la cual uno puede liberarse a voluntad. Las personas no pueden decir simplemente "ya basta, me voy a poner bien". Los síntomas pueden durar semanas, meses e incluso años. Sin embargo, la mayoría de personas mejoran con un tratamiento adecuado. La gravedad y la persistencia de los síntomas varían de paciente a paciente (Recinos, 2002).

La depresión, en su sentido más común y más popular, es un síntoma anímico, aunque también puede ser un síndrome, es decir, un conjunto de síntomas aunados al del bajo estado de ánimo; los típicos síntomas acompañantes son insomnio, falta de apetito, pérdida de peso, etcétera; y en su sentido más restrictivo, "lo que entendemos como trastorno depresivo no es sólo un síndrome depresivo sino un cuadro clínico completo con una duración determinada, con un patrón de síntomas exigibles para su diagnóstico". Según la teoría de Beck, la depresión se caracteriza fundamentalmente por la existencia de errores cognitivos que conducen al individuo deprimido a percibir e interpretar la realidad de una manera negativa. Es decir, en términos del paradigma del procesamiento de información, la depresión se caracterizaría por un procesamiento distorsionado negativamente de la información (Ortiz, 1997, en Serrano et al, 2013).

La depresión afecta el cuerpo, el ánimo y los pensamientos. Puede afectar la manera en que te sientes sobre ti mismo y sobre los demás. Si no se somete a tratamiento, puede afectar el trabajo, la familia, los hábitos del comer, el dormir y la vida en general. No es posible ignorar la depresión y pensar que desaparecerá con el tiempo. Los síntomas pueden empeorar. Es importante buscar tratamiento, ya que la mayoría de las personas afectadas pueden seguir una vida plena una vez que inician el tratamiento. Quien sufra de depresión tiene sentimientos de desesperanza y

desesperación que pueden llegar a obstaculizarle muchos aspectos de la vida y afectarle actividades de las que antes disfrutaba. La depresión puede ocurrir una vez en la vida de las personas aunque es común que ocurra varias veces (Posada et al, 2004).

Entre los más comunes se encuentran (Recinos, 2002):

- Estado de ánimo triste, ansioso o “vació” en forma persistente.
- Sentimientos de desesperanza y pesimismo.
- Sentimientos de culpa, inutilidad y desamparo.
- Pérdida de interés o placer en pasatiempos y actividades que antes se disfrutaban, incluyendo la actividad sexual.
- Disminución de energía, fatiga, agotamiento, sensación de estar "en cámara lenta.
- Dificultad para concentrarse, recordar y tomar decisiones.
- Insomnio, despertarse más temprano o dormir más de la cuenta.
- Pérdida de peso, apetito o ambos, o por el contrario comer más de la cuenta y aumento de peso.
- Pensamientos de muerte o suicidio; intentos de suicidio.
- Inquietud, irritabilidad.
- Síntomas físicos persistentes que no responden al tratamiento médico, como dolores de cabeza, trastornos digestivos y otros dolores crónicos.

Síntomas de Manía

- Euforia anormal o excesiva.
- Irritabilidad inusual.
- Disminución de la necesidad de dormir.
- Ideas de grandeza.
- Conversación excesiva.

- Pensamientos acelerados.
- Aumento del deseo sexual.
- Energía excesivamente incrementada.
- Falta de juicio.
- Comportarse en forma inapropiada en situaciones sociales.

Existen varios tipos de trastornos depresivos. Los tres más comunes son: depresión severa, la distimia y el trastorno bipolar.

- Depresión severa. Se manifiesta por una combinación de síntomas que interfieren con la capacidad para trabajar, estudiar, dormir, comer y disfrutar de actividades que antes eran placenteras. Un episodio de depresión muy incapacitante puede ocurrir sólo una vez, pero por lo general ocurre varias veces en el curso de la vida.
- Distimia. Es un tipo de depresión menos grave, incluye síntomas crónicos (a largo plazo) que no son tan incapacitantes, pero sin embargo interfieren con el funcionamiento y el bienestar de la persona. Las personas con distimia padecen de episodios depresivos severos en algún momento de su vida.
- Trastorno bipolar. Llamado también enfermedad maníaco- depresiva, el cual no es tan frecuente como los otros. Este se caracteriza por cambios cíclicos en el estado de ánimo: fases de ánimo elevado o eufórico (manía) y fases de ánimo bajo (depresión). Los cambios de estado de ánimo pueden ser dramáticos y rápidos, pero más a menudo son graduales. Cuando una persona está en la fase depresiva del ciclo, el número de síntomas puede variar. En la fase maníaca, la persona puede estar hiperactiva, hablar excesivamente y tener una gran cantidad de energía. Ya que la manía afecta la manera de pensar, el juicio y el comportamiento, Puede causar graves problemas y situaciones embarazosas. Por ejemplo, en la fase maníaca la persona puede sentirse feliz o eufórica, tener proyectos grandiosos, tomar decisiones

de negocios descabelladas, e involucrarse en aventuras o fantasías románticas. Si la manía no se trata puede empeorar y convertirse en un estado sicótico (el paciente pierde temporalmente la razón). Este tipo de depresión tiende a afectar miembros de la misma familia, lo cual sugeriría que se puede tener predisposición biológica para padecer de esta enfermedad (Serrano, et al, 2013).

Clasificación de la depresión según el CIE 10: Criterios de la OMS

1. F32 Episodios depresivos.
2. F32.0 Episodio depresivo leve. Pautas para el diagnóstico:

Ánimo depresivo, la pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, y el aumento de la fatigabilidad suelen considerarse como los síntomas más típicos de la depresión, y al menos dos de estos tres deben estar presentes para hacer un diagnóstico definitivo. Ninguno de los síntomas debe estar presente en un grado intenso. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.

Un enfermo con un episodio depresivo leve, suele encontrarse afectado por los síntomas y tiene alguna dificultad para llevar a cabo su actividad laboral y social, aunque es probable que no las deje por completo. Se puede utilizar un quinto carácter para especificar la presencia de síntomas somáticos:

3. F32.00 Sin síndrome somático: Se satisfacen totalmente las pautas de episodio depresivo leve y están presentes pocos síndrome somático o ninguno.
4. F32.01 Con síndrome somático: Se satisfacen las pautas de episodio depresivo leve y también están presentes cuatro o más de los síndromes somáticos (si están presentes sólo dos o tres, pero son de una gravedad excepcional, puede estar justificado utilizar esta categoría).

F32.1 Episodio depresivo moderado. Pautas para el diagnóstico:

Deben estar presentes al menos dos de los tres síntomas más típicos descritos para episodio depresivo leve (F32.0) así como al menos tres (y preferiblemente cuatro) de los demás síntomas. Es probable que varios de los síntomas se presenten en grado intenso, aunque esto no es esencial si son muchos los síntomas presentes. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.

Un enfermo con un episodio depresivo moderado suele tener grandes dificultades para poder continuar desarrollando su actividad social, laboral o doméstica. Se puede utilizar un quinto carácter para especificar la presencia de síndrome somático:

5. F32.10 Sin síndrome somático: Se satisfacen totalmente las pautas de episodio depresivo moderado y no están presentes síndromes somáticos.
6. F32.11 Con síndrome somático: Se satisfacen totalmente las pautas de episodio depresivo moderado y están también presentes cuatro o más de los síndromes somáticos (si están presentes sólo dos o tres pero son de una gravedad excepcional, puede estar justificado utilizar esta categoría).
7. F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos: Durante un episodio depresivo grave, el enfermo suele presentar una considerable angustia o agitación, a menos que la inhibición sea una característica marcada. Es probable que la pérdida de estimación de sí mismo, los sentimientos de inutilidad o de culpa sean importantes, y el riesgo de suicidio es importante en los casos particularmente graves. Se presupone que los síntomas somáticos están presentes casi siempre durante un episodio depresivo grave.

Pautas para el diagnóstico: Deben estar presentes los tres síntomas típicos del episodio depresivo leve y moderado, y además por lo menos cuatro de los demás síntomas, los cuales deben ser de intensidad grave. Sin embargo, si están presentes

síntomas importantes como la agitación o la inhibición psicomotrices, el enfermo puede estar poco dispuesto o ser incapaz de describir muchos síntomas con detalle. En estos casos está justificada una evaluación global de la gravedad del episodio. El episodio depresivo debe durar normalmente al menos dos semanas, pero si los síntomas son particularmente graves y de inicio muy rápido puede estar justificado hacer el diagnóstico con una duración menor de dos semanas.

Durante un episodio depresivo grave no es probable que el enfermo sea capaz de continuar con su actividad laboral, social o doméstica más allá de un grado muy limitado. Incluye:

- Episodios depresivos aislados de depresión agitada.
- Melancolía
- Depresión vital sin síntomas psicóticos.

8. F32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos: Episodio depresivo grave que satisface las pautas establecidas en F32.2, y en el cual están presentes además ideas delirantes, alucinaciones o estupor depresivo. Las ideas delirantes suelen incluir temas de pecado, de ruina o de catástrofes inminentes de los que el enfermo se siente responsable. Las alucinaciones auditivas u olfatorias suelen ser en forma de voces difamatorias o acusatorias o de olores a podrido o carne en descomposición. La inhibición psicomotriz grave puede progresar hasta el estupor. Las alucinaciones o ideas delirantes pueden especificarse como congruentes o no congruentes con el estado de ánimo Incluye: Episodios aislados de:

- Depresión mayor con síntomas psicóticos.
- Depresión psicótica.
- Psicosis depresiva psicógena.
- Psicosis depresiva reactiva.

9. F32.8 Otros episodios depresivos: Episodios que no reúnan las características de los episodios depresivos señalados en F32.0-F32.3, pero que por la impresión diagnóstica de conjunto indican que son de naturaleza depresiva. Por ejemplo, mezclas fluctuantes de síntomas depresivos (especialmente de la variedad somática) con otros; síntomas como tensión, preocupación, malestar o mezclas de síntomas depresivos somáticos con dolor persistente o cansancio no debido a causas orgánicas (como los que se observan en ocasiones en los servicios de interconsulta de hospitales generales). Incluye:

- Depresión atípica.
- Episodios aislados de depresión "enmascarada" sin especificación.

La depresión es más común en mujeres que en hombres. Hay factores biológicos, de ciclo de vida, hormonales, y psicosociales que son únicos de la mujer, que pueden ser relacionados con que las tasas de depresión sean más elevadas entre las mujeres. Investigadores han demostrado que las hormonas afectan directamente las sustancias químicas del cerebro que regulan las emociones y los estados de ánimo. Por ejemplo, las mujeres son particularmente vulnerables a la depresión luego de dar a luz, cuando los cambios hormonales y físicos junto con la nueva responsabilidad por el recién nacido, pueden resultar muy pesados. Muchas mujeres que acaban de dar a luz padecen un episodio breve de tristeza transitoria, pero algunas sufren de depresión posparto, una enfermedad mucho más grave que requiere un tratamiento activo y apoyo emocional para la nueva madre. Algunos estudios sugieren que las mujeres que padecen depresión posparto, a menudo han padecido previos episodios de depresión (Rojas, 2009).

Algunas de las causas comunes de la depresión puede ser hereditaria, se transmite genéticamente de padres a hijos; también el alcoholismo, drogadicción, enfermedades crónicas como cáncer, dolor prolongado, maltrato intrafamiliar,

problemas sentimentales, hipotiroidismo, pocas oportunidades laborales, situación económica, entre otras. Como se dijo anteriormente no existe una causa definida o de tipo biológico que genere depresión solo hace falta tener un problema o dificultad en cualquier contexto en el que se desenvuelva el ser humano para dar inicio a esta enfermedad y empezar a experimentar cualquiera de los síntomas por un tiempo determinado, lo recomendable es tener adecuados métodos de afrontamiento a diversas situaciones o factores estresantes ya que la exposición a dichos factores no diferencia edad, sexo, condición socio – laboral o económica (Uribe, 2015).

Disfunción Social

Para hablar de disfunción social debemos enfocarnos básicamente en la sociedad y/o entorno, hay muchos autores que en sus teorías orientándonos más hacia la sociología, nos direccionan a un problema de adaptación, de compatibilidad, y ante todo de no diferir entre valores y prácticas de algunas costumbres inmersas en un contexto determinado.

El ser humano por naturaleza tiene de manera particular su forma de ser, pensar y actuar, los cuales están mediados por factores como pautas de crianza, entorno en el cual crece y se desarrolla, (por ejemplo; es diferente tener una infancia en una villa o comuna con estrato social bajo donde se suele observar hábitos de vida no saludables como consumo de sustancias psicoactivas, actos delictivos, problemas de maltrato intrafamiliar pueden ser o no ajenos a violaciones entre otros, a crecer en un lugar tranquilo, con acompañamiento y supervisión permanente de alguien responsable, y con oportunidades de desarrollo personal), estas conductas o comportamientos no son aceptadas y/compartidas en ciertos contextos , se parte de ahí para decir que cuando se actúa de alguna manera debe ser razonada para que esta no altere una adecuada adaptación a cualquier entorno, (Posada et al, 2004).

Los trastornos adaptativos o trastornos de adaptación aparecieron por primera vez en la 3ra edición del Manual Diagnóstico Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-III) y después aparecieron en la Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD-9). Esta inclusión supuso el reconocimiento de que algunos individuos pueden desarrollar síntomas psicológicos o exhibir comportamientos que ocurren en un corto espacio de tiempo como respuesta a distintos eventos estresantes. Las consecuencias también se manifiestan por deterioro funcional (social u ocupacional), y los síntomas psicológicos más comunes son depresión o ansiedad, (SNS, 2008).

El DSM-IV define los trastornos adaptativos como: “síntomas emocionales o comportamentales en respuesta a un estresor identificable que tiene lugar dentro de los tres meses siguientes a la presencia de la situación que provoca estrés. Estos síntomas o comportamientos son clínicamente significativos como se evidencia por un malestar superior de lo que cabría esperar por el factor estresante o por un deterioro significativo de la actividad social o laboral (o académica)”. La definición excluye el diagnóstico de este trastorno si existe otra patología que puede estar causando los síntomas. El trastorno de adaptación puede clasificarse como agudo o crónico. Dentro de dentro de cada forma existen distintos tipos, como el ansioso o el depresivo, (SNS, 2008).

Subtipos de los trastornos de adaptación

Existen distintos subtipos caracterizados por los síntomas que presentan los pacientes con esta psicopatología.

- Subtipo depresivo: Existe un predominio de los síntomas característicos de un bajo estado ánimo, como llanto o desesperanza.
- Subtipo ansioso: Caracterizado por síntomas asociados a la ansiedad: nerviosismo, irritabilidad, etc.

- Subtipo mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo: Los individuos presentan síntomas de los subtipos anteriores.
- Con trastorno del comportamiento: Existe una alteración del comportamiento, en el que se violan los derechos de los demás o de las normas y reglas sociales, características de la edad.
- Con alteración mixta de las emociones y el comportamiento: Existen alteraciones emocionales y del comportamiento.
- No especificado: Reacciones desadaptativas a estresores que no son clasificables en los otros subtipos

Las investigaciones nos indican también que la disfunción social genera daños en la personalidad, así como también la relaciona con algunos síntomas como: Angustia, Ansiedad y Tristeza (como ya revisamos anteriormente la tristeza puede ser un indicador de Depresión de acuerdo a la intensidad y/o duración y otros factores sumados a esta los cuales pueden ser vistos en el trascurso de lectura de marco teórico), así como también pérdida de la autoestima y somatización (Castro 2011). Por lo anterior se entiende que todo está en relación, es como un ciclo al cual corresponde un signo o síntomas para generar algo grave o crónico, Por lo tanto la relación existente entre Ansiedad, Depresión, Síntomas Somáticos y disfunción social es como un cuerda que hay que romper o eliminar, solo que para tratar por lo menos de disminuirlo hay que empezar por identificar factores asociados.

CAPÍTULO III
METODOLOGÍA

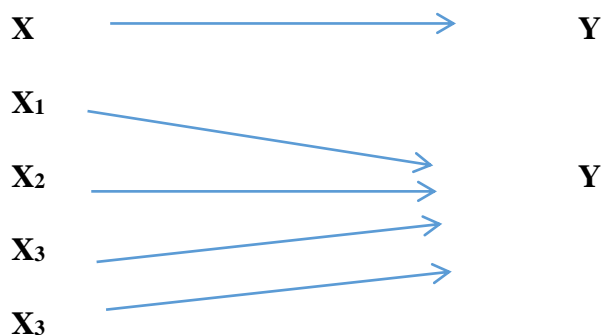
Tipo y diseño de estudio

El estudio es descriptivo, asociativo. Es de tipo descriptivo, porque describe la variable factores predisponentes de la salud mental. Es asociativo, porque se verificará el nivel de asociación de las variables referidas.

Diseño de investigación

El presente trabajo tiene un diseño de investigación no experimental de corte transversal, porque se recabarán datos en un solo momento y por única vez.

Diseño de la Investigación:



Donde:

X: factores predisponentes relacionados a la Salud Mental.

Y: Salud Mental

X1, X2, X3, y X4: (Factores predisponentes)

Población y muestra

La población de estudio serán los pacientes de salud mental ubicados en el Gran Cumbal de Nariño, Colombia, de todas las edades. Cumbal es un municipio que se encuentra al sur occidente de Colombia en el departamento de Nariño. El Municipio de Cumbal se encuentra localizado a 120 km al suroccidente de la capital del Departamento. Con **límites: norte** con Ricaurte y Mallama; sur con la República del Ecuador y Ricaurte; oriente con Guachucal y Cuaspud; occidente con la República del Ecuador y Ricaurte. Tiene un clima promedio de 11 °C y altitudes entre los 4764m (Cima del volcán Cumbal) y 1800m (Mayasquer, oriente del municipio). La entidad prestadora se halla en el mismo Cumbal

Tamaño de la muestra

Para seleccionar la muestra se utilizó el método no aleatorio, no probabilística por motivo circunstancial, sociocultural de la población propia de la comunidad indígena; además por evitar los prejuicios que podría conllevar un diseño muestral probabilístico. En cuanto al número de muestra fue censal la totalidad de pacientes.

Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión

1. Población indígena Gran Cumbal del departamento de Nariño
2. Población de toda edad.
3. Población dispuesta a participar voluntariamente previa firma del consentimiento informado

Criterios de exclusion

1. Población no indígena
2. Población que no está dispuesta a participar voluntariamente.

Consideraciones éticas

La encuesta fue aplicada a quienes voluntariamente aceptaron participar de acuerdo con la información suministrada por el encuestador. Para ello los participantes firmaron el documento de consentimiento informado luego de su lectura y comprensión. Además se tuvo en cuenta los requerimientos específicos de la comunidad indígena del Gran Cumbal. Respeto a las creencias y a las costumbres de los participantes; y no maleficencia, al no realizar ninguna intervención que les cause daño.

Diseño y operacionalización de variables

La investigación queda limitada al estudio de dos variables.

1. La variable predictora: Factores predisponentes.
2. La variable criterio: Salud Mental

La primera variable abarca cuatro dimensiones. Por su parte, la segunda variable tiene una dimensión.

Tabla 1. Operacionalización de las variables independiente y dependiente.

Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Indicadores	Definición instrumental
Estado de la Salud Mental	Estado de bienestar donde la personas tiene juicio de las capacidades que posee, por ende puede enfrentarse a cualquier situación que se presente en el diario vivir, así mismo puede desempeñarse en el campo laboral, logrando ser productivo, y aportando favorablemente a la comunidad a la cual pertenece	Síntomas somáticos	Percepción de la persona referente a su salud en los últimos días.	Cuestionario de Salud General de Goldberg - GHQ28
		Ansiedad e insomnio	Alteraciones de sueño relacionadas a tensión, preocupaciones etc.	
		Disfunción social	Satisfacción al realizar actividades.	
		Depresión grave	Autoestima, ideación suicida, desesperanza.	
Factores predisponentes	Nos referimos a aspectos determinantes en el nivel de la calidad a lo largo de la vida de una persona, enfatizándonos más en el adulto mayor.	Edad	Años	
		Genero	Masculino o femenino	
		Nivel educativo	Grado de escolaridad	
		Ingresos y egresos	Salario mensual y coto de la canasta familiar	
		Personas con quien vive	Personas quienes permanecen en casa	
		Estado civil	Soltero, casado, viudo, separado, unión libre	
		Lugar de residencia	Zona rural/vereda Urbana/ Barrio	
		Medios de transporte	Publico, particular, otros	

Instrumento de recolección de datos

Elaboración del instrumento

El instrumento que se utilizó para el desarrollo de la investigación es de Cuestionario de Salud General de Goldberg - GHQ28, al cual se le agregó algunos datos generales necesarios como son los factores socioeconómicos y demográficos entre los que incluye: edad, género, estado civil, nivel de escolaridad, ingresos y egresos, personas con quien vive, lugar de residencia, medios de transporte entre otras. El cuestionario de evaluación se validó mediante juicio de expertos y una prueba piloto la cual nos permitió hacer reajustes.

Tabla 2. Nivel de confiabilidad del instrumento: Estado de salud mental

Confiabilidad del instrumento		Estado de salud mental	
		N	%
Casos	Válidos	120	100.0
	Excluidos(a)	0	0
	Total	120	100.0
	Nº de elementos	28	100.0
Estadísticos de fiabilidad Alfa de Cronbach		,753	

a. Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

El coeficiente Alfa de Cronbach es de 0.753 lo cual permite decir que el instrumento empleado en la prueba piloto para medir el estado de salud mental, es considerable. A la misma vez se determinó la validez estadística de cada ítem por el mismo procedimiento de Alfa de Cronbach aplicando el comando “si se elimina el elemento”.

Tabla 3. Estadísticas de total de confiabilidad, si se elimina el elemento

	Estadísticas de total de elemento			
	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
A.1. ¿Se ha sentido perfectamente bien de salud y en plena forma?	25,67	10,003	,445	,754
A.2. ¿Ha tenido la sensación de que necesitaba reconstituyente?	26,24	10,790	,422	,760
A.3. ¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas para nada?	26,06	10,476	,320	,764
A.4. ¿Ha tenido sensación de que estaba enfermo?	28,63	11,058	-,015	,734
A.5. ¿Ha padecido dolores de cabeza?	28,63	11,058	-,107	,734

A.6. ¿Ha tenido sensación de opresión en la cabeza, o de que la cabeza le va a estallar?	26,15	11,355	,041	,781
A.7. ¿Ha tenido oleadas de calor o escalofríos?	26,02	9,748	,557	,745
B.1. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?	25,71	8,679	,666	,731
B.2. ¿Ha tenido dificultades para seguir durmiendo de un tirón toda la noche?	26,04	9,318	,679	,734
B.3. ¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión?	26,23	11,004	,325	,765
B.4. ¿Se ha sentido con los nervios a flor de piel y malhumorado?	26,20	10,800	,324	,764
B.5. ¿Se ha asustado o ha tenido pánico sin motivo?	26,07	10,389	,385	,759
B.6. ¿Ha tenido sensación de que todo se le viene encima?	26,12	10,245	,465	,754
B.7. ¿Se ha notado nervioso y "a punto de explotar" constantemente?	26,27	11,273	,249	,769
C.1. Se las ha arreglado para mantenerse ocupado y activo?	25,97	9,823	,505	,749
C.2. ¿Le cuesta más tiempo hacer las cosas?	30,04	11,267	-,315	,715
C.3. ¿Ha tenido la impresión, en conjunto, de que está haciendo las cosas bien?	25,82	9,910	,458	,753
C.4. ¿Se ha sentido satisfecho con su manera de hacer las cosas?	25,92	11,001	,113	,781
C.5. ¿Ha sentido que está desempeñando un papel útil en la vida?	28,63	11,058	-,145	,734
C.6. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?	26,03	11,167	,079	,782
C.7. ¿Ha sido capaz de disfrutar de sus actividades normales de cada día?	28,71	11,788	-,226	,752
D.1. Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?	26,28	11,394	,177	,771
D.2. ¿Ha estado viviendo la vida totalmente sin esperanza?	26,30	11,607	,000	,774
D.3. ¿Ha tenido el sentimiento de que la vida no merece la pena vivirse?	26,30	11,607	,000	,774
D.4. ¿Ha pensado en la posibilidad de "quitarse de en medio"?	26,29	11,368	,374	,769
D.5. ¿Ha notado que a veces no puede hacer nada porque tiene los nervios desquiciados?	26,30	11,607	,000	,774
D.6. ¿Ha notado que desea estar muerto y lejos de todo?	26,30	11,607	,000	,774
D.7. ¿Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repentinamente a la cabeza?	26,30	11,607	,000	,774

En este cuadro de validez ítem por ítem en relación con el nivel de coeficiente alfa; se observa que los ítems A.4 (-,015), A.5 (-,107), C.2. (-,315), C.5. (-,145), C.7. (-,226) generan una correlación negativa, lo que significa que no están midiendo lo mismo que el

instrumento. Sin embargo, se decidió no eliminar el ítem por considerarlo necesario para el instrumento.

Procedimiento para la recolección de datos

Para la recolección de la información se dieron los siguientes pasos:

Autorización. Se firmó el consentimiento informado por los participantes, después de explicarles los objetivos del estudio.

Tiempo. La recolección de la información se realizó durante los meses de febrero a marzo del 2016.

Recursos. Se contó con el apoyo de profesionales de la Salud de esta comunidad, con previa capacitación para el diligenciamiento del instrumento. Se gestionó recursos financieros para cubrir los gastos de papelería, incentivos, pasajes, viáticos, equipos e instrumentos.

Plan de tabulación y análisis de los datos

Los datos recolectados se procesaron mediante el paquete estadístico computacional Statistical Package of the Social Sciences (SPSS), versión 22. Las técnicas estadísticas utilizadas para analizar los datos correspondientes a los objetivos de la investigación son descriptivas e inferenciales. Se aplicó medidas de tendencia central y de variación. Para la verificación de la relación entre variables, se utilizó la prueba Chi Cuadrado (χ^2), para el análisis de la asociación. Los resultados obtenidos se interpretaron de acuerdo con los objetivos del estudio, los mismos que son expuestos mediante tablas y figuras.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

Análisis descriptivo

En la tabla 4, se observa que el 35.0% de los pacientes de la institución prestadora de servicios indígena del Gran Cumbal- Colombia tienen de 30 a 39 años. Mientras que el 2.5% son menores de 20 años y mayores de 50 años respectivamente.

Tabla 4. *Edad de los encuestados*

	Frecuencia	Porcentaje
Menor de 20 años	3	2.5
De 20 a 29 años	36	30.0
De 30 a 39 años	42	35.0
De 40 a 49 años	22	18.3
De 50 a 59 años	14	11.7
Mayor de 50 años	3	2.5
Total	120	100.0

En la tabla 5, se observa que el 57.5% de los pacientes de la institución prestadora de servicios indígena del Gran Cumbal- Colombia son del sexo femenino. Mientras que el 42.5% del sexo masculino.

Tabla 5. *Género de los encuestados*

	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	51	42.5
Femenino	69	57.5
Total	120	100.0

En la tabla 6, se observa que el 49.2% de los pacientes de la institución prestadora de servicios indígena del Gran Cumbal- Colombia tienen educación secundaria. Mientras que el 6.7% solo educación superior.

Tabla 6. *Escolaridad de los encuestados*

	Frecuencia	Porcentaje
Primaria	53	44.2
Secundaria	59	49.2
Superior	8	6.7
Total	120	100.0

En la tabla 7, se observa que el 65.8% de los pacientes de la institución prestadora de servicios indígena del Gran Cumbal- Colombia viven con su conyugue. Mientras que el 2.5% viven con sus hijos.

Tabla 7. *Frecuencia de convivencia de los encuestados*

	Frecuencia	Porcentaje
Conyugue	79	65.8
Hijos	3	2.5
Padres	38	31.7
Total	120	100.0

En la tabla 8, se observa que el 88.3% de los pacientes de la institución prestadora de servicios indígena del Gran Cumbal- Colombia no tienen trabajo fijo. Mientras que el 11.7% si tienen trabajo fijo.

Tabla 8. *Frecuencia de trabajo fijo de los encuestados*

	Frecuencia	Porcentaje
Si	14	11.7
No	106	88.3
Total	120	100.0

En la tabla 9, se observa que el 15.0% de los pacientes de la institución prestadora de servicios indígena del Gran Cumbal- Colombia tiene un ingreso de S/0.00, S/300.00 y S/500.00 respectivamente. Mientras que el 0.8% tiene un ingreso de S/70.00, S/80.00, S/450.00, S/480.00, S/550.00, S/660.00, S/689.00, S/850.00 y S/900.00, respectivamente.

Tabla 9. *Frecuencia de ingresos de los encuestados*

	Frecuencia	Porcentaje
,00	18	15.0
70,00	1	.8
80,00	1	.8
100,00	9	7.5
150,00	4	3.3
200,00	14	11.7
300,00	18	15.0
350,00	4	3.3
400,00	7	5.8
450,00	1	.8
480,00	1	.8
500,00	18	15.0
550,00	1	.8
600,00	6	5.0
650,00	2	1.7
660,00	1	.8
680,00	6	5.0
689,00	1	.8
700,00	3	2.5
800,00	2	1.7
850,00	1	.8
900,00	1	.8
Total	120	100.0

En la tabla 10, se observa que el 15.8% de los pacientes de la institución prestadora de servicios indígena del Gran Cumbal - Colombia tienen S/0.00 de egresos. Mientras que el 0.8% tiene un egreso de S/7.00, S/12.00, S/20.00, S/70.00, S/250.00, S/320.00, S/600.00 y S/700.00 respectivamente.

Tabla 10. *Frecuencia de egresos de los encuestados*

	Frecuencia	Porcentaje
,00	19	15.8
7,00	1	.8
12,00	1	.8
20,00	1	.8
30,00	2	1.7
50,00	17	14.2
70,00	1	.8
100,00	17	14.2
120,00	2	1.7
150,00	3	2.5
200,00	17	14.2
250,00	1	.8
300,00	14	11.7
320,00	1	.8
350,00	5	4.2
400,00	10	8.3
450,00	2	1.7
500,00	2	1.7
550,00	2	1.7
600,00	1	.8
700,00	1	.8
Total	120	100.0

En la tabla 11, se observa que el 100.0% de los pacientes de la institución prestadora de servicios indígena del Gran Cumbal - Colombia se encuentran afiliados.

Tabla 11. *Frecuencia de afiliación de los encuestados*

	Frecuencia	Porcentaje
Si	120	100.0

En la tabla 12, se observa que el 52.5% de los pacientes de la institución prestadora de servicios indígena del Gran Cumbal - Colombia residen en zona rural. Mientras que el 47.5% en zona urbana.

Tabla 12. *Zona de residencia de los encuestados*

	Frecuencia	Porcentaje
Rural	63	52.5
Urbano	57	47.5
Total	120	100.0

En la tabla 13, se observa que el 63.3% de los pacientes de la institución prestadora de servicios indígena del Gran Cumbal - Colombia viven en casa de sus padres. Mientras que el 1.7% en vivienda arrendada.

Tabla 13. *Condición de vivienda de los encuestados*

	Frecuencia	Porcentaje
Padres	76	63.3
Propia	42	35.0
Arrendada	2	1.7
Total	120	100.0

En la tabla 14, se observa que el 75.8% de los pacientes de la institución prestadora de servicios indígena del Gran Cumbal - Colombia camina. Mientras que el 5.0% tienen como medio de transporte la bicicleta.

Tabla 14. *Medio de transporte de los encuestados*

	Frecuencia	Porcentaje
Bicicleta	6	5.0
Camina	91	75.8
Carro	8	6.7
Motocicleta	15	12.5
Total	120	100.0

En la tabla 15, se observa que el 96.7% de los pacientes de la institución prestadora de servicios indígena del Gran Cumbal - Colombia tiene un nivel bajo en síntomas somáticos.

Mientras que el 0.8% un nivel medio.

Tabla 15. *Nivel de síntomas somáticos de los encuestados*

	Frecuencia	Porcentaje
No presenta el problema	3	2.5
Nivel bajo	116	96.7
Nivel medio	1	.8
Total	120	100.0

En la tabla 16, se observa que el 57.5% de los pacientes de la institución prestadora de servicios indígena del Gran Cumbal - Colombia tiene un nivel bajo en ansiedad e insomnio.

Mientras que el 0.8% un nivel medio.

Tabla 16. *Nivel de ansiedad e insomnio de los encuestados*

	Frecuencia	Porcentaje
No presenta el problema	50	41.7
Nivel bajo	69	57.5
Nivel medio	1	.8
Total	120	100.0

En la tabla 17, se observa que el 98.3% de los pacientes de la institución prestadora de servicios indígena del Gran Cumbal - Colombia tiene un nivel bajo en disfunción social.

Mientras que el 0.8% un nivel medio.

Tabla 17. *Nivel de disfunción social de los encuestados*

	Frecuencia	Porcentaje
No presenta el problema	1	.8
Nivel bajo	118	98.3
Nivel medio	1	.8
Total	120	100.0

En la tabla 18, se observa que el 97.5% de los pacientes de la institución prestadora de servicios indígena del Gran Cumbal - Colombia tiene no presenta el problema en depresión grave. Mientras que el 2.5% presenta en nivel bajo.

Tabla 18. *Nivel de depresión grave de los encuestados*

	Frecuencia	Porcentaje
No presenta el problema	117	97.5
Nivel bajo	3	2.5
Total	120	100.0

En la tabla 19, se observa que el 42.5% de los pacientes de la institución prestadora de servicios indígena del Gran Cumbal - Colombia tiene presenta el problema de salud mental en un nivel bajo. Mientras que el 20% presenta en nivel moderado.

Tabla 19. *Estado de salud mental de los encuestados*

	Frecuencia	Porcentaje
No presenta el problema	45	37,5
Nivel bajo	51	42,5
Nivel moderado	24	20,0
Total	120	100,0

Análisis inferencial

Hipótesis general

Ho: No existe relación significativa de los factores predisponentes con el estado de salud mental de los pacientes de la Institución Prestadora de Servicios de Salud Indígena del Gran Cumbal: Nariños, Colombia, 2016.

Ha: existe relación significativa de los factores predisponentes con el estado de salud mental de los pacientes de la Institución Prestadora de Servicios de Salud Indígena del Gran Cumbal: Nariños, Colombia, 2016.

Regla de decisión

Si Valor $p > 0.05$, se acepta la Hipótesis Nula (H_0)

Si Valor $p < 0.05$, se rechaza la Hipótesis Nula (H_0). Y, se acepta H_a

En la tabla 20, en cuanto al factor económico en relación con el estado de salud mental, se observa que la mayoría de los encuestados que tiene un ingreso en promedio de 366.08 dólares mensuales tiene un nivel bajo de síntomas somáticos. Mientras que la menor proporción que tienen un ingreso en promedio de 307.92 dólares tienen un nivel moderado de salud mental. Por otro lado, la mayoría de los encuestados que tiene un egreso en promedio de 191.21 dólares mensuales tiene un nivel moderado de estado de salud mental. Mientras que la menor proporción que tienen un egreso en promedio de 166.67 dólares mensuales no presentan estado de salud mental. Es decir a mayor egreso mayor presencia del problema de salud mental. Ante este comportamiento el *Coefficiente* Chi-cuadrado = 169,330. $Gl = 42$. $Sig. = ,241$. Lo que confirma que no existe asociación entre las variables.

Tabla 20. Prueba de independencia del Chi cuadrado del factor económico con el estado de salud mental de los pacientes

	Estado de Salud Mental				Total
	No presenta el problema	Nivel bajo	Nivel moderado	Nivel alto	
	Media	Media	Media	Media	
ingresos	316,640	366,080	307,920	.	335,910
egresos	166,670	187,060	191,210	.	180,240

Coefficiente Chi-cuadrado = 169,330. $Gl = 42$. $Sig. = ,241^{**}$

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

En la tabla 21 se observa que la mayoría de los pacientes tienen un nivel bajo de salud mental: La mayoría de los pacientes encuestados que tienen un nivel bajo de síntomas somáticos tienen de 30 a 39 años en un 54.8%. El 45.1% es del género masculino. El 45.3% tiene educación primaria. El 50.6% vive con su conyugue. El 43.4% tiene trabajo fijo. El 50% usa carro como medio de transporte. El 49.2% vive en residencia urbana. Y el 46.1% vive en casa de sus pares.

Tabla 21. Factores sociodemográficos con el estado de salud mental de los pacientes

		Estado de Salud Mental									
		No presenta el problema		Nivel bajo		Nivel medio		Nivel alto		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Edad	Mayor de 50 años	0	0,0%	1	33,3%	2	66,7%	0	0,0%	3	100,0%
	De 50 a 59 años	9	64,3%	3	21,4%	2	14,3%	0	0,0%	14	100,0%
	De 40 a 49 años	6	27,3%	11	50,0%	5	22,7%	0	0,0%	22	100,0%
	De 30 a 39 años	13	31,0%	23	54,8%	6	14,3%	0	0,0%	42	100,0%
	De 20 a 29 años	16	44,4%	11	30,6%	9	25,0%	0	0,0%	36	100,0%
	Menor de 20 años	1	33,3%	2	66,7%	0	0,0%	0	0,0%	3	100,0%
	Total	45	37,5%	51	42,5%	24	20,0%	0	0,0%	120	100,0%
genero	Femenino	27	39,1%	28	40,6%	14	20,3%	0	0,0%	69	100,0%
	Masculino	18	35,3%	23	45,1%	10	19,6%	0	0,0%	51	100,0%
	Total	45	37,5%	51	42,5%	24	20,0%	0	0,0%	120	100,0%
escolaridad	Superior	2	25,0%	2	25,0%	4	50,0%	0	0,0%	8	100,0%
	Secundaria	25	42,4%	25	42,4%	9	15,3%	0	0,0%	59	100,0%
	Primaria	18	34,0%	24	45,3%	11	20,8%	0	0,0%	53	100,0%
	Total	45	37,5%	51	42,5%	24	20,0%	0	0,0%	120	100,0%
Con quien vive	Padres	18	47,4%	10	26,3%	10	26,3%	0	0,0%	38	100,0%
	Hijos	1	33,3%	1	33,3%	1	33,3%	0	0,0%	3	100,0%
	Conyugue	26	32,9%	40	50,6%	13	16,5%	0	0,0%	79	100,0%
	Total	45	37,5%	51	42,5%	24	20,0%	0	0,0%	120	100,0%
Trabajo fijo	No	40	37,7%	46	43,4%	20	18,9%	0	0,0%	106	100,0%
	Si	5	35,7%	5	35,7%	4	28,6%	0	0,0%	14	100,0%
	Total	45	37,5%	51	42,5%	24	20,0%	0	0,0%	120	100,0%
transporte	Motocicleta	7	46,7%	7	46,7%	1	6,7%	0	0,0%	15	100,0%
	Carro	4	50,0%	4	50,0%	0	0,0%	0	0,0%	8	100,0%
	Camina	33	36,3%	36	39,6%	22	24,2%	0	0,0%	91	100,0%
	Bicicleta	1	16,7%	4	66,7%	1	16,7%	0	0,0%	6	100,0%
	Total	45	37,5%	51	42,5%	24	20,0%	0	0,0%	120	100,0%
residencia	Urbano	27	47,4%	20	35,1%	10	17,5%	0	0,0%	57	100,0%
	Rural	18	28,6%	31	49,2%	14	22,2%	0	0,0%	63	100,0%
	Total	45	37,5%	51	42,5%	24	20,0%	0	0,0%	120	100,0%
vivienda	Arrendada	0	0,0%	1	50,0%	1	50,0%	0	0,0%	2	100,0%
	Propia	19	45,2%	15	35,7%	8	19,0%	0	0,0%	42	100,0%
	Padres	26	34,2%	35	46,1%	15	19,7%	0	0,0%	76	100,0%
	Total	45	37,5%	51	42,5%	24	20,0%	0	0,0%	120	100,0%

Por otro lado, en la tabla 22, se observa que ninguno de los factores sociodemográficos está asociado a la salud mental. Pues son factores independientes.

Por lo tanto no habiendo evidencias suficientes para rechazar la hipótesis nula se concluye que; No existe relación significativa de los factores predisponentes con el estado de salud mental de los pacientes de la Institución Prestadora de Servicios de Salud Indígena del Gran Cumbal: Nariños, Colombia, 2016.

Tabla 22. Prueba de independencia del Chi cuadrado de los factores sociodemográficos asociados al estado de salud mental de los pacientes

	Chi-cuadrado	gl	Sig.
Edad	15,607	10	,111
Genero	,263	2	,877
Escolaridad	5,837	4	,212
Con quien vive	6,596	4	,159
Trabajo fijo	,767	2	,681
Transporte	6,338	6	,386
Residencia	4,551	2	,103
Vivienda	3,269	4	,514

Hipótesis específica 1

Ho: No existe relación significativa de los factores predisponentes con los síntomas somáticos de los pacientes de la Institución Prestadora de Servicios de Salud Indígena del Gran Cumbal: Nariños, Colombia, 2016.

Ha: Existe relación significativa de los factores predisponentes con los síntomas somáticos de los pacientes de la Institución Prestadora de Servicios de Salud Indígena del Gran Cumbal: Nariños, Colombia, 2016.

Regla de decisión

Si Valor $p > 0.05$, se acepta la Hipótesis Nula (Ho)

Si Valor $p < 0.05$, se rechaza la Hipótesis Nula (Ho). Y, se acepta Ha

En la tabla 23, en cuanto al factor económico en relación con los síntomas somáticos, se observa que la mayoría de los encuestados que tiene un ingreso en promedio de 660

dólares mensuales tiene un nivel moderado de síntomas somáticos. Mientras que la menor proporción que tienen un ingreso en promedio de 266.67 dólares mensuales no presentan problemas somáticos. Es decir a mayor ingreso mayor presencia de síntomas somáticos. Por otro lado, la mayoría de los encuestados que tiene un egreso en promedio de 300 dólares mensuales tiene un nivel moderado de síntomas somáticos. Mientras que la menor proporción que tienen un egreso en promedio de 100 dólares mensuales no presentan problemas somáticos. Es decir a mayor egreso mayor presencia de síntomas somáticos. Ante este comportamiento el *Coeficiente Chi-cuadrado = 169,330. Gl = 42. Sig. = ,000*. Lo que confirma la asociación entre las variables.

Tabla 23. *Prueba de independencia del Chi cuadrado del factor económico con los síntomas somáticos de los pacientes*

		Síntomas somáticos				
	No presenta el problema	Nivel bajo	Nivel moderado	Nivel alto	Total	
	Media	Media	Media	Media	Media	
ingresos	256,67	335,16	660,00	.	335,91	
egresos	100,00	181,28	300,00	.	180,24	
<i>Coeficiente Chi-cuadrado = 169,330. Gl = 42. Sig. = ,000**</i>						

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

En la tabla 24 se observa que la mayoría de los pacientes tienen un nivel bajo de síntomas somáticos. La mayoría de los pacientes encuestados que tienen un nivel bajo de síntomas somáticos tienen de 20 a 29 años y mayor a 50 años respectivamente en un 100%. El 98.6% es del género femenino. El 98.3% tiene educación secundaria. El 100% vive con sus hijos. El 96.2% tiene trabajo fijo. El 96.7% camina como medio de transporte. El 98.2% vive en residencia urbana. Y el 98.7% vive en casa de sus pares.

Tabla 24. *Tabla de contingencia de factores sociodemográficos con síntomas somáticos de los pacientes*

		Síntomas somáticos									
		No presenta el problema		Nivel bajo		Nivel moderado		Nivel alto		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Edad	Mayor de 50 años	0	0,0%	3	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	3	100,0%
	De 50 a 59 años	1	7,1%	13	92,9%	0	0,0%	0	0,0%	14	100,0%
	De 40 a 49 años	0	0,0%	21	95,5%	1	4,5%	0	0,0%	22	100,0%
	De 30 a 39 años	1	2,4%	41	97,6%	0	0,0%	0	0,0%	42	100,0%
	De 20 a 29 años	0	0,0%	36	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	36	100,0%
	Menor de 20 años	1	33,3%	2	66,7%	0	0,0%	0	0,0%	3	100,0%
	Total	3	2,5%	116	96,7%	1	0,8%	0	0,0%	120	100,0%
Genero	Femenino	1	1,4%	68	98,6%	0	0,0%	0	0,0%	69	100,0%
	Masculino	2	3,9%	48	94,1%	1	2,0%	0	0,0%	51	100,0%
	Total	3	2,5%	116	96,7%	1	0,8%	0	0,0%	120	100,0%
Escolaridad	Superior	1	12,5%	6	75,0%	1	12,5%	0	0,0%	8	100,0%
	Secundaria	1	1,7%	58	98,3%	0	0,0%	0	0,0%	59	100,0%
	Primaria	1	1,9%	52	98,1%	0	0,0%	0	0,0%	53	100,0%
	Total	3	2,5%	116	96,7%	1	0,8%	0	0,0%	120	100,0%
Con quien vive	Padres	2	5,3%	35	92,1%	1	2,6%	0	0,0%	38	100,0%
	Hijos	0	0,0%	3	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	3	100,0%
	Conyugue	1	1,3%	78	98,7%	0	0,0%	0	0,0%	79	100,0%
	Total	3	2,5%	116	96,7%	1	0,8%	0	0,0%	120	100,0%
Trabajo fijo	No	3	2,8%	102	96,2%	1	0,9%	0	0,0%	106	100,0%
	Si	0	0,0%	14	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	14	100,0%
	Total	3	2,5%	116	96,7%	1	0,8%	0	0,0%	120	100,0%
Transporte	Motocicleta	0	0,0%	14	93,3%	1	6,7%	0	0,0%	15	100,0%
	Carro	0	0,0%	8	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	8	100,0%
	Camina	3	3,3%	88	96,7%	0	0,0%	0	0,0%	91	100,0%
	Bicicleta	0	0,0%	6	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	6	100,0%
	Total	3	2,5%	116	96,7%	1	0,8%	0	0,0%	120	100,0%
Residencia	Urbano	1	1,8%	56	98,2%	0	0,0%	0	0,0%	57	100,0%
	Rural	2	3,2%	60	95,2%	1	1,6%	0	0,0%	63	100,0%
	Total	3	2,5%	116	96,7%	1	0,8%	0	0,0%	120	100,0%
Vivienda	Arrendada	0	0,0%	2	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	100,0%
	Propia	2	4,8%	39	92,9%	1	2,4%	0	0,0%	42	100,0%
	Padres	1	1,3%	75	98,7%	0	0,0%	0	0,0%	76	100,0%
	Total	3	2,5%	116	96,7%	1	0,8%	0	0,0%	120	100,0%

Por otro lado, en la tabla 25, se observa que solo la edad y la escolaridad están asociadas a los síntomas somáticos. Más en los demás casos son independientes.

Por lo tanto no habiendo evidencias suficientes para rechazar la hipótesis nula se concluye que; Existe relación significativa de algunos factores predisponentes como edad y escolaridad con los síntomas somáticos de los pacientes de la Institución Prestadora de Servicios de Salud Indígena del Gran Cumbal: Nariños, Colombia, 2016.

Tabla 25. Prueba de independencia del Chi cuadrado de los factores sociodemográficos asociados a los síntomas somáticos de los pacientes

	Chi-cuadrado	gl	Sig.
Edad	18,950	10	,041
Genero	2,130	2	,345
Escolaridad	17,849	4	,001
Con quien vive	3,995	4	,407
Trabajo fijo	,547	2	,761
Transporte	7,989	6	,239
Residencia	1,174	2	,556
Vivienda	3,290	4	,510

Hipótesis específica 2

Ho: No existe relación significativa de los factores predisponentes con la ansiedad e insomnio de los pacientes de la Institución Prestadora de Servicios de Salud Indígena del Gran Cumbal: Nariños, Colombia, 2016.

Ha: Existe relación significativa de los factores predisponentes con la ansiedad e insomnio de los pacientes de la Institución Prestadora de Servicios de Salud Indígena del Gran Cumbal: Nariños, Colombia, 2016.

Regla de decisión

Si Valor $p > 0.05$, se acepta la Hipótesis Nula (Ho)

Si Valor $p < 0.05$, se rechaza la Hipótesis Nula (Ho). Y, se acepta Ha

En la tabla 26, en cuanto al factor económico en relación con la ansiedad e insomnio, se observa que la mayoría de los encuestados que tiene un ingreso en promedio de 660 dólares mensuales tiene un nivel moderado de ansiedad e insomnio. Mientras que la menor proporción que tienen un ingreso en promedio de 290.20 dólares mensuales no presentan ansiedad e insomnio. Es decir a mayor ingreso mayor presencia de la ansiedad e insomnio.

Por otro lado, la mayoría de los encuestados que tiene un egreso en promedio de 300 dólares mensuales tiene un nivel moderado de la ansiedad e insomnio. Mientras que la menor proporción que tienen un egreso en promedio de 136.60 dólares mensuales no presentan la ansiedad e insomnio. Es decir a mayor egreso mayor presencia de la ansiedad e insomnio. Ante este comportamiento el *Coefficiente* Chi-cuadrado = 35,514. *Gl* = 40. *Sig.* = ,672. Lo que confirma la nula asociación entre las variables.

Tabla 26. Prueba de independencia del Chi cuadrado del factor económico con la ansiedad e insomnio de los pacientes

	Ansiedad e insomnio				Total
	No presenta el problema	Nivel bajo	Nivel moderado	Nivel alto	
	Media	Media	Media	Media	
ingresos	290,20	364,33	660,00	.	335,91
egresos	136,60	210,13	300,00	.	180,24

Coefficiente Chi-cuadrado = 35,514. *Gl* = 40. *Sig.* = ,672**

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

En la tabla 27 se observa que la mayoría de los pacientes tienen un nivel bajo de ansiedad e insomnio.

La mayoría de los pacientes encuestados que tienen un nivel bajo de ansiedad e insomnio son mayor a 50 años respectivamente en un 100%. El 66.7% es del género masculino. El 62.5% tiene educación superior. El 100% vive con sus hijos. El 78.6% tiene trabajo fijo. El 66.7% se transporta en bicicleta. El 69.8% vive en residencia urbana. Y el 100% vive en casa de arrendada.

Tabla 27. *Tabla de contingencia de factores sociodemográficos con ansiedad e insomnio de los pacientes*

		Ansiedad e insomnio									
		No presenta el problema		Nivel						Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Edad	Mayor de 50 años	0	0,0%	3	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	3	100,0%
	De 50 a 59 años	9	64,3%	5	35,7%	0	0,0%	0	0,0%	14	100,0%
	De 40 a 49 años	9	40,9%	12	54,5%	1	4,5%	0	0,0%	22	100,0%
	De 30 a 39 años	13	31,0%	29	69,0%	0	0,0%	0	0,0%	42	100,0%
	De 20 a 29 años	18	50,0%	18	50,0%	0	0,0%	0	0,0%	36	100,0%
	Menor de 20 años	1	33,3%	2	66,7%	0	0,0%	0	0,0%	3	100,0%
	Total	50	41,7%	69	57,5%	1	0,8%	0	0,0%	120	100,0%
Genero	Femenino	34	49,3%	35	50,7%	0	0,0%	0	0,0%	69	100,0%
	Masculino	16	31,4%	34	66,7%	1	2,0%	0	0,0%	51	100,0%
	Total	50	41,7%	69	57,5%	1	0,8%	0	0,0%	120	100,0%
Escolaridad	Superior	2	25,0%	5	62,5%	1	12,5%	0	0,0%	8	100,0%
	Secundaria	25	42,4%	34	57,6%	0	0,0%	0	0,0%	59	100,0%
	Primaria	23	43,4%	30	56,6%	0	0,0%	0	0,0%	53	100,0%
	Total	50	41,7%	69	57,5%	1	0,8%	0	0,0%	120	100,0%
Con quien vive	Padres	18	47,4%	19	50,0%	1	2,6%	0	0,0%	38	100,0%
	Hijos	0	0,0%	3	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	3	100,0%
	Conyugue	32	40,5%	47	59,5%	0	0,0%	0	0,0%	79	100,0%
	Total	50	41,7%	69	57,5%	1	0,8%	0	0,0%	120	100,0%
Trabajo fijo	No	47	44,3%	58	54,7%	1	0,9%	0	0,0%	106	100,0%
	Si	3	21,4%	11	78,6%	0	0,0%	0	0,0%	14	100,0%
	Total	50	41,7%	69	57,5%	1	0,8%	0	0,0%	120	100,0%
Transporte	Motocicleta	5	33,3%	9	60,0%	1	6,7%	0	0,0%	15	100,0%
	Carro	5	62,5%	3	37,5%	0	0,0%	0	0,0%	8	100,0%
	Camina	38	41,8%	53	58,2%	0	0,0%	0	0,0%	91	100,0%
	Bicicleta	2	33,3%	4	66,7%	0	0,0%	0	0,0%	6	100,0%
	Total	50	41,7%	69	57,5%	1	0,8%	0	0,0%	120	100,0%
Residencia	Urbano	32	56,1%	25	43,9%	0	0,0%	0	0,0%	57	100,0%
	Rural	18	28,6%	44	69,8%	1	1,6%	0	0,0%	63	100,0%
	Total	50	41,7%	69	57,5%	1	0,8%	0	0,0%	120	100,0%
Vivienda	Arrendada	0	0,0%	2	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	100,0%
	Propia	19	45,2%	22	52,4%	1	2,4%	0	0,0%	42	100,0%
	Padres	31	40,8%	45	59,2%	0	0,0%	0	0,0%	76	100,0%
	Total	50	41,7%	69	57,5%	1	0,8%	0	0,0%	120	100,0%

Por otro lado, en la tabla 28, se observa que solo la escolaridad y residencia están asociadas a la ansiedad e insomnio. Más en los demás casos son independientes.

Por lo tanto no habiendo evidencias suficientes para rechazar la hipótesis nula se concluye que; Existe relación significativa de algunos factores predisponentes como escolaridad, residencia con la ansiedad e insomnio de los pacientes de la Institución

Prestadora de Servicios de Salud Indígena del Gran Cumbal: Nariños, Colombia, 2016

Tabla 28. Prueba de independencia del Chi cuadrado de los factores sociodemográficos asociados a la ansiedad e insomnio de los pacientes

	Chi-cuadrado	gl	Sig.
Edad	12,735	10	,239
genero	4,905	2	,086
escolaridad	14,621	4	,006
Con quien vive	5,099	4	,277
Trabajo fijo	2,914	2	,233
transporte	8,853	6	,182
residencia	9,877	2	,007
vivienda	3,691	4	,449

Hipótesis específica 3

Ho: No existe relación significativa de los factores predisponentes con la disfunción social de los pacientes de la Institución Prestadora de Servicios de Salud Indígena del Gran Cumbal: Nariños, Colombia, 2016.

Ha: Existe relación significativa de los factores predisponentes con la disfunción social de los pacientes de la Institución Prestadora de Servicios de Salud Indígena del Gran Cumbal: Nariños, Colombia, 2016.

Regla de decisión

Si Valor $p > 0.05$, se acepta la Hipótesis Nula (Ho)

Si Valor $p < 0.05$, se rechaza la Hipótesis Nula (Ho). Y, se acepta Ha

En la tabla 29, en cuanto al factor económico en relación con la disfunción social, se observa que la mayoría de los encuestados que tiene un ingreso en promedio de 300 dólares mensuales tiene un nivel moderado de disfunción social. Mientras que la menor proporción que tienen un ingreso en promedio de 600 dólares mensuales no presentan disfunción social. Es decir a menor ingreso mayor presencia de disfunción social. Por otro lado, la mayoría de

los encuestados que tiene un egreso en promedio de 70 dólares mensuales tiene un nivel moderado de disfunción social. Mientras que la menor proporción que tienen un egreso en promedio de 400 dólares mensuales no presentan disfunción social. Es decir a menor egreso mayor presencia de disfunción social. Ante este comportamiento el *Coefficiente* Chi-cuadrado = 131,085. *Gl* = 40. *Sig.* = ,000. Lo que confirma la asociación entre las variables.

Tabla 29. Prueba de independencia del Chi cuadrado del factor económico con la disfunción social de los pacientes

	Disfunción social				Total
	No presenta el problema	Nivel bajo	Nivel moderado	Nivel alto	
	Media	Media	Media	Media	
Ingresos	600,00	333,97	300,00	.	335,91
Egresos	400,00	179,85	70,00	.	180,24

Coefficiente Chi-cuadrado = 131,085. *Gl* = 40. *Sig.* = ,000**

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

En la tabla 30 se observa que la mayoría de los pacientes tienen un nivel bajo de disfunción social.

La mayoría de los pacientes encuestados que tienen un nivel bajo de disfunción social tienen de 20 a 29 años en un 100%. El 100% es del género femenino. El 98.3% tiene educación secundaria. El 100% vive con sus padres. El 99.1% no tiene trabajo fijo. El 100% camina como medio de transporte. El 98.4% vive en residencia rural. Y el 100% tiene casa propia.

Tabla 30. *Tabla de contingencia de factores sociodemográficos con la disfunción social de los pacientes*

		Disfunción social									
		No presenta el problema		Nivel bajo		Nivel moderado		Nivel alto		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Edad	Mayor de 50 años	0	0,0%	2	66,7%	1	33,3%	0	0,0%	3	100,0%
	De 50 a 59 años	0	0,0%	14	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	14	100,0%
	De 40 a 49 años	0	0,0%	22	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	22	100,0%
	De 30 a 39 años	1	2,4%	41	97,6%	0	0,0%	0	0,0%	42	100,0%
	De 20 a 29 años	0	0,0%	36	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	36	100,0%
	Menor de 20 años	0	0,0%	3	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	3	100,0%
genero	Total	1	0,8%	118	98,3%	1	0,8%	0	0,0%	120	100,0%
	Femenino	0	0,0%	69	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	69	100,0%
	Masculino	1	2,0%	49	96,1%	1	2,0%	0	0,0%	51	100,0%
escolaridad	Total	1	0,8%	118	98,3%	1	0,8%	0	0,0%	120	100,0%
	Superior	0	0,0%	8	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	8	100,0%
	Secundaria	1	1,7%	58	98,3%	0	0,0%	0	0,0%	59	100,0%
	Primaria	0	0,0%	52	98,1%	1	1,9%	0	0,0%	53	100,0%
Con quien vive	Total	1	0,8%	118	98,3%	1	0,8%	0	0,0%	120	100,0%
	Padres	0	0,0%	38	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	38	100,0%
	Hijos	0	0,0%	3	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	3	100,0%
	Conyugue	1	1,3%	77	97,5%	1	1,3%	0	0,0%	79	100,0%
Trabajo fijo	Total	1	0,8%	118	98,3%	1	0,8%	0	0,0%	120	100,0%
	No	0	0,0%	105	99,1%	1	0,9%	0	0,0%	106	100,0%
	Si	1	7,1%	13	92,9%	0	0,0%	0	0,0%	14	100,0%
transporte	Total	1	0,8%	118	98,3%	1	0,8%	0	0,0%	120	100,0%
	Motocicleta	0	0,0%	15	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	15	100,0%
	Carro	1	12,5%	7	87,5%	0	0,0%	0	0,0%	8	100,0%
	Camina	0	0,0%	91	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	91	100,0%
residencia	Bicicleta	0	0,0%	5	83,3%	1	16,7%	0	0,0%	6	100,0%
	Total	1	0,8%	118	98,3%	1	0,8%	0	0,0%	120	100,0%
	Urbano	1	1,8%	56	98,2%	0	0,0%	0	0,0%	57	100,0%
	Rural	0	0,0%	62	98,4%	1	1,6%	0	0,0%	63	100,0%
vivienda	Total	1	0,8%	118	98,3%	1	0,8%	0	0,0%	120	100,0%
	Arrendada	0	0,0%	2	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	100,0%
	Propia	0	0,0%	42	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	42	100,0%
	Padres	1	1,3%	74	97,4%	1	1,3%	0	0,0%	76	100,0%
	Total	1	0,8%	118	98,3%	1	0,8%	0	0,0%	120	100,0%

Por otro lado, en la tabla 31, se observa que la edad, el trabajo fijo y el medio de transporte están asociados a la ansiedad e insomnio. Más en los demás casos son independientes.

Por lo tanto no habiendo evidencias suficientes para rechazar la hipótesis nula se concluye que; Existe relación significativa de algunos de los factores predisponentes edad, trabajo fijo y transporte con la disfunción social de los pacientes de la Institución Prestadora de Servicios de Salud Indígena del Gran Cumbal: Nariños, Colombia, 2016.

Tabla 31. Prueba de independencia del Chi cuadrado de los factores sociodemográficos asociados a la disfunción social de los pacientes

	Chi-cuadrado	gl	Sig.
Edad	41,186	10	,000
genero	2,752	2	,253
escolaridad	2,301	4	,681
Con quien vive	1,056	4	,901
Trabajo fijo	7,752	2	,021
transporte	33,263	6	,000
residencia	2,010	2	,366
vivienda	1,178	4	,882

Hipótesis específica 4

Ho: No existe relación significativa de los factores predisponentes con la depresión grave de los pacientes de la Institución Prestadora de Servicios de Salud Indígena del Gran Cumbal: Nariños, Colombia, 2016.

Ha: Existe relación significativa de los factores predisponentes con la depresión grave de los pacientes de la Institución Prestadora de Servicios de Salud Indígena del Gran Cumbal: Nariños, Colombia, 2016.

Regla de decisión

Si Valor $p > 0.05$, se acepta la Hipótesis Nula (Ho)

Si Valor $p < 0.05$, se rechaza la Hipótesis Nula (Ho). Y, se acepta Ha

En la tabla 32, en cuanto al factor económico en relación con la depresión grave, se observa que la mayoría de los encuestados que tiene un ingreso en promedio de 403.33 dólares mensuales tiene un nivel bajo de depresión grave. Mientras que la menor proporción que tienen un ingreso en promedio de 334.18 dólares mensuales no presentan depresión grave. Es decir a menor ingreso mayor presencia de depresión grave. Por otro lado, la mayoría de los encuestados que tiene un egreso en promedio de 183.33 dólares mensuales

tiene un nivel bajo de depresión grave. Mientras que la menor proporción que tienen un egreso en promedio de 180.16 dólares mensuales no presentan depresión grave. Es decir a menor egreso mayor presencia de depresión grave. Ante este comportamiento el *Coefficiente* Chi-cuadrado = 51,136. *Gl* = 40. *Sig.* = ,000. Lo que confirma la asociación entre las variables.

Tabla 32. Prueba de independencia del Chi cuadrado del factor económico con la depresión grave de los pacientes

	Depresión grave				Total
	No presenta el problema	Nivel bajo	Nivel moderado	Nivel alto	
	Media	Media	Media	Media	
ingresos	334,18	403,33	.	.	335,91
egresos	180,16	183,33	.	.	180,24

Coefficiente Chi-cuadrado = 51,136. *Gl* = 40. *Sig.* = ,000**

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

En la tabla 33 se observa que la mayoría de los pacientes no presenta el problema de depresión grave. La mayoría de los pacientes encuestados que no presenta el problema de depresión grave tienen de 30 a 39 años en un 100%. El 98.6% es del género femenino. El 100% tiene educación secundaria. El 100% vive con sus hijos. El 100% no tiene trabajo fijo. El 98.9% camina como medio de transporte. El 100% vive en residencia urbana. Y el 197.4% vive en casa de sus padres.

Tabla 33. *Tabla de contingencia de factores sociodemográficos con la depresión grave de los pacientes*

		Depresión grave									
		No presenta el problema		Nivel						Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Edad	Mayor de 50 años	3	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	3	100,0%
	De 50 a 59 años	14	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	14	100,0%
	De 40 a 49 años	19	86,4%	3	13,6%	0	0,0%	0	0,0%	22	100,0%
	De 30 a 39 años	42	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	42	100,0%
	De 20 a 29 años	36	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	36	100,0%
	Menor de 20 años	3	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	3	100,0%
	Total	117	97,5%	3	2,5%	0	0,0%	0	0,0%	120	100,0%
Genero	Femenino	68	98,6%	1	1,4%	0	0,0%	0	0,0%	69	100,0%
	Masculino	49	96,1%	2	3,9%	0	0,0%	0	0,0%	51	100,0%
	Total	117	97,5%	3	2,5%	0	0,0%	0	0,0%	120	100,0%
Escolaridad	Superior	7	87,5%	1	12,5%	0	0,0%	0	0,0%	8	100,0%
	Secundaria	59	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	59	100,0%
	Primaria	51	96,2%	2	3,8%	0	0,0%	0	0,0%	53	100,0%
	Total	117	97,5%	3	2,5%	0	0,0%	0	0,0%	120	100,0%
Con quien vive	Padres	37	97,4%	1	2,6%	0	0,0%	0	0,0%	38	100,0%
	Hijos	3	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	3	100,0%
	Conyugue	77	97,5%	2	2,5%	0	0,0%	0	0,0%	79	100,0%
	Total	117	97,5%	3	2,5%	0	0,0%	0	0,0%	120	100,0%
Trabajo fijo	No	103	97,2%	3	2,8%	0	0,0%	0	0,0%	106	100,0%
	Si	14	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	14	100,0%
	Total	117	97,5%	3	2,5%	0	0,0%	0	0,0%	120	100,0%
Transporte	Motocicleta	14	93,3%	1	6,7%	0	0,0%	0	0,0%	15	100,0%
	Carro	8	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	8	100,0%
	Camina	90	98,9%	1	1,1%	0	0,0%	0	0,0%	91	100,0%
	Bicicleta	5	83,3%	1	16,7%	0	0,0%	0	0,0%	6	100,0%
	Total	117	97,5%	3	2,5%	0	0,0%	0	0,0%	120	100,0%
Residencia	Urbano	57	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	57	100,0%
	Rural	60	95,2%	3	4,8%	0	0,0%	0	0,0%	63	100,0%
	Total	117	97,5%	3	2,5%	0	0,0%	0	0,0%	120	100,0%
Vivienda	Arrendada	2	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	100,0%
	Propia	41	97,6%	1	2,4%	0	0,0%	0	0,0%	42	100,0%
	Padres	74	97,4%	2	2,6%	0	0,0%	0	0,0%	76	100,0%
	Total	117	97,5%	3	2,5%	0	0,0%	0	0,0%	120	100,0%

Por otro lado, en la tabla 34, se observa que solo la edad está asociado a la depresión grave de los pacientes. Más en los demás casos son independientes.

Por lo tanto habiendo evidencias suficientes para rechazar la hipótesis nula se concluye que; Existe relación significativa de algunos factores como lo económico y la edad como factores predisponentes en la depresión grave de los pacientes de la Institución Prestadora de Servicios de Salud Indígena del Gran Cumbal: Nariños, Colombia, 2016.

Tabla 34. Prueba de independencia del Chi cuadrado de los factores sociodemográficos asociados a la depresión grave de los pacientes

	Chi-cuadrado	gl	Sig.
Edad	13,706	5	,018
Genero	,735	1	,391
Escolaridad	5,148	2	,076
Con quien vive	,080	2	,961
Trabajo fijo	,406	1	,524
Transporte	6,947	3	,074
residencia	2,784	1	,095
vivienda	,059	2	,971

Discusión de resultados

El objetivo de la presente investigación fue determinar si los factores predisponentes se relacionan con el estado de salud mental de los pacientes de la Institución Prestadora de Servicios de Salud Indígena del Gran Cumbal: Nariño, Colombia, 2016. Hallándose que no existe relación significativa de los factores predisponentes con el estado de salud mental de los pacientes de la Institución Prestadora de Servicios de Salud Indígena del Gran Cumbal: Nariños, Colombia, 2016.

Dicho de otro modo, que la salud mental no está en dependencia a los factores de ingreso o egreso del paciente es decir el hecho de que mantenga un elevado ingreso o mínimo; así como que su nivel de gasto sea poco o mucho no le afecta o altera su salud mental.

Por otro lado al analizar los otros factores predisponentes como son: los factores sociodemográficos que se observa de forma descriptiva en asociación a la salud mental que se presenta en un nivel bajo la edad, genero, grado de estudio, el no tener trabajo, la forma del medio de transporte, lugar de residencia, forma de vivienda, el vivir con el conyugue; en

esta población no es tan contundente como para que altera de manera elevada su salud mental; Por lo cual se evidencia una nula asociación entre los factores predisponentes con la salud mental de los pacientes de la entidad prestadora de salud del Gran Cumbal.

Aspectos asociativos que son corroborados de forma independiente con cada una de las dimensiones en cuanto al nivel de la salud mental que indican los resultados: la salud mental se presenta en un nivel bajo el 42.5% aunque este nivel no sea tan relevante, sin embargo se debería considerar el 20% (de nivel moderado) que es potencial a posteriores alteraciones en la salud mental un aspecto que sumados dan 62,5% y aunque no haya asociación con los factores predisponentes es importante que en otras investigaciones se indague que otros factores estarían predisponiendo el riesgo de la salud mental en esta comunidad.

En complemento es importante observar el comportamiento de la salud mental de estos pacientes de manera dimensionada de forma independiente; en cuanto a presentar síntomas somáticos como el haberse sentido bien de salud y en forma, el haber tenido la sensación de repotenciar sus fuerzas, y de estar enfermo, el presentar dolores u opresión en la cabeza u oleadas de calor o escalofríos la mayoría contestó “no más de lo habitual” el 96.7% el cual arroja un nivel bajo; es decir aunque no se presenten síntomas somáticos contundentes que alteren la salud mental de estos pacientes encuestados si hay indicios de pequeños factores de alteración mental; evidenciando por la forma de contestar la pregunta “no más que lo habitual” expresa una forma acostumbrada de conllevar sus problemas o estresores más que alterarlos de forma preocupante o elevada.

Es importante resaltar que cuando se observa la dependencia asociativa entre la salud mental y los factores predisponentes se visualiza de manera significativa el aspecto económico: es decir a mayor ingreso y egreso económico los síntomas somáticos se van

acrecentando; un aspecto que es congruente a la vida urbana, a mayor ingreso, mayor vinculaciones de consumo y endeudamiento.

Igual forma con los otros factores predisponentes como la edad, el género, el grado de estudio, el tener trabajo fijo, el medio de transporte en que se movilizan, el lugar de residencia y con quien vive, no son factores que evidencia una alteración de la salud mental manifestados en síntomas somáticos en estos pacientes. El indicador de cruce se da en nivel bajo y no presentan una significancia representativa excepto la edad y sobre todo la escolaridad. Podría ser esta última el nivel de estudio un indicador de discriminación; (el cual podría ser objeto de otros estudios) ¿podría ser acaso este aspecto del grado de estudio un factor que causal de alteraciones somáticas en diversas ocasiones donde ellos actúan e interactúan con sus congéneres? se sugiere en posteriores estudios profundizar estos aspectos considerando que hay un estudio de autoestima y violencia realizado por Mirian Tapullima en una población de la selva peruana en el cual se evidencia que la autoestima pueden deberse a aspectos discriminatorios un asunto que aquí también pueda estar manifestándose con mayor contundencia (Tapullima,2014).

De igual forma en cuanto a los niveles de ansiedad e insomnio en que se evidencie que sus preocupaciones le quiten el sueño o tengan dificultades para dormir, o como que sientan que no están haciendo las cosas bien al contrario se sienten útiles y que son capaces de tomar sus propias decisiones: un poco más de la mitad (57.5%) presentaron niveles bajo.

Asimismo, acreditan los resultados que ni los factores de ingreso y egreso económico es decir el que gane o gasten poco o mucho o no; son motivos para su alteración en ansiedad o que les quite el sueño. Igualmente la ansiedad e insomnio en este estudio no depende de los factores sociodemográficos ya que estas se presentan en un nivel bajo; excepto, aunque descriptivamente se presenten en nivel bajo, se evidencia un grado de significancia los factores de escolaridad y residencia. Como se viene observando hasta aquí que el grado de

estudio está calando un poco en su salud mental aunque en niveles bajos pero esta potencialmente presente como un indicador significativo y en cuanto a la residencia o zona en que viven el aspecto rural en alguna medida está presente cuando sienten ansiedad o no pueden dormir; ¿podría ser acaso ser esto una evidencia del consumismo actual como factor alterador de anhelos y deseos; como el querer vivir en mejores condiciones como en la zona urbana lejos de condiciones pocas precarias de vivienda; como bien lo corrobora la oficina de las Naciones Unidas para la Coordinación de Asuntos Humanitarios – OCHA que en un informe del 2014 (OCHA, 2014).

Por otro lado al analizar en cuanto a la disfunción social de manera independiente: el sentirse activo y útil y el tener impresión y satisfacción de que está haciendo las cosas y poder tomar decisiones además de disfrutar del día a día; también se evidencia un nivel bajo el 98.3% de los pacientes encuestados. Sin embargo cuando se verifica su dependencia con el aspecto económico que de otra manera el tener menos ingresos y evidencias de bajo niveles de egresos está asociado a la disfunción social que ellos manifiestan en su salud mental

Igualmente, los factores sociodemográficos como la edad, el género femenino, la escolaridad, con quien vive, el trabajo fijo, el medio de transporte y la residencia no son tan contundentes en elevar los niveles de la disfunción social ya que se presentan en forma descriptiva en el nivel bajo. Y tan sólo evidencia una significancia en la edad, el trabajo y el medio transporte un aspecto que es evidente que los encuestados manifiesten que estos factores pueden ser motivos de acrecentar a niveles superiores de disfunción social el tener mayor edad y no tener medios de transporte para movilizarse fácilmente en el cumplimiento de sus deberes de trabajos considerando que la mayoría tienen un trabajo independiente y es el transporte el medio en que facilitaría el bienestar de la actividad que realizan aspectos que mejorarían el sentirse útil y de decisiones más eficaces en diario trajinar (Serje & Camacho 2010)

Finalmente, en cuanto a los niveles de depresión grave se observa que el 97.5% no presenta problemas y sólo un 2.5% presenta en nivel bajo. Sin embargo cuando se analiza la asociación entre los que ganan y lo que gastan el hecho que ganen un poco más de lo habitual y gasten un poco más de lo normal inciden de manera significativa en niveles bajos de depresión grave un aspecto a considerar que el aspecto económico es relevante para su bienestar mental.

Aunque por otro lado, se puede verificar que la depresión grave no depende de los factores sociodemográficos analizados: edad, escolaridad, género, medio de transporte, residencia, trabajo, con quien vive, vivienda, excepto la edad que sí se evidencia una significancia; el cual incide en los sentimientos de depresión grave de los encuestados; es decir el sentir que no vale para nada, sin esperanza, el quitarse la vida y tener los nervios alterados y sentirse alejado de todos los aspectos de la vida moderna y urbana puedan estar convirtiéndose en niveles depresivos y sobre todo si las poblaciones son jóvenes (Hoyos, Lemos,& Torres, 2012).

CAPÍTULO V

RESULTADOS

Conclusiones y recomendaciones

Primera conclusión. No existe relación significativa de los factores predisponentes con el estado de salud mental de los pacientes de la Institución Prestadora de Servicios de Salud Indígena del Gran Cumbal: Nariños, Colombia, 2016. Por lo que ninguno de los factores sociodemográficos está asociado a la salud mental. Pues son factores independientes.

Segunda conclusión. Existe relación significativa de algunos factores predisponentes como aspecto económico, edad y escolaridad con los síntomas somáticos de los pacientes de la Institución Prestadora de Servicios de Salud Indígena del Gran Cumbal: Nariños, Colombia, 2016. Por otro lado, se observa que los ingresos y egresos, edad y la escolaridad están asociadas a los síntomas somáticos. Más en los demás casos son independientes.

Tercera conclusión. Existe relación significativa de algunos factores predisponentes como la economía, escolaridad, residencia con la ansiedad e insomnio de los pacientes de la Institución Prestadora de Servicios de Salud Indígena del Gran Cumbal: Nariños, Colombia, 2016. Por otro lado, se observa que los ingresos y egresos, la edad y la escolaridad están asociadas a los síntomas somáticos. Más en los demás casos son independientes.

Cuarta conclusión. Existe relación significativa de algunos de los factores predisponentes edad, trabajo fijo y transporte con la disfunción social de los pacientes de la Institución Prestadora de Servicios de Salud Indígena del Gran Cumbal: Nariños, Colombia, 2016. Por otro lado, se observa que los ingresos y egresos, la edad, el trabajo fijo y el medio

de transporte están asociados a la ansiedad e insomnio. Más en los demás casos son independientes.

Quinta conclusión. Existe relación significativa de algunos factores como lo económico y la edad como factores predisponentes en la depresión grave de los pacientes de la Institución Prestadora de Servicios de Salud Indígena del Gran Cumbal: Nariños, Colombia, 2016. Por otro lado, se observa que los ingresos y egresos y la edad está asociado a la depresión grave de los pacientes. Más en los demás casos son independientes.

Recomendaciones

1. Tomando en cuenta los resultados de esta investigación respecto a la relación entre los factores predisponentes y la salud mental, se recomienda realizar otras investigaciones en esta población, con el propósito de indagar qué otros factores están implicando en que los pacientes de salud mental presenten niveles bajo de asociación aunque no significativos. Se sugiere complementarse con un componente cualitativo, para enriquecer el estudio y averiguar los motivos socioculturales o religiosos que los pobladores puedan estar teniendo como factores protectores y/o otros factores predisponentes frente a su bienestar mental.

2. Considerando que en el presente trabajo se ha realizado un análisis de factores predisponentes, se recomienda en posteriores investigaciones implementar otros diseños y análisis estadísticos para focalizar factores de riesgo o factores causales, a nivel explicativo que puedan estar incidiendo en la realidad del estado de salud y del estilo de vida de toda población indígena y no solo los pacientes de un sector.

3. Considerando la incidencia en relación significativa de lo económico con las diferentes dimensiones de la salud mental es importante dar énfasis en políticas de emprendimiento en este aspecto. Además de hacer un análisis al aspecto discriminatorio y de exclusión social que puedan ser motivos de alteraciones mentales así como de otras variables como estrés, violencia familiar, personalidad tipo A que reflejarán luces en cuanto a otros factores predisponentes que puedan estar relacionados con la salud mental de la comunidad indígena del Gran Cumbal.

4. Así mismo, se recomienda que los datos y resultados de la presente investigación sean considerados por los administradores de la Institución Prestadora de Servicio de Salud de la zona, para generar e implementar lineamientos y programas que fortalezcan la salud

mental de toda la población; además de emitir políticas que minimice otros factores que se están constituyendo en desencadenantes y predisponentes frente a la salud mental.

5. Igualmente tomando en cuenta los resultados de esta investigación, se recomienda a las familias tomar en cuenta los resultados, para reconfigurar su estilo de vida haciendo uso de estrategias reforzadoras y protectoras para su bienestar mental que puede repercutir en un estado de salud mental riesgosa y sobre todo con sus hijos pequeños, adolescentes y jóvenes. Los datos sugieren cambios vertiginosos en el aspecto de transporte y vivienda y servicios básicos que ayudaran en mejorar los niveles positivos de salud mental de esta población.

6. Finalmente, se recomienda que los sectores públicos y actores locales puedan tomar en cuenta los resultados del presente estudio, para generar políticas públicas que conlleven a la toma de decisiones administrativas, económicas, sociales que promociónen mejores condiciones de salud mental sin menoscabar los aspectos culturales ancestrales propios de la identidad de la región un país.

REFERENCIAS

Boeree G. *Teorías de la personalidad*. Libro electrónico:

<https://es.scribd.com/doc/149876125/Teorias-de-la-Personalidad-C-George-Boeree-Rafael-Gautier>

Bones, Pérez, Rodríguez, Borrell y Obiols. (2010). *Prevalencia de problemas de salud mental y su asociación con variables socioeconómicas, de trabajo y salud: resultados de la Encuesta Nacional de Salud de España*. *Psicothema* 2010. Vol. 22, nº 3, pp. 389-395
ISSN 0214 - 9915 Coden Psoteg.

Chaj, A (2013). "*Factor de riesgo psicosocial y salud mental*". Tesis para optar al título de Psicólogo Industrial/Organizacional. Universidad Rafael Landívar. Quetzaltenango, mayo de 2013

Cortes J, et al. (1993). *La prevalencia de malestar psíquico en atención primaria y su relación con el grado de frecuentación de las consultas*. *Atención Primaria*. 1993; 11:459- 463.

Gorosabel, J. (2013). *Estudio de los síntomas somáticos asociados a los trastornos depresivos y de ansiedad en una población de atención primaria*. Tesis Doctoral. Universidad Autónoma de Madrid, 2013.

Granel A, (2006). *Pacientes con síntomas somáticos no explicables*. *Evid Actual Pract Ambul*. 2006; 9(6):176-80

Haro, Palacín, Vilagut, Martínez, Bernal, Luque, Codony, Dolz, Alonso y el Grupo ESEMeD-España, (2006). *Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España*. *Medicina Clínica (Barc)*. 2006; 126(12):445-51.

- Hoyos, E., Lemos, M., Torres, Y., (2012). *Factores de Riesgo y de Protección de la Depresión en los Adolescentes de la Ciudad de Medellín*. International Journal of Psychological Research, 5(1), 109-121.
- Jiménez, Á. (2007). *Quiero y puedo acrecentar mi inteligencia emocional*. Bogotá D.C. Colombia: Paulinas.
- Kohn R, Levav I, Caldas de Almeida JM, Vicente B, Andrade L, Caraveo-Anduaga JJ, Saxena S, Saraceno B. *Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública*. Rev Panam Salud Pública. 2005;18(4/5):229–40.
- Landa, Goñi, & Lizasoain. (2008). *Concordancia en el diagnóstico entre atención primaria y salud mental*. Aten Primaria. 2008; 40(6):285-9
- López & Belloch, A. (2002). *La somatización como síntoma y como síndrome: Una revisión del trastorno de somatización*. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica 2002, Volumen 7, Número 2, pp. 73-93
- Micin & Bagladi, (2011). *Salud Mental en Estudiantes Universitarios: Incidencia de Psicopatología y Antecedentes de Conducta Suicida en Población que Acude a un Servicio de Salud Estudiantil. Terapia psicológica* 2011, Vol. 29, Nº 1, 53-64. Copyright 2011 by Sociedad Chilena de Psicología Clínica ISSN 0716-6184 (impresa) · ISSN 0718-4808 (en línea)
- OCHA (2014) *Informe Flash MIRA Municipio de Cumbal – Resguardos de Cumbal, Chiles, Mayasquer y Panán*.
- OMS, 2016. *Centro de prensa: Salud mental, fortalecer nuestra respuesta*. En línea: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/es/>
- Organización Mundial de la Salud, (1998). *Trastornos mentales y del comportamiento. Pautas diagnósticas y de actuación en atención primaria*. Madrid: Meditor; 1998.

- Ortiz; López & Borges (2007). *Desigualdad socioeconómica y salud mental: revisión de la literatura latinoamericana*. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 23(6):1255-1272, jun, 2007
- Perales, Duschek, y Reyes. (2013). *Influencia de los factores emocionales sobre el informe de síntomas somáticos en pacientes en hemodiálisis crónica: relevancia de la ansiedad*. 2013. *Revista Nefrología. Órgano Oficial de la Sociedad Española de Nefrología*, 2013;33(6):816-25
- Posada, Agilar, Magaña & Gómez, (2004). *Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados preliminares del Estudio nacional de salud mental*. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, vol. XXXIII / No. 3 / 2004
- Recinos, J. (2002). *Riesgo de trastornos de salud mental en adolescentes de establecimientos de educación pública a nivel básico y diversificado de la zona 5 de Guatemala*. Tesis para optar al título de médico cirujano. Universidad de san Carlos de Guatemala
- Rojas, E. (2009). *La Ansiedad: Cómo superar el estrés, las crisis de pánico y las obsesiones*. (Ediciones Temas de Hoy, Ed.) (2009th ed.). Madrid: Ediciones Planeta Madrid S.A.
- Serje M & Camacho R. P. (2010) “*Somos indios, somos empresarios, somos pastos*’: una *etnografía del desarrollo empresarial indígena en Colombia*” Universidad de los Andes · Colombia.
- Serra, R. (2012). *Síntomas somáticos funcionales, Psicopatología y variables asociadas: un análisis en diferentes poblaciones pediátricas*. Tesis para optar al título de Doctor en Psicología clínica y de la salud. Universidad Autónoma de Barcelona, 2012.
- Serrano, Rojas & Ruggero, (2013). *Depresión, ansiedad y rendimiento académico en estudiantes universitarios*. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, vol. 15, núm. 1, enero-junio 2013, pp. 47-60.

SNS, (2008). *Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria*. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Agencia Laín Entralgo. Comunidad de Madrid; 2008. Guías de Práctica Clínica en el SNS: UETS N° 2006/10.

Tapullima R. M. (2013) “*Relación de la violencia familiar y la autoestima en los estudiantes del tercer grado de secundaria de la Institución Educativa Ofelia Velásquez, Tarapoto, 2013*” tesis para optar el grado académico de magister en terapia familiar Universidad Peruana Unión.

Uribe, e. (2015). *Características sociodemográficas asociadas al estrés académico, depresión y ansiedad en estudiantes de la Universidad Adventista de Colombia, Medellín, 2015*. Tesis para optar al título de magister en Salud Publica. Universidad Peruana Unión

Valencia, M. (2007). *Trastornos mentales y problemas de salud mental. Día Mundial de la Salud Mental 2007*. Salud Mental, vol. 30, núm. 2, marzo-abril, 2007, pp. 75-80
Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz Distrito Federal, México

ANEXOS



APÉNDICE A:

Instrumento de valoración

Objetivo: Determinar la relación entre el estado de la salud mental y los factores socioeconómicos y demográficos en pacientes de 17 a 77 años de la Ips Indígena del gran cumbal, panán, chiles y mayasquer, Nariño (Colombia)– 2015

Tiempo de ejecución: 45 minutos

Responsable: T.O Yuly Yineth Chiran Bolaños

Instrucciones: Responder a TODAS las preguntas de acuerdo a su situación actual, no a lo pasado, cualquier inquietud dirigirse al profesional a cargo. Por favor marque con una **X**.

Edad	
Genero	1.- m 2.- f
Grado de escolaridad	1.- primaria 2.- secundaria 3.- superior 4.- ninguno
Con quien vive	1.- conyugue 2.- hijos 3.- padres 4.- solo
Ingresos mensuales	
Egresos mensuales	
Residencia	1.- rural 2.- urbano
Transporte	1.- carro 2.- motocicleta 3.- bicicleta 4.- a pie

A. Síntomas Somáticos.

A.1. ¿Se ha sentido perfectamente bien de salud y en plena forma?

1. Mejor que lo habitual
2. Igual que lo habitual
3. Peor que lo habitual
4. Mucho peor que lo habitual

A.2. ¿Ha tenido la sensación de que necesitaba reconstituyente?

- 1 No, en absoluto
- 2 No más que lo habitual
- 3 Bastante más que lo habitual
- 4 Mucho más que lo habitual

A.3. ¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas para nada?

- 1 No, en absoluto
- 2 No más que lo habitual
- 3 Bastante más que lo habitual
- 4 Mucho más que lo habitual.

A.4. ¿Ha tenido sensación de que estaba enfermo?

- 1 No, en absoluto
- 2 No más que lo habitual
- 3 Bastante más que lo habitual
- 4 Mucho más que lo habitual

A.5. ¿Ha padecido dolores de cabeza?

- 1 No, en absoluto
- 2 No más que lo habitual
- 3 Bastante más que lo habitual
- 4 Mucho más que lo habitual

A.6. ¿Ha tenido sensación de opresión en la cabeza, o de que la cabeza le va a estallar?

- 1 No, en absoluto
- 2 No más que lo habitual

- 3 Bastante más que lo habitual
- 4 Mucho más que lo habitual.

A.7. ¿Ha tenido oleadas de calor o escalofríos?

- 1 No, en absoluto
- 2 No más que lo habitual
- 3 Bastante más que lo habitual
- 4 Mucho más que lo habitual.

B. Ansiedad e insomnio.

B.1. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?

- 1 No, en absoluto
- 2 No más que lo habitual
- 3 Bastante más que lo habitual
- 4 Mucho más que lo habitual.

B.2. ¿Ha tenido dificultades para seguir durmiendo de un tirón toda la noche?

- 1 No, en absoluto
- 2 No más que lo habitual
- 3 Bastante más que lo habitual
- 4 Mucho más que lo habitual.

B.3. ¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión?

- 1 No, en absoluto
- 2 No más que lo habitual
- 3 Bastante más que lo habitual
- 4 Mucho más que lo habitual.

B.4. ¿Se ha sentido con los nervios a flor de piel y malhumorado?

- 1 No, en absoluto
- 2 No más que lo habitual
- 3 Bastante más que lo habitual
- 4 Mucho más que lo habitual.

B.5. ¿Se ha asustado o ha tenido pánico sin motivo?

- 1 No, en absoluto
- 2 No más que lo habitual
- 3 Bastante más que lo habitual
- 4 Mucho más que lo habitual.

B.6. ¿Ha tenido sensación de que todo se le viene encima?

- 1 No, en absoluto
- 2 No más que lo habitual
- 3 Bastante más que lo habitual
- 4 Mucho más que lo habitual.

B.7. ¿Se ha notado nervioso y "a punto de explotar" constantemente?

1. No, en absoluto
2. No más que lo habitual
3. Bastante más que lo habitual
4. Mucho más que lo habitual.

C. Disfunción social.

C.1. Se las ha arreglado para mantenerse ocupado y activo?

1. Más activo que lo habitual
2. Igual que lo habitual

3. Bastante menos que lo habitual
4. Mucho menos que lo habitual

C.2. ¿Le cuesta más tiempo hacer las cosas?

1. Menos tiempo que lo habitual
2. Igual que lo habitual
3. Más tiempo que lo habitual
4. Mucho más tiempo que lo habitual

C.3. ¿Ha tenido la impresión, en conjunto, de que está haciendo las cosas bien?

1. Mejor que lo habitual
2. Igual que lo habitual
3. Peor que lo habitual
4. Mucho peor que lo habitual

C.4. ¿Se ha sentido satisfecho con su manera de hacer las cosas?

1. Más satisfecho que lo habitual
2. Igual que lo habitual
3. Menos satisfecho que lo habitual
4. Mucho menos satisfecho que lo habitual

C.5. ¿Ha sentido que está desempeñando un papel útil en la vida?

1. Más útil de lo habitual
2. Igual de útil que lo habitual
3. Menos útil de lo habitual
4. Mucho menos útil o habitual

C.6. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?

1. Más que lo habitual
2. Igual que lo habitual
3. Menos que lo habitual
4. Mucho menos que lo habitual

C.7. ¿Ha sido capaz de disfrutar de sus actividades normales de cada día?

1. Más que lo habitual
2. Igual que lo habitual
3. Menos que lo habitual
4. Mucho menos que lo habitual

D. Depresión grave.

D.1. Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?

1. No, en absoluto
2. No más que lo habitual
3. Bastante más que lo habitual
4. Mucho más que lo habitual

D.2. ¿Ha estado viviendo la vida totalmente sin esperanza?

1. No, en absoluto
2. No más que lo habitual
3. Bastante más que lo habitual
4. Mucho más que lo habitual

D.3. ¿Ha tenido el sentimiento de que la vida no merece la pena vivirse?

1. No, en absoluto
2. No más que lo habitual

- 3 Bastante más que lo habitual
- 4 Mucho más que lo habitual

D.4. ¿Ha pensado en la posibilidad de "quitarse de en medio"?

- 1 No, en absoluto
- 2 No más que lo habitual
- 3 Bastante más que lo habitual
- 4 Mucho más que lo habitual

D.5. ¿Ha notado que a veces no puede hacer nada porque tiene los nervios desquiciados?

- 1. No, en absoluto
- 2. No más que lo habitual
- 3. Bastante más que lo habitual
- 4. Mucho más que lo habitual

D.6. ¿Ha notado que desea estar muerto y lejos de todo?

- 1. No, en absoluto
- 2. No más que lo habitual
- 3. Bastante más que lo habitual
- 4. Mucho más que lo habitual

D.7. ¿Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repentinamente a la cabeza?

- 1 Claramente, no
- 2 Me parece que no
- 3 Se me ha cruzado por la mente
- 4 Claramente, lo he pensado

Observaciones:

PUNTUACIÓN	GHQ	CGHQ	
A. Síntomas somáticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
B. Ansiedad-insomnio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
C. Disfunción social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
D. Depresión Grave	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
PUNTUACIÓN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TOTAL

APÉNDICE B:

Matriz instrumental

TEMA DE ESTUDIO	VARIABLES	DIMENCIONES	INDICADORES	FUENTES DE INFORMACION	INSTRUMENTOS
<p>FACTORES PREDISPONENTES RELACIONADOS CON EL ESTADO DE SALUD MENTAL, EN PACIENTES DE LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD INDIGENA DEL GRAN CUMBAL-NARIÑOS: COLOMBIA, 2016</p>	<p>Estado de Salud mental</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Síntomas Somáticos • Ansiedad e Insomnio • Disfunción 	<ul style="list-style-type: none"> • Percepción de la salud • Síntomas de enfermedad • Preocupaciones, tensión, nervios, pánico. • Comunicación • Correcta toma de decisiones. • Satisfacción actual • Autoestima • Desesperanza • Ideación suicida 	<p>Pacientes de edades entre 17 y 77 años de la Institución Prestadora De Servicios indígena del gran cumbal, panan, chiles y mayasquer. Nariño - Colombia 2016</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La Salud Mental la evaluamos mediante la aplicación del Cuestionario de Salud General de Goldberg – (GHQ28), en el cual valoramos aspectos como: Síntomas Somáticos, Ansiedad e Insomnio, Disfunción Social y Depresión Grave.

	Factores Socio Económicos	<p>Social</p> <ul style="list-style-type: none"> • Depresión Grave • Socioeconómicos 	<ul style="list-style-type: none"> • Grado de escolaridad • Ingresos – egresos • Costo de la canasta familiar • Edad, genero • Personas con quien vive 	<p>Pacientes de edades entre 17 y 77 años de la Institución Prestadora De Servicios indígena del gran cumbal, panan, chiles y mayasquer. Nariño - Colombia 2016</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Encuesta
--	---------------------------	--	---	---	--

APÉNDICE C:

Matriz de consistencia

TEMA DE ESTUDIO	PROBLEMA	OBJETIVO	HIPOTESIS	TIPO Y DISEÑO	MARCO CONCEPTUAL
<p>FACTORES PREDISPONENTES RELACIONADOS CON EL ESTADO DE SALUD MENTAL, EN PACIENTES DE LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD INDIGENA DEL GRAN CUMBAL- NARIÑOS: COLOMBIA, 2016</p>	<p>PROBLEMA GENERAL</p>	<p>OBJETIVO GENERAL</p>	<p>HIPOTESIS GENERAL</p>	<p>Tipo: Descriptivo – Correlacional</p> <p>No experimental de corte transversal</p> <p>Diseño: se simboliza utilizando las letras X Y R así:</p> <p>X: Salud mental</p> <p>Y: factores predisponentes</p> <p>R: relación de asociación</p>	<p>SALUD MENTAL: Según la OMS: “se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.”</p>
	<p>¿En qué medida los factores predisponentes se relacionan con el estado de salud mental de los pacientes de la Institución Prestadora de Servicios de Salud Indígena del Gran Cumbal: Nariños, Colombia, 2016?</p>	<p>Determinar los factores predisponentes se relacionan con el estado de salud mental de los pacientes de la Institución Prestadora de Servicios de Salud Indígena del Gran Cumbal: Nariños, Colombia, 2016.</p>	<p>Existe relación significativa de los factores predisponentes con el estado de salud mental de los pacientes de la Institución Prestadora de Servicios de Salud Indígena del Gran Cumbal: Nariños, Colombia, 2016.</p>		
	<p>PROBLEMAS ESPECIFICOS</p>	<p>OBJETIVOS ESPECIFICOS</p>	<p>HIPOTESIS ESPECIFICAS</p>	<p>POBLACION Y MUESTRA</p>	<p>FACTORES SOCIOECONOMICOS Son aquellas características que determinan el entorno directo e indirecto del ser humano como: edad, genero, grado de escolaridad, ingresos y egresos, otros..</p>
	<p>¿Cuáles son los factores predisponentes más frecuentes con el estado de salud mental de los pacientes de la Institución Prestadora de Servicios de Salud Indígena del Gran Cumbal: Nariños, Colombia, 2016</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificar los factores predisponentes más frecuentes con el estado de salud mental de los pacientes de la Institución Prestadora de Servicios de Salud Indígena del Gran Cumbal: Nariños, Colombia, 2016. 		<p>POBLACION: 80 personas</p> <p>MUESTRA: No aleatoria, conformada por 37 personas.</p>	
	<p>¿Cuál es el nivel del estado de salud mental de los pacientes de la Institución</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificar el nivel del estado de salud mental 			

	Prestadora de Servicios de Salud Indígena del Gran Cumbal: Nariños, Colombia, 2016	de los pacientes de la Institución Prestadora de Servicios de Salud Indígena del Gran Cumbal: Nariños, Colombia, 2016.			
	¿En qué medida los factores predisponentes se relacionan con los síntomas somáticos de los pacientes de la Institución Prestadora de Servicios de Salud Indígena del Gran Cumbal: Nariños, Colombia, 2016?	Determinar los factores predisponentes se relacionan con los síntomas somáticos de los pacientes de la Institución Prestadora de Servicios de Salud Indígena del Gran Cumbal: Nariños, Colombia, 2016.	Existe relación significativa de los factores predisponentes con los síntomas somáticos de los pacientes de la Institución Prestadora de Servicios de Salud Indígena del Gran Cumbal: Nariños, Colombia, 2016.		
	¿En qué medida los factores predisponentes se relacionan con la ansiedad e insomnio de los pacientes de la Institución Prestadora de Servicios de Salud Indígena del Gran Cumbal: Nariños, Colombia, 2016?	Determinar los factores predisponentes se relacionan con la ansiedad e insomnio de los pacientes de la Institución Prestadora de Servicios de Salud Indígena del Gran Cumbal: Nariños, Colombia, 2016.	Existe relación significativa de los factores predisponentes con la ansiedad e insomnio de los pacientes de la Institución Prestadora de Servicios de Salud Indígena del Gran Cumbal: Nariños, Colombia, 2016.		
	¿En qué medida los factores predisponentes se relacionan con la disfunción social de los pacientes de la Institución Prestadora de Servicios de Salud Indígena del Gran Cumbal: Nariños, Colombia, 2016?	Determinar los factores predisponentes se relacionan con la disfunción social de los pacientes de la Institución Prestadora de Servicios de Salud Indígena del Gran Cumbal: Nariños, Colombia, 2016.	Existe relación significativa de los factores predisponentes con la disfunción social de los pacientes de la Institución Prestadora de Servicios de Salud Indígena del Gran Cumbal: Nariños, Colombia, 2016.		

	¿En qué medida los factores predisponentes se relacionan con la depresión grave de los pacientes de la Institución Prestadora de Servicios de Salud Indígena del Gran Cumbal: Nariños, Colombia, 2016?	Determinar los factores predisponentes se relacionan con la depresión grave de los pacientes de la Institución Prestadora de Servicios de Salud Indígena del Gran Cumbal: Nariños, Colombia, 2016.	Existe relación significativa de los factores predisponentes con la depresión grave de los pacientes de la Institución Prestadora de Servicios de Salud Indígena del Gran Cumbal: Nariños, Colombia, 2016.		
--	--	--	--	--	--