

**Universidad Tecnológica  
de El Salvador**



**LA VIOLENCIA SOCIAL  
DELINCUENCIAL ASOCIADA  
A LA SALUD MENTAL  
EN LOS SALVADOREÑOS**

José Ricardo Gutiérrez Quintanilla

Vicerrectoría de Investigación

7



# **Universidad Tecnológica de El Salvador**



## **La violencia social delincuencial asociada a la salud mental en los salvadoreños**

### **Investigador**

José Ricardo Gutiérrez Quintanilla

### **Colaboración**

Arely Villalta de Parada  
(Decana de la Facultad de Ciencias Sociales)

Francisco Armando Zepeda  
(Director del CIOPS)

Edgardo Chacón Andrade  
(Director Escuela de Psicología)

Julio César Martínez  
(Director Escuela de Antropología)

La presente investigación fue subvencionada por la Universidad Tecnológica de El Salvador. Las solicitudes de información, separatas y otros documentos relativos al presente estudio pueden hacerse a la dirección postal: Calle Arce, 1020, Universidad Tecnológica de El Salvador; Vicerrectoría de Investigación, Dirección de Investigaciones, calle Arce y 17 avenida Norte, edificio *José Martí*, 2o nivel, o al correo electrónico: ricardo.gutierrez@utec.edu.sv

El Salvador, San Salvador, 2011

Derechos Reservados

© Copyright

Universidad Tecnológica de El Salvador

® Derechos Reservados. Universidad Tecnológica de El Salvador.

No. 7 Colección Investigaciones

300 ejemplares

Febrero, 2012

Impreso en El Salvador

Por Tecnoimpresos, S.A. de C.V.

19 Av. Norte, No. 125, San Salvador, El Salvador

Tel.: (503) 2275-8861 • [gcomercial@utec.edu.sv](mailto:gcomercial@utec.edu.sv)

# ÍNDICE

RESUMEN .....	1
NOTAS DEL AUTOR .....	2
INTRODUCCIÓN .....	3
LA VIOLENCIA Y LA SALUD MENTAL.....	5
EL MÉTODO.....	23
RESULTADOS .....	31
ANÁLISIS DESCRIPTIVO CUALITATIVO .....	43
DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	56
ESTRATEGIAS DE SOLUCIÓN.....	68
REFERENCIAS.....	71



## Resumen

Este estudio tiene como objetivo general determinar si existe una relación entre la violencia social delincriminal con la salud mental en la población salvadoreña. Para ello, se operacionalizó y construyó un instrumento que midiera el estrés y la ansiedad delincriminal, como indicadores de afectación de la salud mental en la población víctima de la violencia delincriminal. En el estudio, se utilizó un muestreo probabilístico por conglomerados a escala nacional en una muestra de 1.143 personas, de estas 605 (52,8%) son mujeres y 538 (47,1%) son hombres. El grupo de edad mayoritario está entre 26 a 35 años (26,8%). Es un estudio que se puede tipificar como multimodal (Hernández, Fernández y Baptista, 2006) y nominarse *ex post facto* (Montero y León, 2007), con un *diseño retrospectivo y transeccional*. Las técnicas utilizadas para la recolección de información fueron: *La encuesta y la entrevista en profundidad*. Para medir las variables del estudio se construyeron y validaron la *Escala de estrés y ansiedad delincriminal* (ESAD), la *Escala de ambiente familiar* (ESAF); se adaptó el *Cuestionario de salud general, GHQ-12* (Golbert, 1970). Todos estos instrumentos gozan de fiabilidad y validez en El Salvador. El estudio revela que existe mayor incidencia de estrés y ansiedad delincriminal, y pobre salud mental, en las mujeres y en los residentes urbanos. El modelo de regresión logística demuestra que la *ansiedad delincriminal* en la población salvadoreña es explicada en un porcentaje importante por las variables: estresor delincriminal, violencia sociocultural, deterioro de la salud mental y el sexo de la muestra.

**Palabras claves:** violencia social delincriminal, estrés-ansiedad delincriminal, funcionamiento familiar y salud mental.

Notas del autor

## **Agradecimientos y reconocimientos**

*Noris Isabel López de Castaneda*, Vicerrectora de Investigación, y *Blanca Ruth Orantes*, Directora de Investigación de la Utec, por la confianza depositada en este servidor; por su comprensión y el apoyo decidido durante el desarrollo del proyecto. Sin este soporte fundamental, el proyecto no hubiere sido posible. Por todo ello, muchas gracias.

*Camila Calles Minero*, docente e investigadora de la Utec, por su atenta y valiosa colaboración en la revisión de la redacción de los resultados del informe final. Muchas gracias.

Un reconocimiento especial a los 77 estudiantes de psicología que con mucho empeño y dedicación participaron en la administración de la batería de pruebas en las diferentes ciudades y departamentos del país. También, mi gratitud a los estudiantes de las otras carreras que eficientemente trabajaron en el procesamiento de la información recolectada a escala nacional.



## Introducción

La violencia social delincriminal es definida como el contexto comunitario donde vive una sociedad, caracterizado por la frecuente presencia de diferentes tipos de delitos como: homicidios, lesionados, extorsiones, robos, asaltos y secuestros, cometidos por grupos delincriminales, por ejemplo: las pandillas, los narcotraficantes, grupos de sicarios, etc. En general, estos tipos de delitos son cometidos en las colonias, los barrios, en los autobuses, en las calles, en las plazas y parques; eventos que con el paso del tiempo van afectando la estabilidad emocional y mental de las personas que la experimentan, sus efectos pueden manifestarse en temor, fobias, insomnio, estrés, ansiedad, depresión y en algunos casos llegar a estrés post traumático, y otras alteraciones mentales.

En el año 2009 ocurrieron 4,382 homicidios, mientras que en el año 2010 hubo 3,985 homicidios (Policía Nacional Civil. PNC, 2010). Siendo la población general salvadoreña víctima constante del acecho de estos grupos delincriminales. Es por ello, que el investigador se trazó como objetivo general determinar si el contexto social delincriminal en que viven los salvadoreños está relacionado con la salud mental y otras variables como el ambiente familiar, el consumo de drogas y alcohol, entre otras. Este contexto de violencia social delincriminal en que vive permanentemente la población salvadoreña, motivó al equipo a formularse algunas hipótesis generales sobre el problema, entre ellas se tienen: *“la violencia social delincriminal es un factor que está asociado a la sensación de inseguridad y, a la pérdida de confianza en el sistema”*, *“el contexto de violencia social delincriminal está relacionado con los niveles de estrés social de la población”*, *“el estrés social delincriminal está asociado con*

*la ansiedad, la salud mental, la estabilidad emocional familiar y comunitaria de la población salvadoreña.”*

En estudios realizados en la población salvadoreña se ha encontrado alta incidencia (arriba del 50%) de alteraciones mentales, como ansiedad, disfunciones sociales y trastornos psicossomáticos (Gutiérrez, 2010) estos problemas mentales fueron asociados a variables sociodemográficas como: la edad, el sexo, lugar de residencia (urbano o rural), nivel educativo, entre otras. En este mismo sentido, en los últimos cinco años El Salvador ha vivido en un contexto de violencia social delincinencial que de alguna forma, podría estar relacionado con los problemas y la falta de salud mental que presenta la población.

El *estrés social* que experimenta la población es el resultado de factores psicossociales como: el desempleo, la falta de oportunidades, la violencia delincinencial, la insatisfacción de sus necesidades básicas, son variables que están vinculadas a la salud mental; en consecuencia, los resultados de la violencia delincinencial podrían estar incrementando en la población salvadoreña las alteraciones como: ansiedad generalizada, temor, fobias, signos de depresión e insomnio; síntomas que pueden ser el resultado de la exposición contante a un estrés social delincinencial. En este estudio se pretende establecer si existe el estrés social delincinencial, y si está asociado con indicadores de problemas de salud mental en la población salvadoreña.

## La violencia y la salud mental

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS. 2003) la prevención de la violencia ha sido un tema prioritario en los últimos años, de tal manera que debe ser abordada desde el enfoque de la salud pública, lo que implica un tratamiento desde diversos ámbitos para reducir sus niveles de incidencia. Cada año en el mundo, más de 1,6 millones de personas pierden la vida de forma violenta y muchas otras sufren lesiones no mortales como resultado de la violencia, sea esta autoinfligida, interpersonal o colectiva.

Las modernas concepciones de salud, fueron reunidas en la década de los setenta a través de la OMS y formuladas a raíz de la *Conferencia de Alma-Atá*. A partir de este momento se define la salud como una yuxtaposición de grados de bienestar en los campos psíquico, físico y social, y no sólo como ausencia de enfermedad.

Los diferentes grados de salud permanecen vinculados a variables biológicas, psicológicas y del entorno. Se podría pensar que la atención a la salud y a la enfermedad mental sigue centradas en la patología del cerebro y del sistema nervioso. Sin embargo, existen grandes aportes de la psicología en sus diferentes especialidades y de la sociología. Reyes (2007) en su estudio considera que tener una enfermedad mental es un hecho que influye en las reacciones violentas, resulta interesante que los pacientes, familiares y los vecinos allegados expresan que sí influye la condición de estar enfermos en la aparición de la violencia; esto surge por la dificultad que presenta la persona en la represión de sus impulsos, pero señalan que paradójicamente son más agredidos los enfermos, que lo que ellos son capaces de agredir, éstos se reconocen como víctimas, porque a pesar de estar

enfermos tienen que seguir interactuando en la sociedad con sus limitaciones.

En el estudio MacArthur (1998) se observaron dos predictores de la conducta violenta: uno la *psicopatía* y dos, el haber sido víctima de *malos tratos durante la infancia*. Este mismo estudio encontró que la tasa de violencia fue significativamente superior en los *esquizofrénicos* y en aquellos que eran consumidores de sustancias psicoactivas y/o alcohol.

La enfermedad mental ha sido un factor asociado tradicionalmente a la delincuencia (Núñez y López, 2009) pues existen determinados comportamientos criminales que pueden relacionarse o atribuirse a anomalías mentales. Es preciso tener en cuenta que no todo criminal o delincuente es un enfermo mental, ni todo enfermo mental comete actos delictivos, aunque exista un diagnóstico clínico debe existir una relación de causalidad con el acto (Sánchez Gutiérrez, 2000).

Garrido y López (2006) afirman que el hecho que alguien desafíe los principios esenciales que regulan nuestra vida social, forjados a lo largo de siglos, no es prueba o razón suficiente para pensar que sean locos, enfermos o degenerados. A pesar de los numerosos estudios llevados a cabo para relacionar la delincuencia y los trastornos psicopatológicos, no pueden extraerse conclusiones definitivas, debido a que muchas de estas investigaciones se han realizado con delincuentes privados de libertad, circunstancia que puede favorecer la aparición de ciertos trastornos mentales, como alteraciones emocionales, trastorno límite de la personalidad y trastornos disociativos (Luberto, Zavatti y Gualandri, 1997).

La mayor parte de personas con alguna alteración psicopatológica no cometen delitos o su comportamiento no es violento, pero la probabilidad de que esta circunstancia se produzca es mayor entre las personas con problemas de salud

mental que entre aquellos que no los tienen (Silver, Felson y Vaneseltine, 2008).

Por otra parte, el porcentaje de psicóticos no es más alto en la población encarcelada que entre la población no encarcelada, si bien es cierto que suelen ser más violentos los que se hallan en la primera situación (Laajasalo y Häkkänen, 2006; Walsh, Buchanan y Fahy, 2002) puesto que existen algunas alteraciones psicopatológicas frecuentemente diagnosticadas en los delincuentes presos; entre estas alteraciones se tienen: trastornos de conducta y trastorno por déficit de atención con hiperactividad (Sheerin, 2004; Van Wijk, Blokland, Duits, Vermeiren y Harkink 2007); trastornos de personalidad (antisocial y/o psicopatía ) y estrés postraumático, estos últimos son más frecuentes entre la población reclusa que entre la población general (Goff, Rose, Rose y Purves, 2007); trastornos del estado de ánimo, también más frecuentes entre la población reclusa (estrés, ansiedad, depresión), con una morbilidad mayor en las mujeres, aunque el porcentaje más alto de trastornos mentales en la población ingresada en prisión son aquellos relacionados con el consumo de drogas (Brink, 2005; Esbec y Gómez-Jarabo, 1999).

Según Sánchez Bursón (2001) un gran número de enfermos mentales crónicos terminan en prisión porque no acuden a centros asistenciales para que les proporcionen la asistencia adecuada.

### **Estrés general.**

El estrés supone un hecho habitual de la vida del ser humano, ya que cualquier individuo, con mayor o menor frecuencia, lo ha experimentado en algún momento de su existencia. El más mínimo cambio al que se expone una persona es susceptible de provocárselo. Tener estrés es estar sometido a una gran presión, sentirse frustrado, aburrido, encontrarse en situaciones en las que no es fácil el control de las mismas, tener problemas conyugales, etc.

El origen del término estrés se encuentra en el vocablo *distres* que significa en inglés antiguo “pena o aflicción”; con el uso frecuente se ha perdido la primera sílaba. El vocablo ya era usado en física por Selye (1936), aludiendo a la fuerza que actúa sobre un objeto produciendo la destrucción del mismo al superar una determinada magnitud. En 1936, Hans Selye introdujo el término estrés como un síndrome específico constituido por cambios inespecíficos del organismo inducidos por las demandas del entorno. Para este autor, el estrés es una respuesta inespecífica del organismo ante una diversidad de exigencias. Se trata de un proceso adaptativo y de emergencia, siendo imprescindible para la supervivencia de la persona, éste no se considera una emoción en sí misma, sino que es el agente generador de las emociones. En todo caso, el estrés es una relación entre la persona y el ambiente, en donde el sujeto percibe en que medida las demandas ambientales constituyen un peligro para su bienestar, si exceden o igualan sus recursos para enfrentarse a ellas (Lazarus y Folkman, 1984).

Bajo esta perspectiva, los autores manejan diversos datos, unos se relacionan más con la rama de la Fisiología y otros, con la Psicología, siendo esta última la que engloba un mayor número de manifestaciones en el sujeto, dado que los individuos responden a cualquier demanda del entorno, incluyendo las de naturaleza psicosocial. Si el sentimiento de carácter negativo aparece de forma constante en el sujeto y no es tratado adecuadamente, puede conducir a un bajo rendimiento en la vida cotidiana, debilitando la salud (Olga y Terry, 1997). Casi todas las personas han oído hablar del estrés, pues es éste un término que utilizan por igual profesionales de la salud y profanos en la materia, para unos es sinónimo de sobresalto, para otros hace referencia a malestar y, para la mayoría, un generador de tensión para el sujeto.

No obstante, en todos estos casos, el estrés es entendido como algo negativo, perjudicial o nocivo para el ser humano, ya que produce dolores de cabeza, indigestión, resfriados frecuentes, do-

lor de cuello y espalda e infelicidad en las relaciones personales más cercanas (Olga y Terry, 1997); además, el estrés puede incapacitar al individuo en el ámbito laboral, provocar crisis nerviosas recurrentes, depresión, ansiedad o incluso dar lugar a la muerte por un ataque al corazón. La vivencia del estrés como positivo o negativo va a depender de la valoración que realiza el individuo de las demandas de la situación y de sus propias capacidades para hacer frente a las mismas, según esto, el ser humano se enfrenta continuamente a las modificaciones que va sufriendo el ambiente, percibiendo y reinterpretando las mismas con el objeto de poner en marcha conductas en función de dicha interpretación. Hay ocasiones en las que la demanda del ambiente es excesiva para el individuo, por lo que su repertorio conductual para hacer frente a la situación generadora de estrés es insuficiente, al igual que cuando se enfrenta a una situación nueva para él (Olga y Terry, 1997).

Las amenazas procedentes del ambiente producen en el cuerpo cambios concretos referidos a la adaptación, ya que con ellas el ser humano se ve obligado a mantener horarios rígidos en su vida diaria, a aguantar las exigencias de las relaciones sociales, a soportar el ruido, la contaminación y las aglomeraciones de la gran ciudad, influyendo negativamente en su seguridad y su autoestima, Folkman (1984) dice que el estrés no pertenece a la persona o al entorno, ni tampoco es un estímulo o una respuesta, más bien se trata de una relación dinámica, particular y bidireccional entre el sujeto y el entorno, actuando uno sobre el otro. Por su parte Lazarus (1981) afirma que los seres humanos no son víctimas del estrés, sino que es una forma de apreciar los acontecimientos estresantes (interpretación primaria) y sus propios recursos y posibilidades de afrontamiento (interpretación secundaria) para determinan la naturaleza del mismo.

El concepto de estrés nace en 1936 con los estudios de Selye, no obstante, desde su aparición han sido tres los enfoques

predominantes en torno a este fenómeno. El primero habla del *estrés como estímulo*, donde el propósito principal gira en torno a la elaboración de listados de situaciones o eventos estresantes (Holmes y Rahe, 1967). El segundo, *lo considera una respuesta*, con Selye como principal propulsor al hablar del Síndrome General de Adaptación como respuesta a las situaciones que generan algún tipo de demanda. Y por último, el *interactivo, basado en el modelo transaccional de Lazarus y Folkman* (1986), donde el estrés es una relación entre el individuo y su entorno, que es evaluado por éste como amenazante y que pone en peligro su bienestar. De todas ellas, ésta última puede ser la más adecuada, ya que, además de integrar las dos anteriores e implicar necesariamente la evaluación de la situación por parte del sujeto, se ha encontrado en algunos estudios que el desarrollo del estrés depende de disposiciones individuales y de la evaluación cognitiva (Scheier y Carver, 1985, citados en Chan, 2002). Tal y como propone McGrath (1970) el estrés puede generarse cuando no hay un equilibrio entre la demanda y las posibilidades de respuestas del individuo, que percibe desde mucho antes, las consecuencias de un fracaso en su adaptación.

Los habitantes de la ciudad, a diferencia de otro, tienen más probabilidades de sufrir estrés y enfermedades mentales (Lederbogen, Kirsch, Haddad, Streit, Schuch, Tost... Meyer-Lindenberg, 2011). Estos resultados se basan en la investigación alemana que compara patrones de actividad cerebral en respuesta al estrés social de los habitantes urbanos y rurales. Los autores plantean que estudios anteriores han demostrado que los problemas de salud mental, tales como esquizofrenia, ansiedad y trastornos del humor, son generalmente más común en personas que viven o crecen en las ciudades.

Ese estudio encontró que los habitantes de las ciudades tenían una mayor actividad en ciertas áreas del cerebro, cuando los participantes en el estudio se exponían a situaciones de estrés



y estados de ánimo negativos, esto afectaba la *corteza anterior* y la *corteza cingulada que es una región clave para la regulación de la actividad de la amígdala*, responsable del procesamiento y almacenamiento de las reacciones emocionales, funciones cognitivas, el aprendizaje, la memoria, la atención y el criterio de opinión o reflexión. Sin embargo, ese estudio no evaluó la felicidad de los participantes o los niveles de estrés general; la actividad cerebral observada no equivale necesariamente a un mayor riesgo de enfermedad mental, y los mensajes negativos que se usaron no necesariamente representan situaciones reales.

Es necesario hacer más investigaciones para descubrir los mecanismos cerebrales precisos que demuestren claramente que la vida urbana podría desencadenar trastornos mentales. En las conclusiones, el diseño de este estudio no es capaz de demostrar las relaciones causales, sólo puede describir asociaciones entre diversos factores estresantes y la actividad cerebral de algunas regiones, se encontraron diferencias en la actividad cerebral entre los habitantes de zonas rurales y urbanas, indicando un mayor riesgo de problemas mentales en los residentes urbanos; en el estudio citado no se midieron niveles de estrés social en las personas que residían en lugares urbanos y rurales, y ninguno de los participantes tenía una enfermedad mental. Tampoco se evaluó los niveles de felicidad en la población urbana y rural, para expresar que los habitantes de zona rurales fueran más felices que los urbanos, como lo expresaron algunos medios, debido a que el estudio no puede demostrar causalidad entre estas variables.

El equipo investigador del estudio citado informó que anteriores estudios epidemiológicos han demostrado que los residentes urbanos tienen un riesgo mucho mayor de trastornos psicológicos, incluyendo los trastornos de ansiedad, depresión y esquizofrenia. Esta serie de pequeños estudios transversales exploró esta teoría comparando el impacto que tiene el estrés social sobre la actividad cerebral de los residentes urbanos y rurales.

Mientras varias características de la relación entre la vida urbana y la prevalencia de la enfermedad mental apoyan la teoría de que la vida en la ciudad puede influir directamente en salud mental. Por ejemplo, no se entiende aún cómo la vida urbana podría tener un efecto en la actividad cerebral y mental de las personas.

Un equipo de investigadores (Pawlak, *McEwen*, *Chattarji*, y *Strickland*, 2011) descubrieron el mecanismo molecular que causa los estados de ansiedad. Los hallazgos explican los procesos químicos del cerebro que disparan la respuesta de nuestro organismo en las situaciones estresantes. Partiendo de que todas las personas reaccionan de forma diferente a los acontecimientos traumáticos, el trabajo fue motivado por la voluntad de buscar los factores que influyen en el comportamiento humano del estrés. “Se sabía que ciertos individuos son más susceptibles de padecer los efectos negativos del estrés, aunque la mayoría de nosotros experimentamos acontecimientos traumáticos, sólo algunas personas llegan a padecer trastornos psiquiátricos relacionados con ellos, como depresión, ansiedad o síndromes postraumáticos, por razones que no están claras.”

Para resolver el problema, los científicos tuvieron que combinar técnicas genéticas, moleculares, electrofisiológicas y de comportamiento, partiendo del centro emocional del cerebro: la amígdala cerebral. La investigación mostró que la amígdala reacciona al estrés incrementando la producción de la proteína *neuropsina* que pone en funcionamiento un gen que determina la respuesta a nivel celular y del comportamiento. “Los estudios en ratones revelaron que, al sentirse estresados, evitaban zonas del laberinto donde se sentían especialmente inseguros, espacios abiertos e iluminados a los que no entran cuando sienten ansiedad”, explica Pawlak.

Cuando los investigadores bloqueaban la producción de la proteína clave en la amígdala con fármacos o con manipulaciones

genéticas, los ratones abandonaban ese comportamiento motivado por el estrés. “El equipo concluye que la actividad de los mecanismos neurofisiológicos de la neuropsina y otros factores asociados pueden determinar la vulnerabilidad a la ansiedad y el estrés.” Ahora que se ha descubierto el mecanismo del estrés se puede encontrar los medios para controlarlo. Los científicos esperan que su hallazgo ayude a los médicos a desarrollar terapias preventivas y curativas de los desórdenes psiquiátricos asociados al estrés.

La influencia del contexto social sobre la salud no se limitan al influjo de variables como el sexo, la educación, la edad, el nivel de ingresos, etc., sino que incluye otras variables menos estratificadas, tales como los estilos y hábitos de vida, por ejemplo: fumar, consumir alcohol y drogas, hacer poco ejercicio físico, seguir una dieta poco saludable. Así mismo, estas variables pueden estar afectadas por el estrés social como: el nivel elevado de estrés laboral que puede incrementar la práctica de hábitos insanos como fumar y abusar del alcohol, o reducir la práctica de hábitos saludables como la frecuencia de ejercicio físico, esto sugiere que el estrés social no sólo puede inducir efectos directos sobre la salud, sino también efectos indirectos a través de la modificación de los estilos de vida.

El estrés se desarrolla como concepto novedoso y relevante en el ámbito de la medicina a partir de los trabajos pioneros de Selye (1936, 1960, 1974). Peterson (2007), reporta que las situaciones de estrés social acentuado favorecen a la depresión al matar las células nerviosas del hipocampo, la zona cerebral encargada de procesar el aprendizaje, la memoria y las emociones. Un estudio de Slavich (2010) determinó recientemente que la exposición a grandes cantidades de estrés social podrá cambiar la forma en que responde el sistema inmune a las amenazas exteriores. Estos cambios pueden abrir el camino a muchas enfermedades o infecciones, y es por eso, que eliminar el estrés social debería convertirse en una prioridad para mucha gente.

El estrés social aparece en situaciones como: antes de dar un discurso, asistir a una entrevista de trabajo, previo a un examen, incapacidad para interrelacionarse en una fiesta, vivir o transitar en ciudades con alta incidencia delictiva. Estos estresores sociales (factores de estrés) tienen una gran influencia sobre el cerebro humano, que se refleja en el sistema inmune, y en consecuencia desencadenar una variedad de enfermedades físicas y mentales. Algunos de los efectos psicológicos de la exposición constante a situaciones de estrés social, como resultado del ambiente general de inseguridad: las vivencias personales, experiencias y conocimientos cercanos de la violencia delincriminal como son: los asesinatos múltiples e individuales, los lesionados, los robos, hurtos, asaltos, secuestros, la extorciones y las amenazas de muerte, son factores que podrían estar desencadenando una variedad de alteraciones mentales como: Ansiedad generalizada (fobias), nerviosismos, insomnio, depresión, alteraciones psicósomáticas y en algunos casos, trastornos de personalidad paranoide y estrés pos traumático, entre otros.

### **La ansiedad.**

Los estudios sobre la ansiedad se han desarrollado a lo largo de la historia con dos problemas fundamentales: la ambigüedad conceptual del constructo de ansiedad y las dificultades metodológicas para abordarlo. Estos problemas dieron lugar a que las distintas corrientes psicológicas (psicodinámica, humanista, existencial, conductista, psicométrica y la cognitiva-conductual) se ocuparan del abordaje de la ansiedad y de las similitudes y diferencias con otros conceptos, dada la gran confusión terminológica con la angustia, el estrés, el temor, el miedo, la tensión arousal, entre otros. Esta confusión conceptual ha sido objeto de diversos estudios (Ansorena, Cobo y Romero, 1983; Bermúdez y Luna, 1980; Borkovek, Weerts y Berstein, 1977; Casado, 1994; Cattell, 1973; Lazarus, 1966; Miguel-Tobal, 1985). En la práctica actual dichos términos se siguen utilizando indistintamente.

El intento de diferenciar entre los conceptos de ansiedad y angustia es un ejemplo claro de dicha problemática. La utilización de ambos términos dio lugar a confusión en el siglo pasado, dado que en algunas ocasiones eran usados como sinónimos y, en otras, como vocablos de distinto significado. En esta línea, López-Ibor (1969) realiza una distinción entre ansiedad y angustia; en la angustia existe un predominio de los síntomas físicos, la reacción del organismo es de paralización, de sobrecogimiento y la nitidez con la que el individuo capta el fenómeno se atenúa, mientras que en la ansiedad cobran mayor presencia los síntomas psíquicos, la sensación de ahogo y de peligro inminente, se presenta una reacción de sobresalto, mayor intento de buscar soluciones eficaces para afrontar la amenaza que en el caso de la angustia, el fenómeno es percibido con mayor nitidez.

En la actualidad, es difícil mantener dichas diferencias, ya que dentro del concepto de *ansiedad* agrupamos tanto los síntomas psíquicos, o cognitivos, como los conductuales y físicos. Además, en el DSM-IV (Manual de clasificación de trastornos psicopatológicos) el trastorno de ansiedad se denomina *trastorno de angustia*, resaltando entre otras características, la presencia de crisis de angustia recidivantes e inesperadas (American Psychiatric Association, 1994). Durante la década de los años cincuenta y posteriormente en los sesenta, la investigación psicológica estaba centrada en el trastorno mental de la esquizofrenia; mientras que en los años setenta el interés se dirigió a la evaluación de los estados de ánimo, especialmente la depresión. Sin embargo, en 1985 dos psicólogos norteamericanos, Husain y Maser, afirmaron que la década de los años ochenta pasaría a la historia como la década de la ansiedad, y es a partir de entonces cuando esta pasa a ocupar un lugar preferente que perdura hasta nuestros días.

En esta época, las neurosis de ansiedad se caracterizan por una preocupación ansiosa exagerada que llega hasta el pánico y

va acompañada a menudo por síntomas somáticos. La neurosis de ansiedad (al contrario que la neurosis fóbica) puede producirse en cualquier circunstancia y no está limitada a situaciones u objetos específicos (DSM II, 1986). Actualmente, los trastornos de ansiedad ocupan el primer lugar a escala mundial entre los trastornos del comportamiento más prevalentes.

Las relaciones entre ansiedad y salud mental parecen estar bastante bien establecidas, sobre todo en la adolescencia (por ejemplo, Axelsson y Ejlertsson, 2002; Bagley y Mallick, 2001; Chamberlain y Haaga, 2001), los autores coinciden en señalar que la ansiedad afecta de modo directo a la salud mental de las personas que la sufren. Se han encontrado relaciones entre la ansiedad y los estilos de vida que promocionan la salud (Johnson, 2002). Además, la ansiedad se ha revelado asociada al riesgo de desarrollar ciertas patologías, como por ejemplo, la hipertensión en las mujeres (Adler y Matthews, 1994) o como factor de riesgo de la sobremortalidad cardiovascular (Hansen, 2003).

Las puntuaciones altas en ansiedad predicen igualmente los problemas emocionales que siguen y/o acompañan a ciertas patologías (traumatismo medular, lumbalgia, infección por VIH...). Se asocia a menudo con otros rasgos patógenos (alexitimia, conductas adictivas, tendencia a la depresión, locus de control externo). Esta comorbilidad sugieren un patrón conocido como "afectividad negativa". La ansiedad rasgo y la depresión, clásicamente son consideradas como un claro indicador de la falta de ajuste emocional a una enfermedad crónica. Se ha constatado que la intensidad del dolor está ligada a la ansiedad como rasgo en los sujetos aquejados de lumbalgia crónica (Murphy, Thompson y Morris, 1997) y que las personas diabéticas tienen niveles mayores de ansiedad (Friedman, Vila, Timsit, Boitard y Mouren-Simeoni, 1998). Hudd, Dumlao, Erdmann-Sager, Murray, Phan, Soukas y Yokozuka (2000). También, estos autores encontraron que los estudiantes con niveles más altos de estrés mostraban

peores hábitos de salud, autoestima más baja y mala percepción de su estado de salud.

En este estudio de la Utec nos interesa indagar *el estrés y la ansiedad delincinencial*, como indicadores de falta de salud mental (bienestar psicológico y emocional), relacionados al contexto de violencia social delincinencial que vive la población salvadoreña. Este esfuerzo surge debido a que se ha encontrado en otros estudios y en los registros que lleva la Policía Nacional Civil (PNC), altos índices (ronda el 30%) de personas que han sido víctimas de algún tipo de delito. Así mismo, existe algunas evidencias que demuestran que las personas que son víctimas de la violencia delincinencial, como: robos, hurtos, asaltos, lesiones, homicidio de parientes, podrían presentar una variedad de síntomas relacionados con el estrés, la ansiedad, la depresión, estrés postraumático, etc.

En este mismo sentido, una proporción importante la población salvadoreña está siendo víctima de una buena cantidad de otros delitos como: amenazas, extorsiones, control territorial de las pandillas. Eventos que en su conjunto están incidiendo en la estabilidad física, psíquica, emocional y social de los salvadoreños. En este estudio no se evaluarán los efectos físicos (taquicardia, hipertensión) de vivir en un contexto de violencia delincinencial, debido a que el trabajo esta centrado en la relación o asociación de la violencia social delincinencial con el bienestar mental y emocional de la población.

*Estrés postraumático.* Los académicos están de acuerdo con la descripción aportada por el manual estadístico y diagnóstico de los desordenes mentales por sus siglas en ingles DSM IV-TR (Asociación Americana de Psiquiatría, APA. 1994), cuya caracterización de los síntomas es aceptada.(Keane, Wolfe y Taylor, 1987; Yehuda y McFarlane, 1995) De acuerdo *al estrés postraumático* (TEPT), este es una reacción patológica

caracterizada por ansiedad, que ocurre posteriormente a la exposición de un evento anormal, sorpresivo y cuyo ingrediente principal es el de implicar peligro de muerte o daño físico o psicológico serio, capaz de inducir intenso temor o pánico, disociación y sentimientos evitativos.

Los síntomas que caracterizan este estado son: el recuerdo insistente del hecho traumatizante, pesadillas repetidas o pensar continuamente en el hecho, ilusiones como si el evento estuviera viviéndose de nuevo, evitación de pensamientos, personas o lugares que recuerden el hecho (Cervantes, Salgadode-Zinder y Padilla, 1989) aplanamiento emocional, incapacidad para expresar emociones, aislamiento social, síntomas de hiperactividad neurovegetativa: palidez, sudor, taquicardia, hiperactivación, estar siempre alerta o temeroso de algo; incapacidad para recordar hechos (memoria expresiva), síntomas disociativos (escaparse de la situación, despersonalización).

Las investigaciones y las extrapolaciones al estudio del trastorno de estrés pos traumático (TEPT) en poblaciones traumatizadas (Kulka, 1990) como los veteranos de guerra, los sobrevivientes de desastres, las víctimas de abuso sexual, asaltos, homicidios, robos y secuestros. Así como aquellas víctimas con serios daños físicos y psicológicos, sugieren un estudio por sus efectos de estrés postraumático. Friedman y Jarason (Punamaki, 1989), proponen el modelo de TEPT y argumentan que este parece ser una aproximación útil en la conceptualización del impacto psicológico de las vivencias traumáticas apropiado para la comprensión de la fenomenología ligada al trauma (físico, psicológico y sexual) y debe ser analizado en el contexto de las demás problemáticas asociadas. Las múltiples experiencias que impliquen daño físico, psicológico y sexual, pueden determinar politraumas y en consecuencia sintomatología de estrés postraumático (TEPT) en relación con varios tipos de experiencias dañinas para la salud general (Alejo, 2005).



La Policía Nacional Civil (PNC) de El Salvador, para el año 2010 reportó un total de 3,985 homicidios, con una tasa de 69,9 homicidios por cada 100,000 habitantes, mientras que para el año 2009, hubo 4,382 homicidios, con una tasa de 76,9 homicidios por cada 100,000 habitantes (PNC 2011). Al comparar los dos últimos años, se observa una leve disminución de homicidios en el año 2010. Según la última encuesta del Centro de Investigación de la Opinión Pública Salvadoreña (CIOPS 2011) informó que la organización criminal y los tipos de delitos que se cometen en el lugar de residencia por la delincuencia juvenil (pandillas) es de 30,9%, los tipos de delitos que expresan son 23,5% hurtos y robos, y el 18,8% dijo que era la extorsión. Así mismo, un 36,1% manifestó haber sido víctima de robo en la calle, mientras el 47,6% de la población salvadoreña tiene la percepción de que la delincuencia ha aumentado en el país. En el mismo estudio, se encontró que 82,3% de la población tiene la percepción de que la sociedad salvadoreña está dominada por la delincuencia.

Ante este problema surge la pregunta *¿de qué manera el contexto de violencia social delincriminal está relacionado con la salud mental de los salvadoreños?* Al observar cambios de comportamientos en los estilos de vida cotidiana, escuchar frecuentemente comentarios y experiencias personales sobre la violencia social delincriminal, expresiones de estrés, temor y ansiedad, como resultado de vivir en un contexto comunitario de violencia delincriminal. Eventos que han motivado el diseño e implementación de un estudio que pretende “*determinar si existe alguna relación empírica entre el estrés (ansiedad) social delincriminal con la salud mental de la población salvadoreña*”, es desde esta perspectiva, que surge la necesidad e importancia de estudiar y analizar esta problemática de naturaleza psicosocial en El Salvador, debido a que no existen estudios sobre la posible relación de estos factores fundamentales con la vida saludable y armoniosa de la población salvadoreña.

El estrés social, la ansiedad, el temor, las fobias sociales y la violencia delincinencial, son factores que podrían tener una asociación con la salud y en especial, con la salud mental de las víctimas de la violencia delincinencial en El Salvador. La salud mental es el bienestar psicológico o mental, físico-fisiológico y social de la persona (OMS 1946). Sin embargo, mencionar que el informe de salud mental (OMS 2001) plantea que entre 25% a 50% de la población mundial ha presentado alguna vez en su vida un trastorno de tipo mental. Periago (OPS 2005) informó que las estadísticas indican que los trastornos mentales representan una proporción cada vez mayor de la carga de morbilidad en América Latina y el Caribe. Se calcula que para el año 2010 habría más de 176 millones.

Así mismo, señaló que en muchos lugares del continente americano sucede a menudo que el tratamiento no está al alcance de quienes lo necesitan. El Ministerio de Salud (MISAL 2010) informó de 1,287 suicidios y 31,200 intentos de suicidio registrados en El Salvador en el año 2009, estos datos son indicadores reveladores de los problemas de salud mental que prevalecen en la población salvadoreña.

En estudio realizado recientemente a escala nacional (Gutiérrez, 2010) se encontró prevalencia de ansiedad de 53,6% y alteraciones psicósomáticas de 60,0%. Además de la existencia de casos de psicopatología en 35,1% de la población general. Son estos hallazgos y demás factores psicosociales, los que han motivado al estudio de las variables predictoras de la falta de salud mental; entre estas se pueden mencionar: el estrés social, la ansiedad, la violencia delincinencial, el ambiente familiar, el contexto sociocultural, el consumo de drogas y alcohol y la salud mental de la población. Ante los potenciales efectos psicológicos y emocionales de la violencia delincinencial en la salud mental de los salvadoreños surgen las interrogantes: ¿Existirá una relación del contexto de violencia social delincinencial con la salud mental

de la población salvadoreña? ¿Qué tipos de violencia delincinencial afectan más la salud mental de los salvadoreños? ¿Habr  algún tipo de relación de las variables socioculturales con la salud mental de los salvadoreños? ¿Existirá alguna asociación de las variables sociodemográficas con la estabilidad mental y emocional de los salvadoreños? Con la finalidad de sistematizar el desarrollo del presente estudio y responder algunas de las preguntas antes señaladas, se plantean los siguientes objetivos de investigación:

1. Elaborar un análisis descriptivo cuantitativo de los indicadores de estrés-ansiedad delincinencial, la salud mental, indicadores socioculturales, consumo de drogas/alcohol y de las variables vinculadas con la violencia social delincinencial.
2. Elaborar un análisis descriptivo cualitativo de los factores o nodos problemáticos expresados por los expertos sobre la violencia social delincinencial y la salud mental de los salvadoreños.
3. Determinar si existe una asociación del estrés y la ansiedad delincinencial con la salud mental de los salvadoreños.
4. Determinar si existen diferencias significativas al comparar el estrés-ansiedad delincinencial, la salud mental en función del sexo de la población.
5. Establecer si hay diferencias estadísticas en estrés-ansiedad delincinencial y salud mental en función de las variables sociodemográficas como: edad, sexo, nivel educativo, lugar de residencia, estado familiar, si trabaja o no, en la población salvadoreña.
6. Establecer un modelo de regresión logística (modelo predictivo) donde las variables predictoras (VI) serán: nivel educativo, sexo, edad, consumo de drogas y alcohol, ambiente familiar, violencia estructural, estrés delincinencial y como variable criterio (VD) será la ansiedad delincinencial y la salud mental.

En relación con los objetivos antes mencionados, se plantean las siguientes hipótesis:

1. El estrés y la ansiedad delincriminal, y la violencia sociocultural están relacionados con la salud mental de la población salvadoreña
2. Existen diferencias estadísticamente significativas en salud mental/bienestar psicológico, estresor delincriminal, ansiedad delincriminal, violencia estructural, maltrato familiar en función de si fue víctima de violencia delincriminal.
3. Existen diferencias estadísticamente significativas del estrés-ansiedad delincriminal y la salud mental en función del sexo de la población.
4. Existen diferencias estadísticamente significativas en estrés-ansiedad delincriminal, la salud mental, violencia sociocultural, maltrato familiar en función de las variables sociodemográficas como: edad, nivel educativo, estado familiar y lugar de residencia.
5. Un porcentaje importante del estrés-ansiedad delincriminal (salud mental) de la población salvadoreña se explica mediante el modelo de regresión logística (modelo predictivo) donde las variables predictoras (VI) son: sexo, nivel educativo, edad, estado familiar, violencia estructural, estrés delincriminal ambiente familiar, y como variable criterio (VD) será la ansiedad delincriminal/salud mental /bienestar psicológico.

## El método

### Participantes.

En este estudio se seleccionó una muestra probabilística representativa de las ciudades más importantes del país, para ello, se adoptó una estimación de error del 3% y un nivel de confianza del 95%, obteniéndose una muestra de 1,143 personas a escala nacional. La muestra fue distribuida de forma proporcional al número de habitantes en cada departamento. El presente estudio es de tipo *multimodal* (Hernández, Fernández y Baptista, 2006); también podría nominarse *expos facto* (Montero y León, 2007), con un *diseño retrospectivo y transeccional*. Entre las técnicas para la recolección de información fueron utilizadas: *la encuesta y la entrevista a profundidad*. En el estudio fueron encuestadas 538 (47,1%) hombres y 605 (52,9%) mujeres. Siendo ésta una muestra que está en sintonía con el universo de la población salvadoreña. En cuanto a la edad, el mayor porcentajes están entre 25 a 36 (26,8%) años. En relación a la variable lugar de residencia 807 (70,6%) fueron urbanas y 336 (29,4%) rurales, las variables como el nivel educativo, estado civil, lugar de residencia, entre otras se pueden ver en la tabla 4.

Tabla 4. Frecuencias y porcentajes de las características sociodemográficas de la muestra.

<i>Características sociodemográficas</i>	<i>Población general (n = 1,143)</i>
	<i>Porcentajes</i>
<b>Género</b>	
Femeninos (n = 605)	52,8
Masculinos (n = 538)	47,1
<b>Estado civil</b>	
Soltero (n = 410)	35,9
Casado (n = 438)	38,0
Acompañado (n = 216)	18,9
Divorciado/a (n = 31)	2,7
Viudo/a (n = 44)	3,8
No responde (n = 8)	0,7
<b>Escolaridad</b>	
De 1°. -3°. Grado (n = 123)	10,8
De 4°. -6°. Grado (n = 192)	16,8
De 7°. -9°. Grado (n = 241)	21,1
Bachiller (n = 348)	30,4
Técnico (n = 27)	2,4
Universitario (n = 101)	8,8
Analfabeta (n = 91)	8,0
No responde (n = 20)	1,7
<b>Edad</b>	
De 17 a 25 años (n = 262)	22,9
De 26 a 35 años (n = 306)	26,8
De 36 a 45 años (n = 224)	19,6
De 46 a 55 años (n = 166)	14,5
Más de 56 años (n = 177)	15,5
No responde (n = 8)	0,7
<b>Lugar de residencia</b>	
Urbana (n = 807)	70,6
Rural (n = 336)	29,4
<b>Trabaja</b>	
Sí (n = 732)	64,0
No (n = 399)	34,9
No responde (n = 12)	1,0
<b>Sector en que trabaja</b>	
Público (n = 306)	26,8
Privada (n = 426)	37,3
No aplica (n = 411)	36,0
<b>Es cotizante</b>	
Sí (n = 246)	21,8
No (n = 689)	60,3
No responde (n = 205)	17,9

En el presente estudio multimodal, se planificó desarrollar un estudio cualitativo mediante *la entrevista a profundidad* que reforzará o matizará los hallazgos cuantitativos. Para ello, se planificó un perfil de los informantes claves para el estudio, entre sus características se tienen: profesionales relacionados y que laboren en campos vinculados con la violencia delincriminal y la salud mental de la población salvadoreña, que fueran mayores de edad, deberían incluirse a líderes comunitarios y empresarios. En este sentido, fueron seleccionados por especialidad y región del país a 30 *informantes claves*, quedando conformada la muestra de la forma siguiente: psicólogos (4), sociólogos (2), abogados, fiscales y jueces (6), jefes policiales (4), líderes comunitarios (4), empresarios (4), educadores (4), y antropólogos (2), sumando un total de 30 participantes. Estos fueron distribuidos por región del país: región occidental (8), gran San Salvador (18) y región oriental (8). Las entrevistas fueron realizadas a los profesionales en su región y área de trabajo, según distribución antes señalada

### **La encuesta**

Tras la aplicación de las técnicas estadísticas de muestreo probabilístico, se procedió a la construcción y el desarrollo de dos estudios psicométricos de tres instrumentos que midiesen las variables de los objetivos y las hipótesis antes planteadas. Así mismo, se seleccionó el GHQ -12, para medir la salud mental o bienestar psicológico de la población. Finalmente la batería de pruebas que fueron aplicadas quedo conformada por los instrumentos: Cuestionario de elaboración propia, Escala de estrés y ansiedad (ESAD) delincriminal, Cuestionario de salud general, GHQ-12, Escala de Ambiente familiar (ESAD). Tanto los resultados de los estudios psicométricos como los instrumentos se describen a continuación.

## **Instrumentos.**

*Cuestionario de elaboración propia.* Que contiene las variables sociodemográficas, un grupo de ítems que evalúan la violencia sociocultural, el consumo de alcohol y drogas, y algunas variables relacionadas con la violencia delincinencial que experimenta la población salvadoreña.

*Escala de estrés y ansiedad delincinencial (ESAD).*

Para el desarrollo del presente estudio se realizó una búsqueda y revisión sistemática de la literatura disponible tanto en la biblioteca como en diferentes bases de datos especializadas sobre la existencia de estudios relacionados con la influencia de la violencia social delincinencial en el bienestar psicológico y emocional (salud mental) de una población que vive en un contexto social de violencia delincinencial y que constantemente es víctima de diferentes tipos de violencia delincinencial, como: robos, hurtos, extorsiones, lesiones, homicidios, etc., y de cómo la exposición directa o indirecta a estas experiencias traumáticas y estresantes van afectando la salud mental de la población. Tras este proceso, nos encontramos ante la inexistencia de estudios de esta naturaleza, y con los mismos resultados en cuanto a la existencia de instrumentos (pruebas, escalas, test) que midieran la relación de la violencia social delincinencial con indicadores empíricos de bienestar psicológico y emocional (salud mental); con la intención de construir un instrumento que midiesen estas variables, se inició una búsqueda de modelos teóricos consistente para ello. Tras este proceso se adoptó *el modelo transaccional de Lazarus y Folkman (1986)*, quienes plantean que el estrés es el resultado de una relación entre el individuo y su entorno, que es evaluado por la persona como amenazante y que pone en peligro su bienestar. Una situación o experiencia considerada como mala o negativa por un individuo depende de sus propias interpretaciones, debido a que el mismo evento experimentado por otra persona pueden



producir una reacción o respuesta considerada como normal, no dañina, ni negativa; esto sucede debido a que cada individuo tiene sus propias percepciones de su entorno y sus propios mecanismos de adaptación a esas circunstancias estresantes. Considerando el concepto y definición del estrés, y otros postulados de Lazarus y Folkman (1986), se procedió a construir una escala (ESAD) que evaluará objetivamente el *estresor delincinencial* y el nivel de *ansiedad delincinencial* de la población que ha experimentado, o ha sido víctima de la violencia social delincinencial. Así mismo, serán indicadores empíricos de falta de bienestar psicológico y emocional en la población salvadoreña.

Tras la construcción de la escala, se procedió a administrar la prueba a una muestra de 300 personas, siendo éste *el primer estudio* de cara a los análisis psicométricos de la prueba, originalmente la escala quedó integrada por diecisiete (17) ítems, tras las pruebas psicométricas mediante el *Análisis Factorial Exploratorio* (AFE) éste arrojó dos factores integrados por: *el estresor delincinencial* y *ansiedad delincinencial*. El primero era evaluado con los primeros cinco ítems (1,2,3,4,5) y el segundo, con los ocho ítems siguientes (6,7,8,9,10,11,12,13), también se aplicó el análisis de consistencia interna, sus alfa de Cronbach fueron superiores a 0,75, indicando adecuados criterios de fiabilidad y validez de constructo en ambas dimensiones. Quedando un instrumento con buenas propiedades psicométricas para evaluar el estrés y ansiedad delincinencial en una población salvadoreña.

Posterior al *estudio dos* realizado a escala nacional se procedió a repetir los mismos análisis psicométricos encontrándose los resultados siguientes, en el *Análisis Factorial Exploratorio* mediante el análisis Kaiser-Meyer-Olkin ( $KMO=0,86$ ) con la prueba de esfericidad de Bartlett ( $X^2 78=5235; p=0,000$ ) indicaron la adecuación de los datos para este tipo de análisis. Siguiendo el procedimiento prefijado en dos factores con rotación *Varimax*, resultando una solución de dos factores que explican el 49,99%

de la varianza total explicada, presentando todos los ítems valores de saturación superiores a 0,40; siendo el primer factor: *Estresor delincriminal* con seis ítems (1,2,3,4,5,6), su alfa de Cronbach es de 0,77 y el segundo factor: *ansiedad delincriminal* con siete ítems (7,8,9,10,11,12,13), el alfa de Cronbach es de 0,82. Indicando que la prueba posee adecuadas propiedades psicométricas para evaluar este constructo o variable latente.

*Cuestionario de salud general, GHQ-12.* (Golbert, 1970)

Este es un instrumento de screening (filtrado) o de tamizaje de salud mental en la población que evalúa salud mental y bienestar psicológico. La prueba posee adecuadas propiedades psicométricas de fiabilidad y validez. En el estudio cubano se obtuvieron los indicadores de consistencia interna alfa de Cronbach de 0,89 para las dos escalas, en el estudio en muestra española se obtuvieron índices de consistencia interna de 0,82 y 0,85. En el estudio cubano, la validez se logró mediante la correlación con la escala de depresión de Beck, y ésta fue de 0,92 y con el Idare de 0,85, similares resultados se encontraron en países como Japón, EE.UU. e Inglaterra. Lo anterior indica que la prueba posee adecuadas propiedades psicométricas para evaluar bienestar psicológico (salud mental) y funcionamiento social. En el presente estudio la prueba de consistencia interna Alfa de Cronbach obtenidas fueron superiores a 0,77 en ambas dimensiones, indicando que la prueba posee adecuadas propiedades psicométricas en El Salvador.

*Escala de Ambiente familiar.* (ESAF)

Tras una búsqueda y revisión bastante exhaustiva sobre la existencia de instrumentos psicométricos que evalúen el funcionamiento y la dinámica de la estructura familiar. Se encontraron un par de cuestionarios que no cubrían los propósitos del presente estudio, por lo que se procedió al diseño y estudio

de una escala que fuera consistente con los objetivos y fines de la presente investigación, debido a que se pretendía medir el funcionamiento y la dinámica de la estructura de la familia salvadoreña, como indicador empírico del estado de salud de la familia. Debido a que existe suficiente evidencia de que una familia disfuncional es un factor precipitante de múltiples problemas de carácter mental, entre ellas: estrés, ansiedad, depresión, conflictos emocionales, malas relaciones interpersonales, agresividad, baja autoestima, etc. Ante la necesidad de medir *el funcionamiento y la dinámica familiar* desde un modelo consistente se operacionalizó el concepto del modelo de ecosistemas (Bronfenbrenner, 1979), que postula que la conducta individual se puede explicar mejor al comprender el contexto ambiental en el que se presenta, en este sentido el ambiente humano es en extremo complejo, pues se incluyen dimensiones físicas, psicológicas, estructuras sociales, económicas y políticas. No sería consistente postular un modelo de familia normal y patológica, por lo que nuestra atención deberá estar centrada en la funcionalidad o disfuncionalidad familiar, fijándonos en las estructuras, procesos y paradigmas que permiten a la familia cumplir sus funciones esenciales.

Inicialmente se construyó instrumentos (ESAF) que fue administrada a 350 personas, para evaluar el funcionamiento familiar y el abuso o maltrato familiar; en su primera versión la prueba fue construida con doce (12) reactivos o ítems. El Análisis Factorial Exploratorio (AFE) del estudio indicó dos factores, tal como fue previsto su diseño original, el factor uno: *funcionamiento familiar*, integrado por nueve ítems (1,2,3,7,8,9,10,11,12) y el factor dos: *abuso o maltrato familiar*, formado por tres ítems (4,5,6). El KMO fue de 0,901;  $p=0,000$ , el análisis de consistencia interna alfa de Cronbach para el primer factor fue de 0,92, y para el segundo factor de 0,66, todos los ítems obtuvieron una correlación ítems total superior a 0,30 y la carga factorial fue superior a 0,40. Los resultados anteriores indican buenas propiedades psicométricas para evaluar el funcionamiento familiar y el maltrato familiar,

como indicadores de estabilidad psicológica y emocional (salud mental) en la familia salvadoreña.

### **Entrevista a profundidad.**

Tras la construcción de una guía de entrevista que contenía 25 temas o tópicos de interés para el estudio cualitativo. El objetivo de la entrevista a profundidad fue evaluar cualitativamente aquellos factores o dimensiones psicosociales relacionados con la violencia delincriminal y la salud mental de los salvadoreños, con la finalidad de reforzar, profundizar y matizar los resultados cuantitativos. Como un primer esfuerzo en esta dirección, se procedió a elaborar el perfil profesional de los informantes claves, quienes debían trabajar y tener experiencia en temas relacionados con la violencia delincriminal y la salud mental.

## RESULTADOS

### **Análisis descriptivo cuantitativo.**

El análisis descriptivo se desarrollará, en un primer momento, del estrés-ansiedad delincriminal resultado de la violencia delincriminal en relación al sexo y el lugar de residencia (urbano, rural) de la muestra; en un segundo momento, de los indicadores de salud mental/bienestar psicológico, comparado por sexo y lugar de residencia. Asimismo, en función de si ha sido víctima de violencia delincriminal o no. Posteriormente se presentará las incidencias de víctimas de violencia, lugar de cometimiento del delito, el contexto sociocultural de la violencia, y el consumo de drogas y alcohol, las razones y motivaciones del consumo, la frecuencia y tipos de drogas, entre otras variables relacionadas.

A continuación se presentan las frecuencias y porcentajes de la muestra que frecuentemente presentan *estrés* y *ansiedad delincriminal* comparándose por sexo. En este primer momento, se enfatiza en aquellos indicadores que revelaron diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres.

En relación a la pregunta si en el último año un pariente suyo fue víctima de la violencia delincriminal: lesión o homicidio, 409 personas (36,0%) expresaron que frecuentemente; de estos, 174 (42,5%) son hombres, mientras 235 (57,5%) son mujeres, indicando diferencias significativas; mientras 26,6% de la muestra aceptó haber sido víctima de la delincriminal en el último año. En cuanto a si consideran que las noticias que se transmiten por televisión, prensa escrita y radio, sobre la violencia delincriminal (lesionados, muertos, extorsiones) afectan su estado emocional y mental, 868 (76,5%) manifestarán que frecuentemente, de este total 387 (44,6%) son masculinos y 481(55,4%) son femeninos.

Se preguntó si siente temor de transitar por algunas calles o zonas de la ciudad (colonias, barrios o pueblo) 922 (81,3%) expresaron que frecuentemente, de estos 415 (45,0%) son masculinos y 507 (55,0%) son del sexo femenino. En relación a sí el contexto de violencia social delincriminal en que viven los salvadoreños le produce *ansiedad y estrés* (pánico, miedo, agitación, boca seca, inquietud, taquicardia) 866 (76,4%) manifestaron que frecuentemente, de este total 392 (45,3%) son masculinos y 474 (54,7%) son femeninos, encontrándose diferencias significativas entre ambos grupos, presentando mayores dificultades de salud mental las mujeres que los hombres (ver tabla 1).

Referente a si el ambiente de violencia social delincriminal que viven los salvadoreños le produce *nerviosismo e inseguridad* 961 (84,8%) dicen que frecuentemente, del total 436 (45,4%) son masculinos y 525 (54,6) son femeninos. Al preguntarle a la población si considera usted que la situación de violencia delincriminal que vive el país le *afecta el sueño* 751 (65,9%) refieren que frecuentemente, de estos, 326 (43,4%) son del sexo masculino y 425 (56,6%) son femeninos, si hay diferencias significativas entre ambos grupos, estando más afectadas las mujeres.

En cuanto a sí el contexto de violencia social delincriminal que se vive en El Salvador, está afectando *su estabilidad emocional y mental*, 807 (70,7%) expresan que frecuentemente, de estos, 347 (43,0%) son hombres y 460 (57,0%) son mujeres. En los indicadores restantes, si bien no hay diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres, la prevalencia de *estrés y ansiedad delincriminal* siempre es mayor en la mujer.

**Tabla 1.** Frecuencias y porcentajes de la muestra que frecuentemente presentan *estrés y ansiedad delincriminal*, comparados por sexo.

No.	Ítems	Total (%)	Hombres (%)	Mujeres (%)	$\chi^2$
1	¿En el último año, algún pariente suyo fue víctima de la delincriminal (Ej. robo, hurto, extorsión)?	498 (43,8)	233 (46,8)	265 (53,2)	0,017
2	¿En el último año, algún amigo o conocido suyo fue víctima de la delincriminal (Ej. robo, hurto, extorsión)?	656 (57,5)	324 (49,4)	332 (50,6)	3,756†
3	¿En el último año, algún pariente suyo fue víctima de la violencia delincriminal (Ej. lesión o homicidio)?	409 (36,0)	174 (42,5)	235 (57,5)	5,316*
4	¿Usted ha pensado en cambiar su lugar de residencia, como producto de la violencia delincriminal?	427 (37,9)	191 (44,7)	236 (55,3)	1,812
5	¿Algún familiar, amigo, o conocido ha cambiado su lugar de residencia, como resultado de la violencia?	574 (50,9)	274 (47,9)	299 (52,1)	0,233
6	¿En su casa, se han implementado algunas medidas de seguridad (Ej. Cerrar temprano la puerta, no estar en la calle)?	859 (76,4)	399 (46,4)	460 (53,6)	0,639
7	¿Considera usted que las noticias que transmiten por televisión, prensa escrita y radio, sobre la violencias delincriminal (Ej. lesionados, homicidios, extorsiones) afectan su estado emocional y mental?	868 (76,5)	387 (44,6)	481 (55,4)	9,317**

8	¿En el último año, ha modificado su vida cotidiana debido a la violencia delincriminal? (Ej. Llegar temprano a casa, no salir de noche)	855 (75,6)	397 (46,4)	458 (53,6)	0,376
9	¿Siente temor de transitar por algunas calles o zonas de la ciudad (colonias, barrios o pueblo)?	922 (81,3)	415 (45,0)	507 (55,0)	7,848**
10	¿El contexto de violencia delincriminal que se vive en El Salvador le produce ansiedad y estrés (pánico, miedo, agitación, boca seca, inquietud, taquicardia)?	866 (76,4)	392 (45,3)	474 (54,7)	5,135*
11	¿El ambiente de violencia delincriminal que se vive en El Salvador le produce nerviosismo e inseguridad?	961 (84,8)	436 (45,4)	525 (54,6)	7,119**
12	¿Considera usted que la situación de violencia delincriminal que vive el país le afectan el sueño?	751 (65,9)	326 (43,4)	425 (56,6)	11,506**
13	¿El contexto de violencia delincriminal que se vive en El Salvador afecta su estabilidad emocional y mental?	807 (70,7)	347 (43,0)	460 (57,0)	17,511***

\* $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$

Con respecto a las frecuencias y porcentajes de la muestra que manifestaron que frecuentemente presentan *estrés* y *ansiedad delincriminal* en función del lugar de residencia (urbano, rural); en el presente análisis se considerarán aquellos indicadores que su prevalencia total encontrada fue superior al 75%. Uno de los primeros indicadores es: en su casa se han implementado algunas medidas de seguridad, como cerrar temprano la puerta, no estar en la calle, 859 (76,4%) expresaron que frecuentemente lo hacen, de estos 613 (71,4%) son urbanos y 246 (28,6%) son rurales.



En relación a si consideran que las noticias que se transmiten por televisión, prensa escrita y radio, sobre la violencia delincriminal (lesionados, homicidios, extorsiones) afectan su estado emocional y mental, 868 (76,5%) del total manifestaron que frecuentemente, de este total, 614 (70,7%) son urbanos y 254 (29,3%) son rurales. También se preguntó si en el último año ha modificado su vida cotidiana debido al contexto de violencia delincriminal, Ej: llegar temprano a casa, no salir de noche, 855 (75,6%) refieren que frecuentemente lo hacen, de estos, 599 (70,1%) son urbanos y 256 (29,9%) son rurales (ver tabla 2). Por otra parte, 866 (76,4%) de la muestra del estudio expresaron que el contexto de violencia social delincriminal que se vive en El Salvador le produce ansiedad, estrés, pánico, miedo, agitación, boca seca, inquietud y taquicardia, de este total, 614 (70,9%) son urbanos y 252 (29,1) son rurales. Asimismo, 961 (84,8%) consideran que el ambiente de violencia delincriminal que se vive en El Salvador, le produce nerviosismo e inseguridad, de estos, 674 (70,1%) son urbanos y 287 (29,9%) son rurales.

Todos los indicadores *de estrés y ansiedad delincriminal*, tanto los antes señalados como el resto no mencionados, presentan una rotunda mayoría de prevalencia en la personas que residen en las ciudades en contraste con las personas que residen en las zonas rurales, indicando claramente que los efectos directos de la violencia social delincriminal son los problemas de salud mental y bienestar psicológico en la población salvadoreña, con mayor significancia en los residentes de la ciudad que en los residentes rurales.

**Tabla 2.** Frecuencias y porcentajes de la muestra que frecuentemente presentan *estrés* y *ansiedad delincriminal*, comparando los que residen en zonas urbanas y rurales.

No.	Ítems	Total (%)	Urbano (%)	Rural (%)	$\chi^2$
1	¿En el último año, algún pariente suyo fue víctima de la delincuencia (Ej. robo, hurto, extorsión)?	498 (43,8)	360 (72,3)	138 (27,7)	0,983
2	¿En el último año, algún amigo o conocido suyo fue víctima de la delincuencia (Ej. robo, hurto, extorsión)?	656 (57,5)	475 (72,4)	181 (27,6)	2,173
3	¿En el último año, algún pariente suyo fue víctima de la violencia delincriminal (Ej. lesión o homicidio)?	409 (36,0)	293 (71,6)	116 (28,4)	0,186
4	¿Usted ha pensado en cambiar su lugar de residencia, como producto de la violencia delincriminal?	427 (37,9)	318 (74,5)	109 (25,5)	4,469*
5	¿Algún familiar, amigo, o conocido ha cambiado su lugar de residencia, como resultado de la violencia?	574 (50,9)	423 (73,7)	151 (26,3)	5,902*
6	¿En su casa, se han implementado algunas medidas de seguridad (Ej. Cerrar temprano la puerta, no estar en la calle)?	859 (76,4)	613 (71,4)	246 (28,6)	0,847
	¿Considera usted que las noticias que transmiten por televisión, prensa escrita y radio, sobre la violencia delincriminal (Ej. lesionados, muertos, extorsiones) afectan su estado emocional y mental?	868 (76,5)	614 (70,7)	254 (29,3)	0,047
8	¿En el último año, ha modificado su vida cotidiana debido a la violencia delincriminal? (Ej. Llegar temprano a casa, no salir de noche)	855 (75,6)	599 (70,1)	256 (29,9)	0,989
9	¿Siente temor de transitar por algunas calles o zonas de la ciudad (colonias, barrios o pueblo)?	922 (81,3)	664 (72,9)	258 (28,0)	2,987

10	¿El contexto de violencia delincriminal que se vive en El Salvador le produce ansiedad y estrés (pánico, miedo, agitación, boca seca, inquietud, taquicardia)?	866 (76,4)	614 (70,9)	252 (29,1)	0,001
11	¿El ambiente de violencia delincriminal que se vive en El Salvador le produce nerviosismo e inseguridad?	961 (84,8)	674 (70,1)	287 (29,9)	0,965
12	¿Considera usted que la situación de violencia delincriminal que vive el país le afectan el sueño?	751 (65,9)	535 (71,2)	216 (28,8)	0,306†
13	¿El contexto de violencia delincriminal que se vive en El Salvador afecta su estabilidad emocional y mental?	807 (70,7)	571 (70,8)	236 (29,2)	0,018
	* $p < 0,05$				

Con relación a los indicadores de problemas de *salud mental* y *bienestar psicológico* que frecuentemente presenta la muestra comparados por género. Seguidamente se presentan las frecuencias y porcentajes más representativos del indicador de salud mental; en este sentido, se evalúa sí las preocupaciones le han hecho perder mucho sueño 301 (26,4%) expresaron que frecuentemente, de estos 142 (41,2%) son masculinos y 177 (58,8%) son femeninos. Con relación a sí se ha sentido agobiado y con tensión 345 (30,5%) manifestaron que es frecuente, de estos, 143 (41,4%) son masculinos y 202 (58,6%) son del sexo femenino. Por otra parte, se preguntó sí ha sentido que no puede superar sus dificultades 347 (30,6%) refieren que frecuentemente, de este total, 160 (46,1%) son masculinos y 187 (53,9%) son femeninos.

En este mismo sentido, se evaluó sí ha sido capaz de hacer frente a sus problemas 917 (80,7%) dicen que frecuentemente, hay 19,3% que no pueden con sus problemas, del total, 439 (47,9%) son masculinos y 478 (52,1%) son femeninos. Con respecto a

sí se ha sentido poco feliz y deprimido 244 (21,5%) expresaron que frecuentemente, del total, 104 (42,6%) son masculinos y 140 (57,4%) son femeninos. En todos los indicadores de *salud mental* comparados por sexo se encontró porcentajes mayores en las mujeres que en los hombres, lo que indica que existen más dificultades de salud mental/bienestar psicológico en las mujeres.

En el análisis descriptivo de frecuencias y porcentajes de la muestra que frecuentemente presentan dificultades de *salud mental y bienestar psicológico*, comparando los que residen en las zonas urbanas y los que residen en zonas rurales. En esta ocasión, se centrará el análisis en aquellos indicadores (reactivos) en los que haya mayores diferencias.

En cuanto a sí las preocupaciones le han hecho perder mucho sueño 301 (26,4%) expresaron que frecuentemente, de estos 202 (67,1%) son urbanos y 99 (32,9%) son rurales. Referente a sí se ha sentido constantemente agobiado y con tensión 345 (30,5%) manifestaron que sí, de este total, 252 (73,0%) son residentes urbanos y 93 (27,0%) son residentes rurales. Al preguntarles sí han sentido que no pueden superar sus dificultades 347 (30,6%) refieren que frecuentemente, de estos, 230 (66,3%) son urbanos y 117(33,7%) son rurales (ver tabla 8).

Por otra parte, se preguntó sí se han sentido poco feliz y deprimido 244 (21,5%) expresaron que frecuentemente, de este total, 161 (66,0%) son residentes urbanos y 83 (34,0%) son residentes rurales. En cuanto a si se sienten razonablemente feliz considerando todas las circunstancias 756 (67,1%) manifestaron que frecuentemente, de estos, 537 (71,0%) son urbanos y 219 (29,0%) son rurales, este último indicador refiere entonces que 32,9% de la muestra del estudio no se consideran felices considerando todas las circunstancias. En un sentido general, se puede apreciar que en todos los indicadores de *salud mental y bienestar psicológico* de la población en función del lugar de

residencia, existe mayor incidencia de dificultades de salud mental en la muestra de residentes urbanos que en la muestra de residentes rurales; duplicando los porcentajes en casi todos los indicadores.

### **Factores socioculturales de la violencia social delincriminal**

En relación a los factores socioculturales asociados a la violencia delincriminal se formularon seis reactivos relacionados entre sí, que brindaran una explicación general sobre las condiciones del contexto social y cultural de violencia que viven los salvadoreños. Con el propósito de conocer la percepción y visión que la población tiene referente a la violencia delincriminal. Entre los resultados se tienen: El primer indicador explora si considera que el ambiente social y comunitario donde viven los salvadoreños está incidiendo en la violencia delincriminal 431 (38,3%) expresaron que nunca, mientras 695 (61,7%) manifestaron que frecuentemente; considera usted que el ambiente familiar en que viven los salvadoreños está relacionado con la violencia delincriminal 481 (42,6%) dicen que nunca y 648 (57,4%) dicen que frecuentemente; considera usted que la televisión, el cine y los juegos de video promueven las conductas violentas en los salvadoreños 339 (29,9%) expresan que no, mientras 796 (70,1%) manifiestan que frecuentemente; considera usted que las condiciones económicas de pobreza en que viven la mayoría de salvadoreños inciden en la violencia delincriminal 315 (27,8%) dicen que nunca y 820 (72,2%) dicen que frecuentemente. Considera usted que el contexto de violencia delincriminal en que viven los salvadoreños está afectando la salud mental de las personas 332 (29,4%) expresaron que nunca y 797 (70,6%) manifestaron que frecuentemente es afectada.

Al preguntarle a la población si han sido víctimas de la violencia delincriminal 304 (26,6%) expresaron que sí, y 827 (72,5%) dijeron que no. Indicando lo anterior, que más de una cuarta parte, es decir, uno de cada cuatro salvadoreños fue

víctima de la delincuencia en el último año. De los 304 (26,6%) que informaron que habían sido víctimas de la delincuencia, los porcentajes de los tipos de delitos se distribuyeron de la siguiente formas.

Figura 1. Porcentaje de tipos de delitos de que han sido víctimas en el último año.

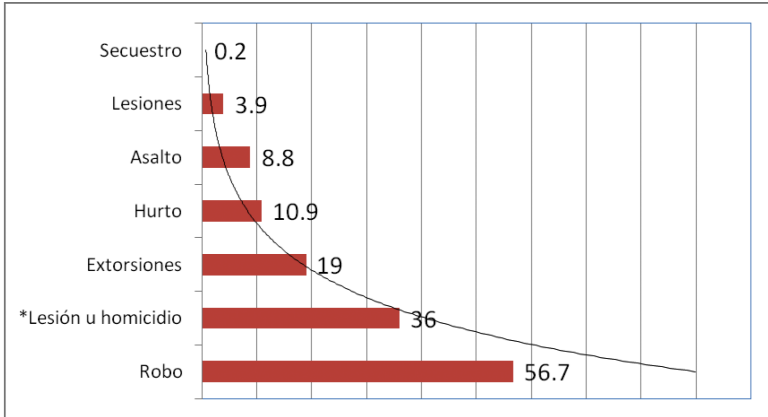


Figura 2. Porcentaje de número de veces que la muestra fue víctima de delitos en el último año.

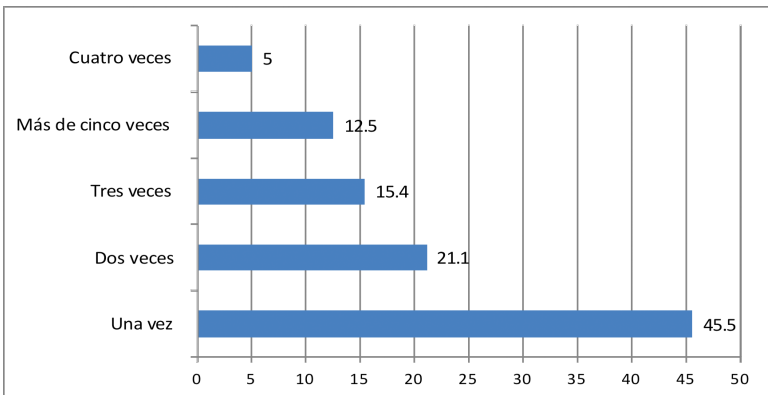
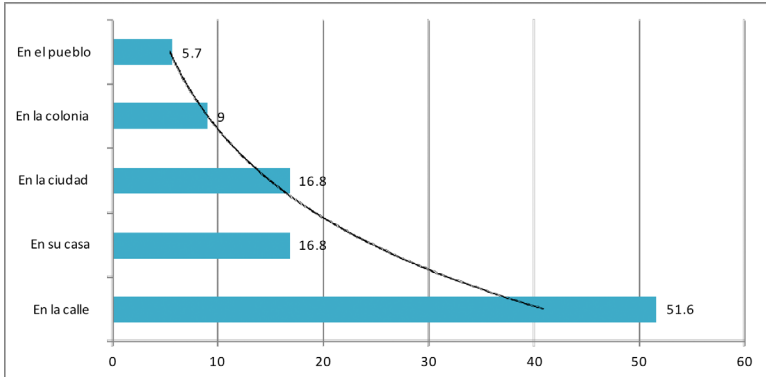


Figura 3. Porcentajes de lugares donde fue víctima de algún tipo de delito en el último año



### Consumo de alcohol y drogas, como indicador de salud mental

En relación al consumo de alcohol y drogas en la población en estudio se encontró que 181 (15,8%) expresaron que sí consumen, mientras 948 (82,9%) manifestaron que no, y 14 (1,2%) no respondió. Los motivos del consumo de este 15,8% de personas que aceptó el consumo de algún tipo de sustancia psicoactiva se mencionan en la figura 4.

Figura 4. Motivos del consumo de alcohol y drogas en la muestra (frecuencias)

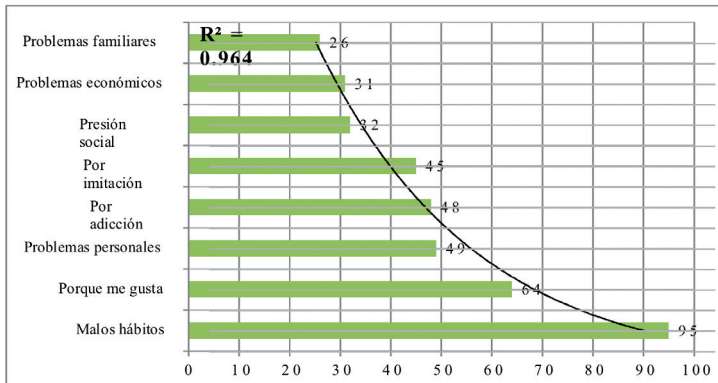
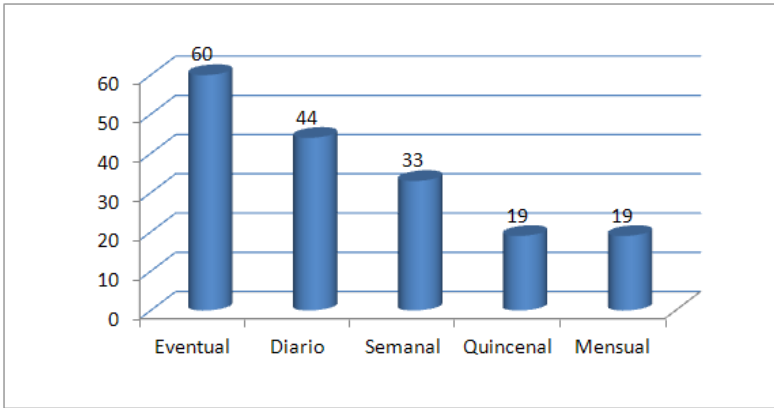


Figura 5. Frecuencia del consumo de sustancias psicoactivas en la muestra estudiada





## **Análisis descriptivo cualitativo.**

**Cultura de la violencia;** *lo primero en la mente.* Los participantes de este estudio, cuando hablan de “violencia”, tratan de puntualizar sus ideas, lo viven con mucha “seriedad” y se les ocurren múltiples formas de agrupar sus comentarios. Se concentran en sus experiencias y se autodefinen como conocedores del fenómeno. La mayoría de los entrevistados convergen en que la “*violencia*” es un fenómeno cultural, lo definen como un comportamiento “habitual de las personas”. De acuerdo a los y las participantes, el fenómeno es estimulado principalmente por los medios de comunicación los cuales día a día enfrentan a la población con “asesinatos”, “desmembramientos”, “robos”, “sangre”, “violencia política”, “violencia escolar” y otros. Lo peligroso de la lectura anterior, es caer en divisiones objetivas y subjetivas del fenómeno de *violencial delincinencial*, en la cual los responsables de frenar el fenómeno, tienden a culpar a los medios de comunicación como forma de minimizar parte de su responsabilidad.

Los entrevistados se perciben a sí mismos como “pacíficos, tolerantes y respetuosos”, sin embargo, los ambientes donde se desenvuelven cotidianamente resultan contar con un alto nivel de violencia, lo cual se manifiesta con diversos matices de *ansiedad*. De acuerdo a la mayoría, la violencia es un tópico que ha sido estudiado por muchos profesionales, universidades y otras instituciones, hasta hoy sin resultados significativos. De acuerdo al análisis lo primero en la mente de los entrevistados, al mencionar “violencia” este concepto es agrupado en diversas formas, siendo estas:

El grupo 1: *Muerte y agresión* “hechos delictivos de mayor y menor grado” a través de las pandillas y el uso ilegal de armas.

Grupo 2: *Inseguridad/Temor* “daño físico y psicológico” realizado por pandilleros en su mayoría (estimulado por exposición masiva de muertes, dolor y luto constantemente). Grupo 3: *ansiedad* “problema grave y frecuente de proporciones epidémicas que afecta a la población salvadoreña sistemáticamente” debido a un alto número de extorsiones, impunidad, falta de valores morales y al constante incremento en los números de crímenes y violaciones. Grupo 4: *violación a derechos de los ciudadanos (actitud)* “intranquilidad, problemas de relaciones humanas, de socialización inadecuada, patrones negativos de comportamiento, conductas crueles y destructivas, intenciones malas en contra de los demás, maltrato físico y psicológico (población vengativa con odio, crueldad y impulsos destructivos).

“Los medios masivos, juegan un papel elemental en la salud mental de la población salvadoreña”. Los problemas de orden psicosocial pueden reducirse a través de convenios con los medios de comunicación, ya que estos juegan un papel importante en la inflexión de ideas y conductas de los ciudadanos. Al hablar de violencia los entrevistados verbalizan una realidad compleja, en la cual se ven agrupados diferentes matices de emociones, conductas, actitudes y hechos. Fundamentalmente y a modo de convergencia destacan la falta de control del fenómeno a nivel nacional, efectos de la inseguridad en el plano psicológico y una promesa de la erradicación se volvería en estos momentos en una falacia a partir de la dimensión que el problema tiene, el rol de las instituciones (FGR, PNC, jueces, gobierno central y municipales) se ve en dificultades en cuanto a su efectividad.

*“Me siento ánicamente mal, porque diariamente se está pendiente de todo lo malo que te puede pasar al salir de casa, al trabajo o cualquier otro lugar”* Psicólogo.

La carga psicosocial a raíz de la violencia delincriminal es un factor que les disminuye la calidad de vida; la disminución de sus

capacidades y habilidades para desenvolverse en su cotidianidad de forma segura es una muestra de lo anterior.

*“Para sentirme seguro lo que hago es evitar salir de casa, mantenerme encerrado del trabajo a la casa y si salgo a un lugar tengo que pensarlo primero que tipo de lugar es, si ofrece condiciones de seguridad para mí y mi familia”*. Juez de la República.

*“Nos sentimos prisioneros en nuestras casas, es difícil salir y disfrutar sanamente porque siempre estamos pensando en que algo negativo puede pasar”*. Educador

### **Efectos de la violencia delincriminal**

La violencia delincriminal perjudica a los salvadoreños de todos los niveles socioeconómicos y los perjudica en diversos sentidos, en los lugares públicos disipando los espacios de diversión de la ciudad poco a poco y así como en los alrededores de su comunidad. De acuerdo a los participantes quienes externan los efectos, dicen vivir en un estado aparente de “toque de queda autoimpuesto” situación que genera una progresión geométrica de la pérdida de seguridad. Los efectos se desplazan al plano económico, debido a que las medidas de seguridad por temor a ser víctima, llevan al salvadoreño a poner rejas, candados, pago de más vigilancia en su comunidad, etc. Lo cual deteriora su bolsillo.

La pérdida de la calidad de vida y de la coexistencia pacífica de los salvadoreños a raíz del conflicto delincriminal se ve estimulado por la presencia de jóvenes delincuentes (generadores de temor entre las personas) quienes son los que más inquietan a la población. Lo anterior, fue manifestado principalmente por los profesionales del derecho (jueces, fiscales, abogados y funcionarios de seguridad pública) quienes fueron entrevistados,

ya que en esta cohorte es donde más se respira el aire de violencia delincriminal.

La presencia de jóvenes en las cercanías de su comunidad, en las esquinas bebiendo cervezas, aumentan los niveles de inseguridad de la población expuesta. Los efectos de la violencia delincriminal, también tienen su fundamento en la presencia de noticias “amarillistas” con una alta resonancia en la opinión pública, las cuales trastornan la percepción de seguridad colectiva. Existen sentimientos entre los entrevistados que reflejan efectos a nivel psicológico, momentos de “desprotección e inseguridad” y “tristeza”.

*“Robos frecuentes, asaltos, renta, se tienen que cerrar los negocios es por eso que uno se siente inseguro”. “Nos afecta a tal grado que nos hemos vuelto presos dentro de nuestras propias casas”. Empresario.*

La violencia delincriminal debilita la cohesión social (convivencia vecinal) de las comunidades, además provoca más violencia debido a que la ansiedad, inseguridad y temor estimula el “querer” defenderse; se vive expuesto directamente a las personas que ejercen la violencia, la sociedad se está “deshumanizando” debido a que las noticias crudas de “muertes” o verlas “físicamente” ya no incomodan (desensibilización humana). Algunas de las manifestaciones físicas de los efectos de la violencia delincriminal se presentan en el deterioro del “tejido relacional” de las personas y su familia, existe pérdida de confianza, es decir no se confía en nadie o en muy pocos. Lo anterior promueve una sociedad en la que cuesta integrarse, la desconfianza crea barreras que dividen las sociedades.

## **Impacto emocional**

Existen diversas sensaciones, emociones y sentimientos que derivan de la exposición a la *violencia delincriminal*, entre éstas destacan: *la impotencia y frustración*: los participantes “quisieran actuar” pero sus principios y valores no se los permiten, el entrevistado dice mantenerse al margen, únicamente lo deja al sistema a través de denuncias que muchas veces no son tomadas en cuenta, ya que hay falta de credibilidad en la efectividad del sistema de justicia en el país; *la tristeza*: impotencia, pérdida de personas útiles a la sociedad, hay sentimientos encontrados “tristeza, lastima y enojo”; *autoprotección*: al núcleo familiar y mantener un estado de vigilia constante; *decepción*: falta mucho por hacer, planes de prevención en comunidades y empresas. No hay políticas claras de combate a la *violencia delincriminal*; *indignación*: se ha perdido consistencia en la visión positivista del combate al flagelo delincriminal, lo ven agravándose exponencialmente y el delincuente sin conciencia y con un alto grado de impunidad, atenta sin sensibilidad contra la población; *aflicción*: es un dolor que sienten en carne propia; *hay asombro*: por ver hechos en flagrancia y con altos grados de cinismo e impunidad; *lástima*: los niveles de violencia delincriminal no son exclusivos de ciertas comunidades, ni son casos aislados, es generalizado; *temor y preocupación*: alto nivel de inseguridad y deseos de emigrar, existe preocupación por la proliferación de armamento de guerra en manos de delincriminales.

*“Me afecta y siento impotencia, quisiera tener los medios para resolver la problemática.”* Psicólogo.

## **Los medios de comunicación y la violencia (crónica roja).**

Los medios de comunicación especialmente la televisión y prensa escrita, son beneficiosos para el país como fuente de información y como factor de cohesión social. Sin embargo, la

exposición constante de hechos violentos contribuyen *al miedo y conductas violentas* de la población. La influencia de los medios sea esta negativa o positiva es innegable, en el análisis de contexto de violencia delincinencial, los *medios generan miedo* y estos resultan perjudiciales para grupos vulnerables como los jóvenes. Los medios de comunicación de una u otra forma plantean, desarrollan, norman o crean conductas en el colectivo e inciden en su forma de pensar y actuar.

La era de la información que vivimos trae consigo una enorme carga de información que el ser humano no tiene la capacidad de discriminar entre “bueno y malo”. Noticias de muertes, homicidios y delitos menores de forma prolongada generan conductas violentas y causan ansiedad en el colectivo. Las noticias de la *crónica roja* venden periódicos, generan rating y al empresario que no es responsable socialmente le importa poco las repercusiones mentales de los individuos. *“Lo expuesto con violencia es más exitoso(US\$) que lo que no tiene violencia.”*

La violencia se ha convertido en un producto de mucho valor comercial: películas, programas de televisión, incluso las noticias mismas, entre más fuertes presentan las escenas, más llaman la atención. Algunos medios de comunicación han terminado apreciando más el “valor comercial de la violencia”, que “el costo social que esta tiene”. Las instituciones gubernamentales sin trascender al plano de la “censura” deben de orientar al individuo sobre algunos programas dañinos a la psiquis, crear leyes adecuadas que protejan la salud mental de los niños y adolescentes.

*“Claro que si, de hecho los medios son los detonantes que encienden la chispa de violencia en el ser humano, cuando presentan cosas que a mi punto de vista no deberían de exponerlas a la ciudadanía, mucha gente al ver noticias se eriza y entran en nerviosismo”* Empresario.

La violencia está cotidianamente en los medios de comunicación, detrás de toda esa información siempre hay mensajes negativos que anidan en grupos sociales vulnerables. Un grupo amplio de padres de familia no controla lo que sus hijos ven en televisión o internet, más bien gozan en familia de *programas antivalores* como los “simpson”, “caricatura padre de familia”, entre muchos otros. A todas las películas violentas, ahora se les llama “películas de acción” para aliviar la connotación negativa, éstas logran exponer modelos de armas que se usan en la actualidad, muerte, robos, etc.. de tal manera que los medios de comunicación si tienen un fuerte vínculo por medio del cual promueven la delincuencia. Otro ejemplo claro son los video juegos violentos, los cuales mandan mensajes ilícitos de violencia y destrucción, claro está que no podemos generalizar con los juegos de video, ya que algunos son positivos, contribuyendo al desarrollo psicomotor y a la orientación espacial del individuo.

Los medios de comunicación *no desaprueban*, solo se limitan a categorizar los programas en A, B, C, y D, en otros países hay *observatorios cívicos* que critican a los medios por la falta de desaprobación de programas nocivos a la salud mental. Estamos expuestos a un sistema mediático bastante sensacionalista, los medios son parte fundamental de la consolidación de la cultura social en un país y si tenemos medios sensacionalista que promueven violencia, el principal producto que recibimos es *la violencia* en todas sus manifestaciones.

*Conductas que forman los medios de comunicación:* violencia, hostilidad, agresividad, irritabilidad (inculcan que con violencia se pueden solventar los problemas), adictos al alcohol y drogas, conducta de “matones”, creen que pueden robar y matar, división, separación y confrontación, menosprecio y violación de la ley, pérdida de valores (por ejemplo novelas, programas que promueven la libertad sexual, lesbianismo y homosexualismo, etc), personas insensibles e irrespetuosas y revanchistas,

consumismo, ansias de poder y querer tener, indiferencia entre el bien y el mal, personas enfermas mentalmente (psicosis, paranoia, temor, miedo, inseguridad).

**Victimización.** La mayoría de los entrevistados o sus familiares cercanos, han sido objetos de robos, hurtos, homicidios, intimidación, amenazas y extorsiones en los últimos 5 años, la victimización ha ido en aumento año con año, este flagelo conocido como violencia delincriminal *objetiva* hace mucho daño más por las secuelas que por el propio hecho, en el caso que no haya sido dañado en su integridad física sólo en la psicológica. De acuerdo a los consultados, los delitos de los que han sido objeto no han sido propiciados o fomentados por ellos, tampoco ha sido porque ellos de modo deliberado se hayan puesto en situaciones de riesgo, tampoco por falta de medidas de prevención, o por exhibir algún tipo de bien que haya hecho ser más atractivo a los delincriminales.

### **Análisis inferencial de resultados**

De acuerdo a las correlaciones de Pearson(r), existe una correlación significativa positiva entre el sexo de la muestra y la ansiedad delincriminal; también hay correlación negativa significativa entre haber sido *víctima de violencia social delincriminal, el estresor delincriminal, y la ansiedad delincriminal*; entre estas dos últimas variables, con la salud mental y la violencia estructural. Indicando que tanto el sexo de la muestra, el estado civil, el nivel educativo, ser víctima de violencia delincriminal, el área de trabajo, maltrato familiar, la violencia estructural y la salud mental, están asociadas con los efectos de la violencia social delincriminal como son el *estresor delincriminal y la ansiedad delincriminal*.

Tras la aplicación de la prueba “t” de student para comparar las dimensiones relacionadas con la salud mental en función de sí



fue víctima de violencia delincriminal en el último año, se encontró que al contrastar la salud mental/bienestar psicológico entre los que sí fueron víctimas y los que no lo han sido ( $t_{1131} = 4,453$ ;  $p=0,000$ ), la prueba indica que hay diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos, presentando más dificultades de salud mental aquellas personas que fueron víctimas de la violencia delincriminal; la prueba U Mann-Whitney ( $Z = -3,823$ ;  $p=0,000$ ) lo confirma. En cuanto al estresor delincriminal, se encontró diferencias significativas entre los que fueron víctimas y los que no ( $t_{1131} = 10,110$ ;  $p=0,000$ ), la media aritmética indica existe mayores niveles de estrés delincriminal en los que han sido víctimas de la violencia delincriminal; la prueba U Mann Whitney lo confirma ( $Z = -11,427$ ;  $p = 0,000$ ) (ver tabla 10). En este mismo sentido, se encontró diferencias estadísticamente significativas en *ansiedad delincriminal* al comparar los que dijeron que sí fueron víctimas y los que expresaron que no ( $t_{1131} = 7,047$ ;  $p = 0,000$ ), indicando lo anterior, que presentan mayores niveles de ansiedad delincriminal las personas que fueron víctimas de la violencia; la prueba U Mann Whitney lo confirma ( $Z = -6,902$ ;  $p=0,000$ ).

**Tabla 3.** Medias (*M*) y desviación típica (*DT*) de las diferentes dimensiones de *salud mental/bienestar psicológico*, *estrés* y *ansiedad delincriminal* en función de si fue víctima de violencia delincriminal en la muestra salvadoreña.

<i>Dimensiones</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>t</i>	<i>P</i>
Salud mental/Bienestar psicológico				
Sí (n = 304)	12,72	3,80	4,453	0,001***
No (n = 829)	11,69	3,30		
Estresor delincriminal				
Sí (n = 304)	14,09	4,88	11,110	0,001***
No (n = 829)	10,56	3,66		
Ansiedad delincriminal				
Sí (n = 304)	19,24	5,27	7,047	0,001***
No (n = 829)	16,68	5,48		

Estrés y ansiedad delincriminal					
Sí (n = 271)	22,72	2,85	8,922	0,001***	
No (n = 792)	20,75	3,23			
Violencia(estructural)sociocultural					
Sí (n = 304)	19,25	3,76	3,117	0,002**	
No (n = 829)	18,42	4,05			
Abuso/maltrato familiar					
Sí (n = 304)	10,02	2,30	-3,584	0,001***	
No (n = 829)	10,52	2,01			
Funcionamiento social					
Sí (n = 304)	19,60	3,71	-1,594	0,111	
No (n = 829)	19,98	3,52			
Funcionamiento familiar					
Sí (n = 304)	30,35	5,97	-1,382	0,167	
No (n = 829)	30,91	6,04			

\*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$

**Tabla 4.** Medias (*M*) y desviación típica (*DT*) de las diferentes dimensiones de *salud mental, bienestar psicológico, estresor y ansiedad delincriminal* en función del sexo la muestra salvadoreña.

<i>Dimensiones</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>t</i>	<i>P</i>
Salud mental/Bienestar psicológico				
Hombres (n = 538)	11,45	3,36	-4,627	0,001***
Mujeres (n = 605)	12,41	3,51		
Estresor delincriminal				
Hombres (n = 538)	11,41	4,19	-0,695	0,487
Mujeres (n = 605)	11,59	4,39		
Ansiedad delincriminal				
Hombres (n = 538)	16,75	5,60	-3,555	0,001***
Mujeres (n = 605)	17,91	5,41		
Violencia sociocultural (estructural)				
Hombres (n = 538)	18,69	3,80	0,347	0,329
Mujeres (n = 605)	18,61	4,17		
Abuso/maltrato familiar				
Hombres (n = 538)	10,49	1,99	1,653	0,099
Mujeres (n = 605)	10,29	2,18		

Funcionamiento social				
Hombres (n = 538)	20,21	3,48	3,153	0,002***
Mujeres (n = 605)	19,55	3,64		
Funcionamiento familiar				
Hombres (n = 538)	31,06	5,81	1,699	0,090
Mujeres (n = 605)	30,45	6,23		

\*\*\*  $p < 0,001$

Tras un proceso previo de transformación de los datos de departamentos a regiones del país, con el propósito de hacer las comparaciones de las dimensiones de salud mental, estrés, ansiedad delincinencial y otras variables relacionada con las regiones del país; se aplicó el análisis multivariado de un factor (ANOVA), para determinar diferencias estadísticas entre las cuatro regiones (Occidental, Central, Paracentral, Oriental) de El Salvador, en función de las variables criterio antes señaladas.

La prueba proporcionó diferencias significativas al contrastar la *salud mental* en función de las regiones del país ( $F_{3,1139} = 14,262$ ;  $p = 0,001$ ), la prueba no paramétrica Kruskal-Wallis ( $X^2_3 = 41,603$ ;  $p = 0,001$ ) lo confirma. Una prueba a posteriori post hoc determinó que las diferencias están entre la región central y occidental ( $p = 0,001$ ), las medias aritméticas más altas se encontraron en la región occidental; de igual forma, existen diferencias significativas entre la región central y la oriental ( $p = 0,001$ ), registrando medidas más altas en la región oriental; no se encontraron diferencias entre las otras regiones.

En relación al *estrés delincinencial* al compararlo por región del país, se encontró diferencias estadísticas significativas ( $F_{3,1139} = 6,580$ ;  $p = 0,001$ ), la prueba Kruskal-Wallis lo confirma ( $X^2_3 = 9,684$ ;  $p = 0,021$ ). La prueba a posteriori post hoc determinó que las diferencias están entre la región occidental y la región oriental ( $p=0,004$ ) encontrándose una media más alta en la región oriental; asimismo, hay diferencias significativas entre la región central y

la oriental ( $p = 0,001$ ) siendo las medias más altas en la región oriental, no se encontraron diferencias entre las otras regiones.

En el contraste de la *ansiedad delincinencial*, mediante el análisis multivariado (ANOVA) se encontró diferencias estadísticas significativas en función de la región del país ( $F_{3,1119} = 3,833$ ;  $p = 0,010$ ), la prueba no paramétrica Kruskal-Wallis lo confirma ( $X^2_3 = 8,974$ ;  $p = 0,030$ ). La prueba a posteriori post hoc determinó una tendencia a la existencia de diferencias entre la región central y la paracentral ( $p = 0,057^+$ ), siendo más alta la media aritmética en la región paracentral. No se encontró diferencia en ansiedad delincinencial entre las otras regiones. Es de relevancia destacar que las medias aritméticas en esta dimensión son más altas que en las dimensiones anteriores comparadas por región, reflejando una prevalencia más pronunciada de *ansiedad delincinencial* en la población; sin embargo, señalar que las medias aritméticas en cada región de esta variable son similares. Existen diferencias estadísticas en *funcionamiento social* en función de las regiones del país ( $F_{3,1139} = 10,250$ ;  $p = 0,001$ ), la prueba Kruskal-Wallis ( $X^2_3 = 28,535$ ;  $p = 0,001$ ) lo confirma. La prueba a posteriori post hoc determinó diferencias estadísticas entre la región central y occidental ( $p = 0,003$ ), siendo la media más alta en la región central; existen diferencia entre la región occidental y la paracentral ( $p = 0,002$ ) siendo la media aritmética más alta en la región paracentral. De igual forma, se encontró diferencias entre la región central y la oriental ( $p = 0,001$ ), siendo la media más alta en la región central; en este mismo sentido, existen diferencias entre la región paracentral y la oriental ( $p = 0,001$ ) siendo la media más alta en la región paracentral. Tanto *el funcionamiento social* como el *funcionamiento familiar* son indicadores robustos del grado de estabilidad emocional y mental de una persona, de una familia y de un país.

En este estudio, ambas variables se analizan como indicadores tanto de la salud mental como de las disfunciones emocionales

(estrés y ansiedad delincinencial) generadas por el contexto de violencia social delincinencial que se vive en El Salvador.

En la comparación del *funcionamiento familiar* en las regiones del país, se encontró diferencias significativas ( $F_{3,1139} = 5,519$ ;  $p=0,001$ ), la prueba Kruskal-Wallis lo confirma ( $X^2_3 = 14,058$ ;  $p = 0,003$ ), la prueba a posteriori post hoc determinó diferencias significativas entre la región occidental y la oriental ( $p = 0,048$ ), presentando una media aritmética más alta la región occidental, entre la región central y la oriental ( $p=0,047$ ), siendo la media más alta en la región central.

También se comparó la región paracentral con la oriental ( $p = 0,002$ ), siendo la media más alta en la región paracentral. Es importante mencionar que la escala de medida que evalúa el nivel de funcionamiento familiar como indicador de salud mental, su interpretación de la media aritmética como indicador de problemas en la estabilidad emocional es inversa, es decir, que en la medida que la media sea más alta indica que la familia funciona mejor, y que cuando la media aritmética es menor, el problema de funcionamiento familiar es mayor. No se encontró diferencia significativa en *violencia estructural* ( $F_{3,1139} = 1,153$ ;  $p=0,327$ ) ni en *abuso o maltrato familiar* en función de la región del país ( $F_{3,1139} = 2,144$ ;  $p = 0,093$ ).

## Discusión de resultados

Para elaborar la discusión de los resultados en este informe se hará énfasis en aquellos hallazgos más destacados y que estén en sintonía tanto con los objetivos como con las hipótesis del estudio.

En un primer momento se tiene que más de una tercera parte (36,0%) de la muestra estudiada manifestó que un pariente suyo fue víctima de la violencia delincriminal (lesionado o asesinado) en el último año. Estos resultados están en sintonía con los encontrados por el Centro de Investigación de la Opinión Pública Salvadoreña (Ciops 2011), que informó que la organización criminal y los tipos de delitos que se cometen en el lugar de residencia por la delincriminal (pandillas) es de 30,9%, los tipos de delitos son 23,5% hurtos y robos, y el 18,8% dijo que era la extorsión. Así mismo, un 36,1% manifestó haber sido víctima de robo en la calle.

Por otra parte, el estudio revela que una inmensa mayoría de la población salvadoreña (76,5%) considera que las noticias que se transmiten por televisión, prensa escrita y la radio, sobre la violencia delincriminal (lesionados, muertos, robos, extorsiones, etc.) *afectan su estado emocional y mental*. La población expresa tener *miedo y temor* (81,3%) de transitar por algunas calles, colonias, barrios y pueblos, de ser víctima de la violencia social delincriminal.

En esta misma dirección, más de tres cuartas partes (76,4%) de la muestra evaluada manifestó que el contexto de violencia social delincriminal en que vive le produce *ansiedad y estrés* (pánico, miedo, agitación, boca seca, inquietud y taquicardia). Destacar que el ambiente de violencia social delincriminal que viven los salvadoreños les produce *nerviosismo e inseguridad* (84,8%). De igual forma, esta situación les *afecta el sueño* (65,9%). El

contexto sociocultural de violencia delincinencial que viven los salvadoreños *está afectando su estabilidad emocional y mental* (70,7%). En todas las variables se encontró una prevalencia de *estrés y ansiedad delincinencial* mayor en las mujeres que en los hombres.

Los resultados anteriores, coinciden con la descripción del estrés que hace Seyle (1936) como un síndrome específico constituido por cambios inespecíficos del organismo inducidos por las demandas del entorno, el estrés es una respuesta inespecífica del organismo ante una diversidad de exigencias. Se trata de un proceso adaptativo y de emergencia, siendo imprescindible para la supervivencia de la persona. Lazarus y Folkman (1986), describe que el estrés es una relación entre el individuo y su entorno, que es evaluado por éste como amenazante y que pone en peligro su bienestar.

Un indicador importante de señalar en este análisis es que existe una prevalencia más alta de *estrés y ansiedad delincinencial* en la población que reside en las ciudades, en comparación con las personas que residen en el área rural. Sin embargo, hay que señalar que el contexto de violencia social delincinencial afecta significativamente a la población general, pero de forma más pronunciada a los que residir en las ciudades. En consecuencia, lo antes señalado conformaría un factor psicosocial que *afecta la salud mental y bienestar psicológico* en la población salvadoreña.

Estos hallazgos coinciden con los encontrados por Lederbogen, Kirsch, Haddad, Streit, Schuch, Tost... Meyer-Lindenberg (2011), quienes expresan que las personas que viven en la ciudad a diferencia de otras personas tienen más probabilidades de sufrir más estrés y enfermedades mentales. Estos resultados se basan en la investigación alemana que compara patrones de actividad cerebral en respuesta al estrés social de los habitantes urbanos y rurales. Los autores plantean que estudios anteriores han demostrado que

los problemas de salud mental, tales como esquizofrenia, ansiedad y trastornos del humor, son generalmente más común en personas que viven o crecen en las ciudades. El equipo investigador informó que anteriores estudios epidemiológicos han demostrado que los residentes urbanos tienen un riesgo mucho mayor de trastornos psicológicos, incluyendo los trastornos de ansiedad, depresión y esquizofrenia.

**La salud mental.** En este estudio se encontró que más de una cuarta (26,4%) parte de la muestra en estudio refieren que las preocupaciones les han hecho perder mucho sueño; en esta misma dirección 30,5% expresan que se han sentido agobiados y con tensión, una prevalencia similar (30,6%) sienten que no pueden superar sus dificultades; cerca de una quinta parte (19,3%) dicen que han sido incapaces de hacer frente a sus problemas.

Por otra parte, al evaluar sí se ha sentido poco feliz y deprimido, el estudio revela que más de una quinta parte (21,5%) de la muestra en estudio refiere que frecuentemente se ha sentido deprimido. En un sentido general, se puede apreciar que existe mayor prevalencia e indicadores de problemas de salud mental/ bienestar psicológico en las mujeres en comparación con los hombres. Los hallazgos de Axelsson y Ejlertsson, 2002; Bagley y Mallick, (2001); Chamberlain y Haaga, (2001), apoyan nuestros resultados en señalar que la ansiedad afecta de modo directo a la salud mental de las personas que la sufren. Se han encontrado relaciones entre la ansiedad y los estilos de vida que promocionan la salud (Johnson, 2002). Además, la ansiedad se ha revelado asociada al riesgo de desarrollar ciertas patologías, como, por ejemplo, la hipertensión en las mujeres (Adler y Matthews, 1994) o como factor de riesgo de la sobremortalidad cardiovascular (Hansen, 2003). Hudd, Dumlao, Erdmann-Sager, Murray, Phan, Soukas y Yokozuka (2000), encontraron que los estudiantes con niveles más altos de estrés mostraban peores hábitos de salud, autoestima más baja y mala percepción de su estado de salud.



Siguiendo con la discusión nos centraremos en los problemas de salud mental en relación al lugar de residencia (urbano y rural) de la muestra en estudio. En cuanto a sí las preocupaciones le han hecho perder mucho sueño más de una cuarta parte (26,4%) expresó que frecuentemente; cerca de una tercera parte de la muestra (30,5%) refiere haberse sentido constantemente agobiado y con tensión, predominando una mayor incidencia en los residentes urbanos sobre los residentes rurales.

También el estudio revela que cerca de una tercera parte de la muestra (30,6%) siente que no puede superar sus dificultades; más de una quinta parte (21,5%) se ha sentido poco feliz y deprimido frecuentemente. En esta misma sintonía, una tercera parte (32,9%) de la muestra evaluada expresó que considerando todas las circunstancias se sentían razonablemente infelices. En un sentido amplio y general, se puede apreciar que todos los indicadores de *salud mental y bienestar psicológico* de la población en función del lugar de residencia, se puede observar que existe mayor prevalencia de indicadores de problemas de salud mental en la muestra de residentes urbanos en comparación con los residentes rurales, duplicándose los porcentajes en casi todos los indicadores.

Al analizar los resultados de *salud mental/bienestar psicológico* en función de si ha sido víctima de violencia social delincriminal, se encontró diferencias significativas en algunos indicadores, entre estos se tiene: que cerca de una tercera parte (32,1%) de la muestra evaluada que ha sido víctima de violencia social delincriminal expresan que sus preocupaciones les han hecho perder mucho sueño; asimismo, un 25% de la muestra que fue víctima de violencia delincriminal se ha sentido incapaz de tomar decisiones. También, una tercera parte de la muestra (33,1%) víctima de violencia frecuentemente se ha sentido poco feliz y deprimido; cerca de un 40% de la muestra víctimas de la violencia delincriminal ha pensado que es una persona que no vale para nada.

En este mismo sentido, más de una quinta parte (23,7%) de la muestra que expreso haber sido víctima de la violencia delincriminal se siente frecuentemente infeliz considerando todas las circunstancias. En esta misma dirección, Pawlak, McEwen, Chattarji, y Strickland (2011), descubrieron los mecanismos moleculares que causan los estados de ansiedad. Los hallazgos explican los procesos químicos del cerebro que disparan la respuesta de nuestro organismo en las situaciones estresantes.

Referente a los factores socioculturales asociados a la violencia delincriminal se formularon seis reactivos relacionados entre sí, que brindaron una explicación general sobre las condiciones del contexto social y cultural de violencia en que viven la población salvadoreña, con la intención de conocer la percepción y visión que la población tiene referente a la violencia delincriminal. En un primer momento se encontró que cerca de dos terceras partes (61,7%) de la muestra estudiada consideró que el ambiente social y comunitario donde viven los salvadoreños está incidiendo frecuentemente en la violencia social delincriminal. En esta misma dirección, más de la mitad de la muestra (57,4%) expresó que el ambiente familiar en que viven los salvadoreños está relacionado con la violencia social delincriminal.

En esta dirección Estévez-López, Musitu y Herrero (2005), plantea que el ambiente familiar negativo caracterizado por los problemas de comunicación entre padres e hijos adolescentes, constituye uno de los factores familiares de riesgo más estrechamente vinculados con el desarrollo de problemas de salud mental en los hijos, tales como la presencia de síntomas depresivos, ansiedad y estrés (Field y Diego, 2001; Garber, 1996; Musitu, Garcia y Gutiérrez, 1991; Liu, 2003).

Una mayoría calificada (70,1%) de la muestra expreso que la televisión y los juegos de video promueven las conductas violentas en los salvadoreños. Así mismo, una amplia mayoría

(72,2%) de la muestra manifestó que las condiciones económicas de pobreza en que vive los salvadoreños inciden en la violencia social delincriminal; de igual forma, expresan que la violencia delincriminal de que es víctima la mayoría de salvadoreños está afectando *la salud mental y el bienestar psicológico*. Ante la pregunta directa sí usted han sido víctima de la violencia delincriminal, más de una cuarta parte (26,6%) expresó que sí fueron víctimas en el último año, los delitos más frecuentemente fueron: el robo, lesiones y asesinato de parientes, extorsiones y hurtos.

Estos resultados, están en sintonía con los de Slavich (2010), quien plantea que la exposición a grandes cantidades de estrés social (víctima de la delincriminal) podrá cambiar la forma en que responde el sistema inmune a las amenazas exteriores. Estos cambios pueden abrir el camino a muchas enfermedades o infecciones, y es por eso, que eliminar el estrés social debería convertirse en una prioridad para mucha gente.

Con respecto al lugar donde fue víctima del delito, la mayoría de estos fueron cometidos en la calle de la ciudad (51,6%), mientras el lugar donde ocurren menos delitos es en los pueblos (5,7%). También, señalar que existe más de la mitad de las víctimas que fueron revictimizadas en más de una vez en el último año. Lo anterior indica, que las personas que viven en las ciudades tienen más probabilidades de ser víctimas de la violencia delincriminal, y en consecuencia, presentar más problemas de salud mental y bienestar psicológico. Con relación al consumo de alcohol y drogas en la población salvadoreña se encontró que un porcentaje importante (15,8%) expresó que sí consumían; de estos, más de la mitad refieren que las razones del consumo son los malos hábitos, seguidamente porque les gusta. Las bebidas más consumidas son: la cerveza y el licor. Evaluar el consumo de sustancias psicoactivas es importante en el abordaje de los problemas psicosociales, debido a que el consumo de alcohol y drogas, es un factor determinante en la salud mental de la población.

En el presente estudio se encontró que en más de una quinta parte de la muestra (23,0%) existen conflictos internos entre los miembros de la familia, también más de una cuarta (25,3%) parte de la muestra refiere que las relaciones de cooperación y ayuda entre los miembros del núcleo familiar no existen; de igual forma, en una quinta parte(20,9%) no existen un sentimiento de solidaridad entre los miembros de la familia; en una prevalencia similar (23,8%) sí un miembro de la familia tiene problemas los demás no colaboran a resolverlo. Los resultados anteriores, reflejan que existe un mal *funcionamiento familiar* (disfunción familiar) y que sus prevalencias oscilan entre un 10 a 25% de la población.

Lo anterior, es un factor clave como indicador de inestabilidad social, familiar y mental de la población salvadoreña; sugiriendo que la alteración familiar en El Salvador es uno de los factores que podría estar asociado con la salud mental, y en la configuración de conductas delictivas en los jóvenes salvadoreños. Según otros estudios, la persona responsable del hogar o crianza de los hijos en la mayoría de casos es la madre. En esta misma dirección Zúñiga (2010), encontró que los jóvenes salvadoreños que provienen de familias desintegradas presentan diferencias estadísticamente significativas en comparación con los jóvenes de hogares intactos, específicamente en autoconcepto: académico, social, emocional y familiar; presentando medias más bajas los adolescentes de padres que viven juntos. Indicando de que existen mayores problemas en estas variables en los jóvenes de familias separadas.

Asimismo, en este estudio se encontró diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos de jóvenes en diferentes dimensiones de ansiedad: ansiedad fisiológica, inquietud/hipersensibilidad, preocupación social, concentración y ansiedad total, siendo la media aritmética (M) más altas en los jóvenes que proceden de familias separadas. Orantes (2011), en estudio a escala nacional encontró que cerca de la mitad (44,5%) de

los jóvenes estudiantes de educación media provienen de hogares desintegrados, y que los motivos o razones de la desintegración de los hogares son tres: la separación por divorcios (50,1%), por emigración (31,3%), y por fallecimiento (18,6%). La separación de los padres es un potente *estresor social* que genera crisis al interior de la familia, haciendo que los miembros del núcleo familiar estén sujetos a diversas modificaciones en su vida, y con problemas de adaptación de conducta (Holmen, Canavarró y Leile, 2005). Diferentes estudios y teorías han demostrado que el contexto familiar es un entorno donde se configura la personalidad del niño y del joven; también, es un ambiente de protección y de seguridad, que fortalece la confianza en sí mismo, la autoestima, adquiere un conjunto de principios y valores, que determinan su forma de ser y actual en la vida cotidiana del adulto.

### **Discusión inferencial.**

Existe una correlación significativa moderada entre el estresor delincriminal, la ansiedad delincriminal y salud mental, también de éstas con el sexo de la muestra, el estado civil, el nivel educativo, ser víctima de violencia delincriminal, el área de trabajo, el maltrato familiar y la violencia estructural. Lo anterior, confirma la primera hipótesis de investigación que planteaba que “*el estrés y la ansiedad delincriminal, la violencia sociocultural están relacionados con la salud mental de la población salvadoreña*”. Estos hallazgos son apoyados por el estudio de Gutiérrez (2010), quien encontró relación estas mismas variables sociodemográficas con la salud mental en una muestra salvadoreña a escala nacional.

Se encontró una peor salud mental/bienestar psicológico en las personas que fueron víctimas de violencia delincriminal en comparación con los que no han sufrido este problema. Asimismo, existen mayores niveles de *estrés y ansiedad delincriminal* en las personas que han sido víctimas de la violencia delincriminal. Indicando lo anterior, que vivir en un contexto de violencia

social delincriminal es un factor determinante de alteraciones emocionales y psicológicas en El Salvador. Lo anterior indica, que se confirma la segunda hipótesis que plantea que “*existen diferencias estadísticamente significativas en salud mental/ bienestar psicológico, estresor delincriminal, ansiedad delincriminal y violencia estructural en función de si fue víctima de violencia delincriminal.*”

El análisis inferencial de la salud mental, bienestar psicológico, y la ansiedad delincriminal en función del sexo de la muestra, reflejan diferencias significativas entre hombres y mujeres. Estos resultados confirman la tercera hipótesis que plantea que “*existen diferencias estadísticamente significativas del estrés- ansiedad delincriminal y la salud mental en función del sexo de la población*”. Las mujeres presentan un mayor número de síntomas de problemas de salud mental y de ansiedad delincriminal que los hombres.

Existen diferencias al contrastar la *salud mental* en función de las regiones del país, la prueba a posteriori post hoc determinó que las diferencias están entre la región central y la región occidental, siendo las medias aritméticas más altas en la región occidental; de igual forma, existen diferencias significativas entre la región central y la región oriental, siendo más altas sus medias en la región oriental; no se encontraron diferencias entre las otras regiones. Indicando lo anterior que existen mayores problemas de salud mental en la población que reside en la región occidental y oriental que los que residen en la región central. En otro estudio (Gutiérrez, 2010) se encontraron resultados similares en función de las regiones del país, presentando peor salud mental la región occidental y oriental.

En relación al *estresor delincriminal* al contrastarlo por región del país, se encontró diferencias significativas entre la región occidental y la región oriental, siendo las medias más altas en la

región occidental; asimismo, hay diferencias entre la región central y la oriental, siendo las medias más altas en la región central, también hay más prevalencia en la región paracentral que en la oriental. Indicando lo anterior, que existen mayores problemas de *estrés delincinencial* en la región occidental, central y paracentral, que en la región oriental. Por otra parte, no hay diferencias en *funcionamiento familiar*, en *violencia estructural*, ni en *abuso familiar* en función de la región del país. Se encontró diferencias en *ansiedad delincinencial*, en función de la región del país, se observó una tendencia entre la región central y la paracentral, siendo más alta la media aritmética en la región paracentral, no se encontraron diferencias en ansiedad delincinencial entre las otras regiones.

Es de relevancia destacar que las medias aritméticas en esta dimensión son más altas que en las dimensiones anteriores comparadas por región, indicando una mayor prevalencia de síntomas y en consecuencia, más *ansiedad delincinencial* en la población salvadoreña. El hecho de que no haya diferencias entre las regiones, solo indica que las medias aritméticas son similares en las diferentes regiones del país.

En *funcionamiento familiar* en relación a las regiones del país, existen diferencias entre la región central y la oriental, siendo la media más alta en la región central; en este mismo sentido, existen diferencias entre la región paracentral y la oriental, también hay una media más alta en la región occidental y paracentral que en la oriental. Indicando esta dimensión de que hay más problemas de *funcionamiento familiar* en la región oriental que en la occidental, central y paracentral, debido a que las medias son más bajas, indican mayores problemas; tanto *el funcionamiento social* como *el funcionamiento familiar* son indicadores robustos del grado de estabilidad emocional y mental de una persona, de una familia y de una sociedad.

En este estudio, ambos factores son indicadores de *salud mental* y *disfunción emocional* (estrés y ansiedad), probablemente generadas por el contexto de violencia social delincinencial que se vive en El Salvador. Estos resultados están en sintonía con lo planteado por Graça y Edward, (2006) en el sentido que la salud familiar es vista como una dimensión biopsicosocial. Desde la perspectiva de Silva et al. (2000), se comprende la salud familiar como la estabilidad de la dinámica interna del cumplimiento de las funciones como familia. Quiroga y Sánchez (1997), plantean que es un ambiente considerado de gran importancia para explicar su satisfacción global es la familia.

El estudio revela diferencias en *salud mental* en relación al estado civil, la prueba indicó diferencias significativas entre los solteros y los viudos(as), presentando mayor incidencia de problemas de salud mental las personas viudas. Al analizar el *estresor delincinencial* en función del estado civil, se encontró diferencias entre los solteros y los casados, presentando medias más altas los casados, indicando que este segmento de la muestra, son los que presentan mayores problemas de salud mental. En cuanto al *funcionamiento familiar* se encontró diferencias en función del estado civil, presentando medias aritméticas más bajas los divorciados y los viudos(as) en relación con los solteros y los casados; observándose más problemas de funcionamiento familiar estos últimos grupos. No se encontraron diferencias significativas en *disfunción social* en función del estado civil, ni en *violencia estructural*, tampoco en *maltrato familiar*.

En el análisis de las variables criterios en función del *nivel educativo* de la muestra, se encontró diferencias en *salud mental*, la prueba a posteriori post hoc indica que existen diferencias entre los que no tienen ningún nivel educativo y los que tienen de séptimo a noveno grado, siendo más alta la media aritmética en los que no tienen grado educativo alguno. Igualmente, se encontró diferencias entre los analfabetas y los



que son bachilleres, presentado más problemas de salud mental el primer grupo; también se encontró diferencias entre los que no tienen ningún nivel educativo y los universitarios, presentando más problemas de salud mental los analfabetas, al contrastar los que tienen primer ciclo con los de tercer ciclo, existen diferencia significativas, siendo más alta la media en el primer ciclo, asimismo, al comparar el primer ciclo con los bachilleres, con los universitarios, se aprecian más problemas de salud mental en el primer ciclo. En un sentido general, se puede apreciar que en la medida que se incrementa el nivel educativo de las personas, disminuyen los problemas de salud mental; lo anterior, indica una correlación positiva, a menor educación mayores problemas de salud mental, y a mayor educación, menor prevalencia de problemas de salud mental.

## **Estrategias de solución**

Es a partir de los diferentes resultados y conclusiones del presente estudio que nos atrevemos a plantear un conjunto de estrategias de solución a la multidimensionalidad de factores desencadenantes del fenómeno de la violencia social delincriminal relacionada con la salud mental de la población salvadoreña. Estas estrategias van orientadas hacia el contexto: personal (individual), familiar, relacional, microsocioal (familia, escuela, iglesia) y macrosocioal (Estado, comunidad, organizaciones). Las cuales se detallan a continuación:

- ♦ El Estado deberá diseñar e implementar programa sociales, orientados a fortalecer el acceso a fuentes de trabajo, para mejorar los estilos de vida de los salvadoreños, inhibiendo de esta forma, los potenciales riesgos de que muchos jóvenes y adultos busquen satisfacer sus necesidades básicas insatisfechas en la delincriminal común y organizada.
- ♦ El Estado salvadoreño debe regular los medios de comunicación social (radio, prensa escrita y tv), debido a que estos hacen uso instrumental de la violencia delincriminal, como insumo de comercio (la crónica roja vende). La violencia expresada en: muertos, asaltos, robos, extorsiones en la población les acarrea mayores ventas y ganancias, sin reparar en el daño emocional y psicológico que fomentan en los salvadoreños. Además, de los antivaleores que inyectan a los niños, jóvenes y adultos del país, fomentando un círculo de violencia social delincriminal que beneficia a estas empresas de comunicación.

- ♦ Las autoridades municipales y estatales, deberán fomentar y fortalecer la organización social, concretamente las comunidades: colonias, barrios y ciudades, para la búsqueda de soluciones comunitarias, fortaleciendo la cohesión social, el esparcimiento saludable en la comunidad. También implementar programas de prevención social comunitarios de factores de riesgo de sus habitantes, ejerciendo un mayor control comunitario de parte de las personas (organización comunitaria preventiva).
  
- ♦ Que el Estado mediante el MINED, introduzca en los programas educativos, en todos los niveles del sistema educativo, un conjunto de temas de *educación para la vida*, siendo este un eje transversal en la formación de niños y jóvenes. Estos programas deben incluir temas como: relaciones interpersonales, valores, autoestima, asertividad, deberes y derechos; problemas psicosociales como: alcoholismo y drogas, tipos de violencia, la familia y sus dimensiones, salud mental, entre otros.
  
- ♦ El MINED, mediante los centros educativos a escala nacional, revisen, actualicen y fortalezcan los contenidos de la escuela para padres, con la finalidad de reeducar a los padres de familia en temas vitales sobre los estilos de crianza, incluyendo temas de educación para la vida, el rol de la familia, normas de convivencia ciudadana, y otros más.
  
- ♦ El Estado, mediante el MISAL, implemente programas de promoción y prevención de factores psicosociales de riesgo, para la salud mental. Asimismo, que los Ecos familiares diseñen e implementen programas de prevención primaria y secundaria en el contexto comunitario, para prevenir, identificar y tratar, persona con sintomatología de naturaleza mental.

- ♦ Las universidades que imparten programas en la formación de carreras de las ciencias de la salud, asignen sus estudiantes en prácticas y horas sociales, a los programas educativos, preventivos y de tratamiento, que implemente tanto el MINED como el MISAL, con la finalidad de prevenir, eliminar o modificar los factores sociales relacionados con la salud (mental). EJ. Estilos de crianza, modelos de padres, conservación de la salud mental, alcoholismo-drogas, y la violencia en todas sus dimensiones, etc.
- ♦ Tanto la violencia social delincinencial, el alcoholismo-drogas, como la salud mental, son fenómenos multidimensionales (múltiples causas), son problemas psicosociales que existen sobre la base de problemas estructurales, como falta de oportunidades (empleo, educación, salud, vivienda), la violencia familiar, pobre nivel educativo, problemas de personalidad, como pobre autoestima, hiperactividad, agresividad, conducta antisocial, hostilidad, conflictos de relaciones interpersonales, entre otras causas. Por tanto, el abordaje del fenómeno debe ser en la misma dirección, un abordaje holístico, que implique una intervención desde todos los ángulos y especialidades del conocimiento. Deberá existir una participación de los individuos, de la familia, la comunidad, la iglesia, las instituciones públicas y privadas, con el protagonismo directo del Estado. De lo contrario, todo esfuerzo será diluido, impotente, incapaz por la magnitud del problema. Estos problemas psicosociales siempre superarán los esfuerzos individuales de una institución o de un grupo de personas.

## Referencias

- Acevedo, C. (2008). Los costos económicos de la violencia en El Salvador. *América Latina Hoy*, Vol. 50, 71-88.
- Adler, N. y Matthews, K. (1994). Health Psychology: why do some people get sick and some stay well? *Annual Review of Psychology*, 45, 229-259.
- Alejo, E. G. (2005). Aplicación del modelo de estrés postraumático en el estudio del impacto de la violencia sobre la salud mental en población desplazada. Universidad Autónoma de Bucaramanga, Colombia. Disponible en <http://www.editorial.unab.edu.co/revistas/medunab>.
- American Psychiatric Association (APA). (1986). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-II)* (2nd Ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (APA). (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV)* (4th. Ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychological Association (APA). (2010). *Manual de publicaciones*, (3ra. Ed.). Editorial Manual modern, México.
- Ansorena, A.; Cobo, J. y Romero, I. (1983). El constructo de ansiedad en psicología. *Estudios de Psicología*, 16., 31-45.
- Axelsson, L. y Ejlertsson, G. (2002). Self-reported health, self-esteem and social support among young unemployed

people: a population based study. *International Journal of Social Welfare*, 11, 11-119.

Barcelata B. y Álvarez I. (2005). Patrones de interacción familiar de madres y padres generadores de violencia y maltrato infantil. *Acta colombiana de psicología*, 8, 35-46

Begotti, T., Borca, G., Calandri, E., Cattelino, E. Ingoglia, S. (2004). Family relationships and risk: an análisis of circularity. IX Conference of the European Association for Research on Adolescence. O Porto.

Barraca, J. y López L. (1997). Escala de satisfacción familiar. Madrid: TEA

Bagley, C. y Mallick, K. (2001). Normative data and mental health construct validity for the Rosenberg Self-Esteem Scale in British Adolescents. *International Journal of Adolescence and Youth*, 9, 117-126.

Banco Mundial (BM). (2011). Crimen y violencia en Centroamérica. Un desafío para el Desarrollo. Departamento de desarrollo sostenible y reducción de la pobreza y gestión económica, región de América Latina y el Caribe

Barnes, H.L., Olson, D.H. (1982). Parent-adolescent communication scale. En: Olson DH, McCubbin H, Barnes H, Larsen A, Muxen M, Wilson W (eds). *Family Inventories: Inventories Used in a National Survey of Families across the Family Life Cycle*. University of Minnesota Press, 33-48, St. Paul.

Bermúdez, J. y Luna, M.D. (1980). Ansiedad. In Fernández, F.J., Trespacios (Ed.), *Psicología general II* (pp. 195-213). Madrid: Uned.

- Borkevek, T.D.; Weerts, T.C. y Berstein, D.A. (1977). Assesment of anxiety. In Ciminero, A.R., Calhon, K.S y Adams, H.E. (Eds.). Handbook of Behavioral Assesment (353-403). New York: John Wiley.
- Bronfenbrenner, U. (1979). The ecology of Human Development. Cambridge, Harvard University Press. (Trad.Cast.): La ecología del desarrollo humano. Barcelona, EdicionesPaidós, 1987).
- Bronfenbrenner, U. (2001). La ecología del desarrollo humano. En Moreno, F. Un modelo teórico para el estudio de la violencia. Madrid: Paidós. Universidad Complutense de Madrid (UCM).
- Brink, J. (2005).Epidemiology of mental illness in a correctional system.Current OpinioninPsychiatry, 18, 536-541.
- Campo-Redondo, M.; Andrade, J. y Andrade, G. (2003). Violencia familiar e instituciones educativas. Capítulo Criminológico, 31, 91-110.
- Carrasquilla, F. (1994). Antropología de la afectividad. Disponible en <http://usuarios.lycos.es/ciamaria/documentos/dochasta2004/antropafectividad.html>.
- Cava, M.J. (2003). Comunicación familiar y bienestar psicosocial en adolescentes. Actas del VIII Congreso Nacional de PsicologíaSocial, 1, 23-27.
- Chan, D.W. (2002). Stress, self-efficacy, social support and psychological distress among prospective teachers in Hong Kong.Educational Psychology, 22, 557-569
- Chamberlain, J. y Haaga, D.A. (2001). Unconditional self-

acceptance and psychological health. *Journal of rational emotive and cognitive behaviortherapy*, 19, 163-176.

Catell, R.B. (1973). *Personality and mood by questionnaire*. San Francisco: Jossey-Brass.

Casado, M.I. (1994). *Ansiedad, stress y trastornos psicofisiológicos*. Tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid, Madrid.

D'Antoni, C. y Koller, S. (2000). A visáo de familia entre adolescentes que sufren violencia intrafamiliar. *Estudios de Psicología*. 5, 347-381.

Caldas de Almeida, J.M. (2005). Estrategias de cooperación técnica de la Organización Panamericana de la Salud en la nueva fase de la reforma de los servicios de salud mental en América Latina y el Caribe. *Rev. Panam. Salud Pública/Pan. Am. J Public Health*, 18, 4-5.

Central America and Mexico Gang Assessment.(2006). Usaid Bureau for Latin American and Caribbean Affairs. Office of Regional Sustainable Development, Hornick, Joseph; Paetsch, Joanne y Bertrand, Lorne. *A manual on conducting economic analysis of crime prevention programs*. Ottawa: Canadian National Crime Prevention Centre.

Centro de Investigación de la Opinión Pública Salvadoreña (Ciops). (2011). *Encuesta de opinión sobre aspectos económicos, políticos y sociales del país*. Universidad Tecnológica de El Salvador, San Salvador.

Cervantes, R.C., Salgado de Zinder, V.N. y Padilla, V.M. (1989). *Posttraumatic Stress in Immigrants for Central America and México*. *Hops Community Psychiatry*, 40, 615-619.



- Esperanza-Muñoz, Z. (2009). Enfermedad mental y delincuencia. VI Congreso de psicología Forense del Caribe, Disponible: <http://psicologiajuridica.org/psj278.html>.
- Folkman, S. (1984). Personal control and stress and coping processes: A theoretical analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 839-852.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Unicef. (2006). *La violencia contra niños, niñas y adolescentes*. Santo Domingo: Autor.
- Friedman, S.; Vila, G.; Timsit, J.; Boitard, C. y Mouren-Simeoni, M. (1998). Anxiety and depressive disorders in an adult insulin-dependent diabetic mellitus (IDDM) population: relationships with glycemic control and somatic complications. *European Psychiatry*, 13, 295-302.
- Field, T.; Diego, M.; Sanders, C. (2001). Adolescent depression and risk factors. *Adolescence*, 143, 491-498.
- Garber, J. (1996). The development of depression project. *Peabody J Education*, 71, 99-117.
- Goff, A.; Rose, E.; Rose, S. y Purves, D. (2007). Does PTSD occur in sentenced prison populations? A systematic literature review. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 17, 152-162.
- Garrido, G. y López-Lucio, P. (2006). *El rastro del asesino. El perfil psicológico de los criminales en la investigación policial*. Barcelona: Ariel.
- González-Arenas, E.A. (2006). *La violencia*. Disponible en <http://www.monografias.com/trabajos15/la-violencia/la-violencia.shtml>.

- González-Salamea, C. (2011). Teoría estructural familiar. Disponible en <http://www.medicinadefamiliares.cl/Trabajos/teoriaestructural.pdf>.
- González-Silva, F. (2007). Salud mental a nivel familiar desde la perspectiva de alteridad. *Psicología desde el Caribe*, 20: 1-27,
- Graca, M., Thomas, E. (2006). Evolution of the biopsychosocial model in the practice of Family Therapy. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2, 455-467.
- Gubbins, V.; Venegas, C. y Romero, S. (1999). Promoción de la salud y el rol de la familia. [Documento en línea, Disponible: [http://www.cide.cl/familia/promocion\\_salud\\_cide\\_gubbins\\_romero\\_venegas.doc](http://www.cide.cl/familia/promocion_salud_cide_gubbins_romero_venegas.doc).
- Gutiérrez, J.R. (2011). Prevalencia de alteraciones mentales: depresión y ansiedad, en la población salvadoreña. Estado de la salud mental. Universidad Tecnológica de El Salvador. Tecnoimpresos, San Salvador.
- Hansen, S. (2003). Mental health issues associated with cardiovascular disease in women. *Psychiatric clinics of North America*, 26, 693-712.
- Hare, R. (1999). Sin conciencia. Editorial Paidós, EE.UU.
- Hernández, S. R.; Fernández-Collado, C. y Baptista-Lucio, P. (2006). Metodología de la investigación (4.<sup>a</sup> Ed.). Editorial Mc Graw Hill. México.
- Hudd, S.; Dumlao, J.; Erdmann-Sager, D.; Murray, D., Phan, E.; Soukas, N. y Yokozuka, N. (2000). Stress at college: effects on health habits, health status and self-esteem.

Canadian Journal of Occupational Therapy, 67, 230-238.

Holmes, T.H. y Rahe, R.H. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychomatic Research*, 11, 213-218.

Instituto Universitario de Opinión Pública, Iudop. (2007). Los salvadoreños y salvadoreñas evalúan la situación del país a finales de 2007. *Boletín de Prensa*. Año XXII, n.º 2. San Salvador. Universidad Centroamericana “José Simeón Cañas.”

Keane, T.M.; Wolfe, J. y Taylor, K.I. (1987). Post-traumatic stress disorder: Evidence for diagnostic validity and methods of psychological assessment. *J Clin. Psychol.* 43, 32-43.

Lederbogen, F.; Kirsch, P.; Haddad, L.; Streit, F.; Tost, H.; Schuch, F.; Wüst, S.; Pruessner, J.; Rietschel, M.; Deuschle, M., y Meyer-Lindenberg, A. (2011). City living and urban upbringing affect neural social stress processing in humans, *Nature International Weekly Journal of Science*. 474, pp. 498–501. DOI: 10.1038/nature10190. Disponible en <http://www.nature.com/nature/journal/v474/n7352/full/nature10190.html>.

Laajasalo, T. y Häkkänen, H. (2006). Excessive violence and psychotic symptomatology among homicide offenders with schizophrenia. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 16, 242-253.

Lazarus, R.S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. New York: McGraw-Hill.

Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing Company.

- Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1986). Estrés y procesos cognitivos. Barcelona: Martínez Roca.
- López-Ibor, J.J. (1969). La angustia vital. Madrid: Paz Montalvo.
- López, E.; Ochoa, M. y Herrero-Olaizola. J. (2005). El rol de la comunicación familiar y del ajuste escolar en la salud mental del adolescente. *Salud Mental*, 28, No. 4.
- Liu, Y. (2003). Parent-child interaction and children's depression: the relationship between parent-child interaction and children's depressive symptoms in Taiwan. *J Adolesc.*, 26, 447-457.
- Luberto, S.; Zavatti, P. y Gualandri, G. (1997). Mental illness and criminality: a study of a sample of psychiatric outpatients. En Redondo, I.I., Garrido, G.; Pérez-Sánchez, J. y Barberet, R. (Eds.). *Advances in Psychology and Law* (301-310). Berlín: Walter de Gruyter.
- Maganto, J.M. y Bartau, I. (2004). Corresponsabilidad familiar. Fomentar la cooperación y responsabilidad de los hijos. Pirámide, Madrid.
- Malvaceda-Espinoza, E. (2009). Análisis psicosocial de la violencia entre el conflicto y el desarrollo social, *Cuad. Difus.* 14, 26.
- McGrath, J. E. (1970). Social and psychological factors in stress. New York: Holt, Rinehart y Winston.
- Miguel-Tobal, J.J. (1985). Evaluación de respuestas cognitivas, fisiológicas y motoras de ansiedad: elaboración de un instrumento de medida (Isra). Tesis doctoral, Madrid: Ed. UCM.

- Miller, Ted; Cohen, Mark y Rossman, Shelli.(1993). Victim costs of violent crime and resulting injuries. *HealthAffairs*, 12, 186-197.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS). (2010). Estadísticas nacionales de atención primaria en salud, suicidios e intentos de suicidio. San Salvador, El Salvador.
- Minuchin S. (1977). Familias y terapia familiar. Barcelona, Editorial Crónica.
- Montero, I. y León, O.G. (2007). A guide for naming research studies in Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7, 847-862.
- Mora, E. (2005). Grupo terapéutico de apoyo dirigido a mujeres sobrevivientes de violencia intrafamiliar. *Enfermería actual* 4. Disponible: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/448/44840202>
- Musitu, G.; Buelga, S.; Lila, M. y Cava, M. J. (2001). Familia y adolescencia. Síntesis, Madrid.
- Musitu, G.; García, F. y Gutiérrez, M. (1991). AFA. Autoconcepto Forma-A. TEA. Madrid.
- Murphy, B.C. y Reiser, M. (1999). Parental reactions to children's negative emotions: longitudinal relations to quality of children's social functioning. *Child Development*, 70, 513-534.
- Murphy, L.M.B.; Thompson, R.J.J. y Morris, M.A. (1997). Adherence behavior among adolescents with Type I insulin-dependent Diabetes Mellitus: the role of cognitive

appraisal processes. *Journal of Pediatric Psychology*, 22, 811-825.

Núñez-Gaitán, M. y López, M.J. (2009). Psicopatología y delincuencia. Implicaciones en el concepto de imputabilidad, *Revista Electrónica de Ciencia Penal y Criminología*, 11, 1-8.

Disponibile en <http://criminet.ugr.es/recpc/11/recpc11-r2.pdf>.

Olga, G. y Terry, L. (1997). *Superar el estrés*. Madrid: Ediciones Pirámide.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2001). *Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. En informe sobre la salud en el mundo, 2001. Ginebra. Recuperado de <http://www.who.int/whr/2001/es>.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2003). *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Washington, DC: Autor.

Ostrosky, F. (2009), *Mentes asesinas: la violencia en tu cerebro*. Quo Libros, México.

Pawlak, R.; McEwen, B.; Chattarji, S. y Strickland, S. (2011). Descubriendo el mecanismo que provoca el estrés. Disponible en: [http://actualidad.rt.com/ciencia\\_y\\_tecnica/medicina\\_salud/issue\\_23335.html](http://actualidad.rt.com/ciencia_y_tecnica/medicina_salud/issue_23335.html).

Peterson, D. (2007). El estrés social podría eliminar las células cerebrales nuevas, *The Journal of Neuroscience*, 14.

Policía Nacional Civil de El Salvador (PNC). (2011). *Estadísticas de delitos cometidos en El Salvador*, San Salvador.

- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). (2005). ¿Cuánto cuesta la violencia a El Salvador? Cuaderno sobre Desarrollo Humano, n.º 4. San Salvador.
- Punamäki, R. (1989). Political violence and mental health. *Int J Mental Health*, 17, 3-15
- Quiroga, M.A. y Sánchez, M.P. (1997). Análisis de la insatisfacción familiar. *Psicothema*, 1, 69-82
- Real Academia Española (RAE). (2001). *Diccionario de la Lengua Española* (22.<sup>a</sup> ed.). Madrid: RAE y Espasa-Calpe.
- Rodríguez, E. y Gómez-Jarabo, G. (1999). Violencia y delincuencia: una visión psicopatológica y psicosocial. *Psicopatología*, 19, 51-57.
- Sánchez-Bursón, J. (2001). Los pacientes mentales en prisión. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 21, 139-153.
- Sánchez- Gutiérrez, A.E. (2000). Responsabilidad, ley, salud mental. Reflexiones en torno al nuevo Código Penal. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 20, 109-126
- Sánchez-López, M.; Aparicio-García, M. y Dresch, V. (2006). Ansiedad, autoestima y satisfacción autopercebida como predictores de la salud: diferencias entre hombres y mujeres. *Psicothema*, 18, 584-590.
- Selye, H. (1936a). Thymus and adrenals in the response of the organism to injuries and intoxications. *British Journal of Experimental Psychology*, 17, 234-348.

- Selye, H. (1936b). A syndrome produced by diverse nocuous agents. *Nature*, 138, 32.
- Selye, H. (1960). *La tensión en la vida*. Buenos Aires: Compañía General Fabril Editora.
- Selye, H. (1974). *Stress without distress*. Londres: Hodder & Stoughton.
- Sheerin, D. (2004). Psychiatric disorder and adolescent sexual offending. En G. O'Reilly, W.L. Marshall, A. Carr y R. Beckett (Eds.) *The Handbook of Clinical Intervention with Young People Who Sexually Abuse* (129-159). Londres: Brunner-Routledge.
- Silver, E.; Felson, R.B. y Vaneseltine, M. (2008). The relationship between mental health problems and violence among criminal offenders. *Criminal Justice and Behavior*, 35, 405-427.
- Silva, C.; Jiménez, L.; Ortiz, Ma. y Lauro, I. (2000). Proyectos de intervención en salud familiar: una propuesta método. *Revista cubana de administración de salud*, 26, 12-16.
- Steadman, H.; Mulvey, E.; Monahan, J.; Robbins, P.; Appelbaum, P.; Grisso, T.; Roth, L. y Plata, E. (1998). Violencia por parte de personas dadas de alta de hospitalización psiquiátrica de agudos en instalaciones y por otros en los mismos barrios. *Archives of General Psychiatry*, 55, 393-401.
- Slavich, G. y Taylor, C. (2010). El estrés social afecta el sistema inmune, Center for Psychoneuroimmunology de la Universidad de California. (Ucla).



- Taveras, J. (2010). Un panel sobre delincuencia juvenil y salud mental. Disponible: <http://www.psicologiadominicana.net/blog/noticias/505-un-panel-sobre-delincuencia-juvenil-y-salud-mental>.
- Thomas, R.M.; Hotsenpiller, G. y Peterson, D. (2007). Acute Psychosocial Stress Reduces Cell Survival in Adult Hippocampal Neurogenesis without Altering Proliferation, *Journal of Neuroscience*, 27, 2734 a 2743; doi: 10.1523/06.2007JNEUROSCI.3849.
- Ulloa, L.R. (2007). Enfermedad mental y violencia. Propuestas de intervención en enfermería, *Revista Cubana de Enfermería*, 23, 1-14.
- Valadez, I.; Amescua, R.; Quintanilla, R. y González, N. (2005). Familia e intento suicida en el adolescente de educación media superior. *Archivos en medicina familiar*, 7, 69-78.
- Van-Wijk, A.; Blokland, A.A.J.; Duits, N.; Vermeiren, R. y Harkink, J. (2007). Relating psychiatric disorders, offender and offence characteristics in a sample of adolescent sex offenders and non-sex offenders. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 17, 15-30.
- Vielma, J. (2003). Estilos de crianza, estilos educativos y socialización: ¿Fuentes de bienestar psicológico? *Acción pedagógica*, 12, 48-55.
- Walsh, E.; Buchanan, A. y Fahy, T. (2002). Violence and schizophrenia: examining the evidence. *British Journal of Psychiatry*, 180, 490-495.
- Yehuda, R. y McFarlane, A.C. (1995). Conflict between current knowledge about posttraumatic stress disorder and its original conceptual basis. *Am J Psychiatry* 152, 1705-13.

**José Ricardo Gutiérrez Quintanilla**, Doctor en Psicología Social, Maestría en Educación Universitaria, Licenciado en Psicología, varios diplomados y postgrados en Psicología y Salud. Profesor e investigador en la Universidad Tecnológica de El Salvador; también es editor asociado de la *Revista Salvadoreña de Psicología*. Coordinador académico del Programa Doctoral en Diseños de Investigación en Psicología y Salud, impartido por la Universidad de Granada (España) en la Universidad Tecnológica (UTEC) de El Salvador. Ha realizado investigaciones, algunos financiados por organismos internacionales, proyectos centrados en la *Psicología de la violencia, salud mental, Psicopatología y adicciones*. Sus informes han sido presentados en diferentes congresos de Psicología y Psiquiatría, a nivel nacional e internacional. Ha publicado más de 50 artículos académicos y científicos, muchos de estos en revistas internacionales arbitradas e indexadas. Es miembro de la Sociedad Interamericana de Psicología.

Este estudio contó con la colaboración de Ana Arely Villalta de Parada, decana de la Facultad de Ciencias Sociales, Francisco Armando Zepeda, director del Centro de la Opinión Pública Salvadoreña de la UTEC, Edgar Chacón Andrade, director de la Escuela de Psicología y Julio César Martínez, director de la Escuela de Antropología.





**No. 7 Colección Investigaciones**