

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

**“PREVALENCIA DE TRASTORNOS MENTALES EN ESTUDIANTES  
DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS”**

Estudio descriptivo transversal realizado en estudiantes de primero  
y sexto año, Universidad de San Carlos de Guatemala –USAC-

junio-julio 2016

Tesis

Presentada a la Honorable Junta Directiva  
de la Facultad de Ciencias Médicas de la  
Universidad de San Carlos de Guatemala

**Wilson Manolito Emanuel Mux Otzoy**

**Médico y Cirujano**

Guatemala, octubre de 2016

El infrascrito Decano de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala hace constar que:

El estudiante:

Wilson Manolito Emanuel Mux Otzoy 201021606

Cumplió con los requisitos solicitados por esta Facultad previo a optar al Título de Médico y Cirujano en el grado de Licenciatura, y habiendo presentado el trabajo de graduación titulado:

**“PREVALENCIA DE TRASTORNOS MENTALES EN ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS”**

Estudio descriptivo transversal realizado en estudiantes de primero y sexto año, Universidad de San Carlos de Guatemala -USAC-

junio-julio 2016

Trabajo asesorado por el Dr. Dennis Roberto Cuevas Morales y revisado por el Dr. Julio Alberto Palencia Palomo, quienes avalan y firman conformes. Por lo anterior, se emite, firma y sella la presente:

**ORDEN DE IMPRESIÓN**

En la Ciudad de Guatemala, el cinco de octubre del dos mil dieciséis

  
  
**DR. MARIO HERRERA CASTELLANOS**  
DECANO

El infrascrito Coordinador de la Coordinación de Trabajos de Graduación de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, hace constar que el estudiante:

Wilson Manolito Emanuel Mux Otzoy 201021606

Presentó el trabajo de graduación titulado:

**“PREVALENCIA DE TRASTORNOS MENTALES EN ESTUDIANTES  
DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS”**

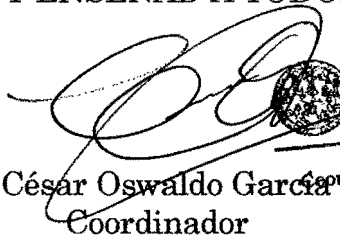
Estudio descriptivo transversal realizado en estudiantes de primero  
y sexto año, Universidad de San Carlos de Guatemala –USAC–

junio-julio 2016

El cual ha sido revisado por el Dr. José Pablo de León Linares y, al establecer que cumple con los requisitos exigidos por esta Coordinación, se le autoriza continuar con los trámites correspondientes para someterse al Examen General Público. Dado en la Ciudad de Guatemala el cinco de octubre del dos mil dieciséis.

**César O. García G.**  
Doctor en Salud Pública  
Colegiado 5,950

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”



**USAC**  
TRICENTENARIA  
Universidad de San Carlos de Guatemala

Facultad de Ciencias Médicas  
Coordinación de Trabajos de Graduación  
Dr. C. César Oswaldo García García  
COORDINADOR  
Coordinador

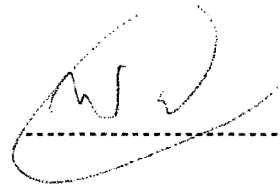
Guatemala, 5 de octubre del 2016

Doctor  
César Oswaldo García García  
Coordinación de Trabajos de Graduación  
Facultad de Ciencias Médicas  
Universidad de San Carlos de Guatemala  
Presente

Dr. García:

Le informo que yo:

Wilson Manolito Emanuel Mux Otzoy



Presenté el trabajo de graduación titulado:

**“PREVALENCIA DE TRASTORNOS MENTALES EN ESTUDIANTES  
DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS”**

Estudio descriptivo transversal realizado en estudiantes de primero  
y sexto año. Universidad de San Carlos de Guatemala –USAC-

junio-julio 2016

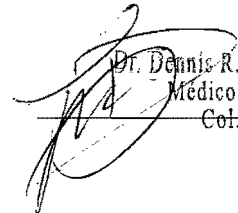
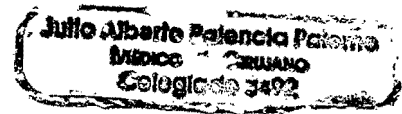
Del cual el asesor y el revisor se responsabilizan de la metodología,  
confiabilidad y validez de los datos, así como de los resultados obtenidos y de  
la pertinencia de las conclusiones y recomendaciones propuestas.

Firmas y sellos

Revisor: Dr. Julio Alberto Palencia Palomo

No. de registro de personal 12283

Asesor: Dr. Dennis Roberto Cuevas Morales



Dr. Dennis R. Cuevas Morales  
Médico y Cirujano  
Col. 12050

Acto que dedico:

A mis padres, a quienes les debo todo. A mi papá Roberto Mux, quien fue persistente y nunca me dejó recorrer el camino en soledad. A mi mamá Karina Otzoy, quien fue mi más grande apoyo, la que se preocupó por mí, de principio a fin.

A mis hermanos por estar pendientes de mí.

A mis amigos, por brindarme ayuda cuando más lo necesité.

A la Universidad de San Carlos de Guatemala y a la Facultad de Ciencias Médicas, por darme esta grandiosa oportunidad.

A mis profesores y mentores, a quienes les debo la sabiduría adquirida.

*De la responsabilidad del trabajo de graduación:*

El autor o autores es o son los únicos responsables de la originalidad, validez científica, de los conceptos y de las opiniones expresadas en el contenido del trabajo de graduación. Su aprobación en manera alguna implica responsabilidad para la Coordinación de Trabajos de Graduación, la Facultad de Ciencias Médicas y para la Universidad de San Carlos de Guatemala. Si se llegara a determinar y comprobar que se incurrió en el delito de plagio u otro tipo de fraude, el trabajo de graduación será anulado y el autor o autores deberá o deberán someterse a las medidas legales y disciplinarias correspondientes, tanto de la Facultad, de la Universidad y otras instancias competentes.



## RESUMEN

**OBJETIVO:** Determinar la prevalencia de trastornos mentales en los estudiantes de primero y sexto año de la Carrera de Médico y Cirujano de la Universidad de San Carlos de Guatemala, de agosto a septiembre 2016. **POBLACIÓN Y MÉTODOS:** Estudio descriptivo transversal realizado mediante una entrevista basada en el Test MINI 5.0, posterior a un consentimiento informado, en una muestra de 292 estudiantes. **RESULTADOS:** De los sujetos de estudio: 159 (58%) de sexo femenino, con una media de edad de 19 años; 235 (91%) de primer año, 141 (48%) de religión católica, 235 (90%) con residencia urbana. Prevalencia de trastornos del estado de ánimo: episodio depresivo mayor 13.36%, distimia 2.73%, episodio hipomaniaco 17.8%. Trastornos de ansiedad: angustia 20%, agorafobia 15%, fobia social 5.13%, obsesivo-compulsivo 1.36%, ansiedad generalizada 25%; psicosis 2.39%; relacionados a sustancias psicoactivas: dependencia de alcohol 4.1%, abuso de alcohol 6.5%, dependencia de sustancias psicoactivas no alcohólicas 0.34% y abuso de sustancias psicoactivas no alcohólicas 0.6%. **CONCLUSIONES:** El episodio hipomaniaco se presenta en una quinta parte de los entrevistados; se determina que el trastorno de ansiedad generalizada se encuentra en una cuarta parte de la muestra, los trastornos psicóticos se presentan en dos de cada cien; menos de la décima parte de los estudiantes presenta problemas por el alcohol, mientras que los problemas relacionados a sustancias psicoactivas no alcohólicas son insignificantes.

**PALABRAS CLAVE:** Prevalencia, trastornos mentales, estudiantes de medicina.





## ÍNDICE

<b>1. Introducción</b> .....	1
<b>2. Objetivos</b> .....	3
2.1 Objetivo general.....	3
2.2 Objetivos específicos.....	3
<b>3. Marco teórico</b> .....	5
3.1 Normalidad y anormalidad psíquica.....	6
3.2 Epidemiología de los trastornos mentales en la población en general.....	9
3.3 Epidemiología de los trastornos mentales a nivel regional.....	10
3.4 Epidemiología de los trastornos mentales a nivel local.....	12
3.5 Financiamiento de los servicios de salud mental a nivel nacional.....	16
3.6 Breve descripción de las patologías psiquiátricas tamizadas por el test MINI	
5.0.....	17
A) Trastorno depresivo mayor.....	18
B) Trastorno depresivo persistente (Distimia).....	22
C) Episodio maníaco.....	25
D) Trastorno de angustia (panic disorder).....	30
E) Agorafobia.....	34
F) Trastorno de ansiedad social (fobia social).....	35
G) Trastorno obsesivo-compulsivo.....	39
H) Trastorno de ansiedad generalizada.....	43
I) Trastornos psicóticos.....	46
J) Trastorno por consumo de alcohol.....	54
K) Trastorno por consumo de otras sustancias.....	58
3.7 Descripción del instrumento seleccionado para el estudio.....	60
3.8 Contextualización del problema. Investigaciones en estudiantes de medicina:	
factores de riesgo y epidemiología de los trastornos mentales.....	60
3.8.1 Estrés académico.....	61
3.8.2 Susceptibilidad de los estudiantes de medicina hacia los trastornos	
mentales.....	62
3.8.3 Síndrome de Burnout.....	63
3.8.4 Estudios del Síndrome de Burnout en estudiantes de medicina.....	65
3.9 Antecedentes. ....	66

<b>4. Población y métodos</b> .....	69
4.1 Tipo y diseño de la investigación.....	69
4.2 Unidad de análisis.....	69
4.2.1 Unidad primaria de muestreo.....	69
4.2.2 Unidad de análisis.....	69
4.2.3 Unidad de información.....	69
4.3 Población y muestra.....	69
4.3.1 Población.....	69
4.3.2 Marco muestral.....	69
4.3.3 Muestra.....	69
4.4 Selección de sujetos para estudio.....	71
4.4.1 Criterios de inclusión.....	71
4.4.2 Criterios de exclusión.....	71
4.5 Medición de variables.....	72
4.6 Técnicas, procesos e instrumentos utilizados en la recolección de datos.....	78
4.6.1 Técnicas de recolección de datos.....	78
4.6.2 Procesos.....	78
4.6.3 Instrumento de recolección de datos.....	80
4.7 Procesamiento y análisis de datos.....	83
4.7.1 Análisis de datos.....	84
4.7.2 Programas utilizados.....	84
4.8 Límites de la investigación.....	84
4.8.1 Obstáculos.....	84
4.8.2 Alcances.....	84
4.9 Aspectos éticos de la investigación.....	85
<b>5. Resultados</b> .....	87
<b>6. Discusión</b> .....	91
<b>7. Conclusiones</b> .....	95
<b>8. Recomendaciones</b> .....	97
<b>9. Aportes</b> .....	99
<b>10. Referencias bibliográficas</b> .....	101
<b>11. Anexos</b> .....	107

## 1. INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud, en su informe de carga mundial de trastornos mentales del 2011, los trastornos mentales no tratados cobran un alto precio al representar el 13% del total de la carga de morbilidad mundial. Las estimaciones correspondientes a los países de ingresos bajos y de ingresos medios se sitúan en el 3,2% y el 5,1% respectivamente. Según las predicciones actuales, para el 2030 la depresión será la principal causa de morbilidad general a nivel mundial. Cuando solo el componente de discapacidad se toma en cuenta al calcular la carga de morbilidad, los trastornos mentales representan el 25,3% y el 33,5% de los años perdidos por discapacidad en los países de ingresos bajos y de ingresos medios, respectivamente.<sup>1</sup>

En una revisión de los estudios epidemiológicos más relevantes de los trastornos mentales realizados en la región durante los últimos 20 años, se estimó la prevalencia media de este tipo de trastornos durante el año anterior. Las psicosis no afectivas (entre ellas la esquizofrenia) tuvieron una prevalencia media estimada de 1,0%; la depresión mayor, de 4,9% y el abuso o la dependencia de alcohol, de 5,7%.<sup>2</sup>

En la encuesta nacional realizada por la Universidad de San Carlos de Guatemala en el año 2009 indica que uno de cada cuatro guatemaltecos padece de algún trastorno de salud mental, el sexo femenino es el más afectado con trastornos de salud mental, siendo más frecuentes los trastornos de ansiedad. Solamente un 2.3% de la población guatemalteca ha consultado alguna vez por un trastorno de salud mental a un profesional de salud.<sup>3</sup>

Se realizó además otro estudio por parte de la Universidad Francisco Marroquín en el año 2011 sobre la epidemiología de los trastornos mentales en el área metropolitana donde se obtuvo una prevalencia de trastornos de ansiedad de 13.95%, trastornos por abuso de sustancias 11.30% y trastornos del estado de ánimo de 5.34%.<sup>4</sup>

En cuanto a los estudiantes de medicina se refiere, en Lima, Perú, se realizó un estudio de tamizaje de salud mental en la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo en el año 2010, utilizando el Test MINI, los diagnósticos más frecuentes fueron: episodio hipomaniaco pasado (10,2%), riesgo suicida (6,9%), trastorno depresivo actual (5,6%), trastorno de angustia actual (5%), agorafobia (5%).<sup>5</sup>

Se ha considerado además que la prevalencia de trastornos mentales es mayor en poblaciones con factores sociales y ambientales, tales como estudiantes universitarios, en especial estudiantes de medicina de pre y post grado, debido a la exigencia académica, social y psicológica que esta actividad conlleva.<sup>6</sup>

El presente estudio determina la prevalencia actual de trastornos mentales en los estudiantes de medicina del primer y del sexto año, de la Universidad de San Carlos de Guatemala, ya que se desea conocer cómo se encuentra la salud mental de los estudiantes que ingresaron a la facultad, y los que están próximos a cerrar el pensum, sin embargo no es la intención del investigador comparar la salud mental en estos dos puntos, ya que esto requeriría de otro diseño de investigación. Se tomaron del sexto año únicamente a los estudiantes del Ejercicio Profesional Supervisado Hospitalario, esto por motivos de cercanía geográfica. Es de gran valor tener datos específicos y recientes sobre estos trastornos en los estudiantes, ya que actualmente hay un vacío de conocimiento respecto a este tema.

Los resultados de este estudio significan un gran avance en la epidemiología de trastornos mentales en la población de estudiantes de medicina, ya que proporcionará prevalencias y datos útiles para futuras investigaciones orientadas a profundizar sobre los trastornos encontrados, y así plantear estrategias para mejorar la salud mental de la población estudiantil. Para ello se realizó un estudio descriptivo transversal, la información fue recabada a través de un instrumento basado en el test MINI 5.0 a estudiantes mayores de 18 años, de ambos sexos, inscritos en el presente ciclo, de agosto a septiembre 2016.

## 2. OBJETIVOS

### 2.1 Objetivo general

Determinar la prevalencia de trastornos mentales en los estudiantes de primero y sexto año del EPS Hospitalario de la Carrera de Médico y Cirujano de la Universidad de San Carlos de Guatemala, de agosto a septiembre 2016.

### 2.2 Objetivos específicos

2.2.1 Describir las características sociodemográficas de la población según: sexo, edad, año académico, religión y lugar de residencia.

2.2.2 Cuantificar la prevalencia de trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad y trastornos psicóticos en la población a estudio.

2.2.3 Identificar la prevalencia de abuso y/o dependencia de sustancias psicoactivas en la población a estudio.



### 3. MARCO TEÓRICO

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales en su quinta edición (DSM-V), la definición de trastorno mental es la siguiente: es un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento del individuo que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental.<sup>9</sup>

Según la Clasificación Internacional de Enfermedades en su décima edición (CIE-10), el concepto de trastornos mentales se asocia a un comportamiento o un grupo de síntomas identificables en la práctica clínica, que en la mayoría de los casos se acompañan de malestar o interfieren con la actividad del individuo. No se incluyen disfunciones o conflictos sociales por sí mismos en ausencia de trastornos individuales.

El concepto de enfermedad mental es fundamento y piedra angular de la nosología psiquiátrica, sin embargo, su delimitación resulta compleja y difícil. Entre los factores que pueden dar cuenta de esta complejidad destacan:

En primer lugar los problemas derivados de la propia entidad del enfermar psiquiátrico que se sitúan en la encrucijada entre los factores biológicos, psicológicos y socio-culturales, con una amplitud y diversidad muy difícil de abarcar conceptualmente.

En segundo lugar por el componente de subjetividad que lleva implícita la enfermedad mental, factor que dificulta la aproximación objetiva a la que aspira la psiquiatría como saber científico. La evaluación del sujeto que experimenta el supuesto enfermar, también está imbuida de este mismo carácter subjetivo.

En tercer lugar destaca la gran carga de representación social que llevan asociados los trastornos mentales, en las diferentes culturas. La enfermedad mental tiene una enorme relevancia social, su concepto está muy influido por las configuraciones socioculturales propias de la comunidad y del periodo histórico determinado. Las concepciones científicas deben analizarse desde su contexto histórico cultural.

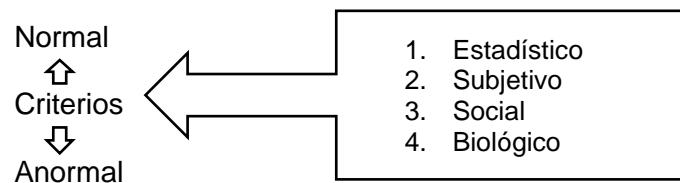


Por último hay que señalar, a efectos más prácticos, que los poderes y gestores de recursos sanitarios adaptan sus políticas a las necesidades que consideran más prioritarias, lo que dependerá en gran parte de la visión que tengan sobre los trastornos psíquicos necesitados de atención, opinión que no siempre coincide con la de los psiquiatras.

### 3.1 Normalidad y anormalidad psíquica

Al introducir la teoría del enfermar psiquiátrico parece lo más procedente iniciarlo con unas consideraciones sobre la conducta anormal. La forma en que se define la anormalidad está estrechamente relacionada con la clase de problemas que el especialista en psiquiatría tiene que afrontar. El diccionario de la Real Academia de la Lengua define la norma como la regla que se debe seguir o a la que se deben ajustar las conductas. Lo *anormal* sería lo que se desvía de la norma. El problema, en principio, consiste en especificar la norma de referencia para calificar una conducta como desviada o anormal. En este sentido se han propuesto una serie de criterios (esquema 3.1.1):

**Esquema 3.1.1**  
**Normalidad y anormalidad**



**Fuente. Asociación Española de Psiquiatría. Manual del Residente en Psiquiatría. 2009**

#### Criterio estadístico

Este criterio se sustenta sobre dos supuestos: la frecuencia y la continuidad de las variables psicológicas sometidas a estudio.

Lo normal es lo que aparece con mayor frecuencia y lo anormal es lo infrecuente, aquello que se sale de los límites de la distribución normal (estadística) en su población de referencia. A veces ocurre que la supuesta anormalidad es deseable (p. ej. el caso del cociente intelectual elevado) entonces la anomalía estadística suele ser única y corresponde a uno de los polos de la distribución.

Existe una continuidad entre las conductas normales y las anormales, su diferencia se considera de naturaleza cuantitativa, esto es, cuestión de grado (excesivo o deficiente). Este criterio no especifica la esencia de la normalidad, ni los límites entre salud y enfermedad, por lo que tiene escasa utilidad y validez en el contexto científico de la psiquiatría.

#### Criterio subjetivo

Según este criterio es el propio sujeto el que evalúa su estado y situación personal. En este caso es el propio individuo el que detecta una anomalía en sí mismo (malestar, incapacidad, etc.), la comunica e intenta determinar su origen. Aparte del valor psicopatológico que pueda tener la introspección personal, hay que reconocer que es un criterio bastante impreciso y limitado. La falta de conciencia de enfermedad es muy frecuente en los trastornos psicóticos y, en el extremo opuesto, también existe una tendencia a la sobrevaloración de dificultades de la vida cotidiana.

#### Criterio social

Según este criterio se contempla lo anormal como una desviación del conjunto de creencias y conductas aceptadas por la sociedad.

El marco normativo de referencia es la adaptación al rol personal y social que lleva adscrito el ser miembro de una comunidad determinada.

Es preciso examinar de forma crítica el contexto social y el tipo de circunstancias ambientales, que supuestamente inciden en la conducta antes de poder calificarla como anormal y mucho más como patológica. Con demasiada frecuencia, normas sociales que implican juicios de valor peyorativos pueden catalogar como anormales problemas o formas de vida alternativas, simplemente porque no siguen los patrones culturales de la mayoría social o pueden realizarse inferencias etiológicas absolutamente fuera de lugar.

El criterio social es útil y adecuado en muchos casos, pero por sí solo es insuficiente para definir como anormal y patológica una conducta.

## Criterio biomédico

Corresponde al terreno de la medicina y considera lo anormal como resultado de lesión o disfunción fisiológica. Estas anomalías pueden tener nula o escasa significación patológica o, por el contrario, pueden considerarse como enfermedades en sentido médico estricto. El criterio biológico sólo da cuenta de un grupo específico de anormalidades psíquicas, al margen de consideraciones psicológicas o sociales.

Este criterio establece la diferencia entre salud y enfermedad. Sin embargo ambos conceptos no son condicionantes que permitan definir la una como ausencia de la otra. La salud mental es un concepto que se refiere al bienestar emocional y psicológico del individuo y no solamente a la ausencia de la enfermedad.

En principio, el que una conducta sea anormal no implica necesariamente que sea patológica. Incluso existen grados dentro de cada anomalía o alteración y no todos implican una alteración psicopatológica.

El concepto de normal y anormal surge siempre en función del contexto en el cual el acto se realiza. Lo anormal puede ser patológico e inadaptado en unos casos, pero también sano y adaptado en otros.

La naturaleza de lo patológico no viene dada por su anormalidad, sino porque comporta una restricción de la libertad personal (entendida como forma potencial de enriquecimiento existencial que mejora las relaciones humanas). Henry Ey definía la psiquiatría como una patología de la libertad, resaltando el carácter personal y existencial que tiene la enfermedad mental.

Cada uno de estos modelos tiene una utilidad limitada, aportando distintas perspectivas sobre el concepto de enfermedad mental. Ninguno es suficiente *per se* para dar cuenta de su complejidad. Existen también propuestas que tratan de integrar los modelos anteriores, con la intención de evitar los reduccionismos, aunque tampoco resultan del todo satisfactorios.

Como ejemplo, destaca el modelo bio-psico-social de Engel que pretende ser ecléctico aspirando a integrar, de una forma global y dinámica, la personalidad con los niveles

biológicos y sociales. Partiendo de la teoría general de sistemas, organiza jerárquicamente las variables diagnósticas, desde lo molecular a lo sociocultural, aunque el resultado es un tanto confuso, con dificultades de aplicación en la práctica. Su importancia radica sobre todo en la llamada de atención sobre la necesaria integración de los componentes biológicos, psicológicos y sociales de la enfermedad mental.<sup>10</sup>

Teniendo clara la definición de trastorno mental, se hará un enfoque en la epidemiología de estos padecimientos en distintas poblaciones.

### **3.2 Epidemiología de los trastornos mentales en la población a nivel mundial**

La OMS reporta en su informe de carga mundial de trastornos mentales, que éstos representan el 13% del total de la carga de morbilidad mundial. La depresión unipolar es la tercera entre las principales causas de morbilidad, representando el 4,3% de la carga mundial. Según las predicciones actuales, para 2030 la depresión será la principal causa de morbilidad a nivel mundial.

Es grande en todo el mundo, la brecha entre la necesidad de tratamiento de los trastornos mentales y su prestación. Por ejemplo, entre el 76% y el 85% de las personas con trastornos mentales graves no recibe tratamiento alguno en los países de ingresos bajos y de ingresos medios; la horquilla correspondiente a los países de ingresos altos también presenta valores elevados: entre el 35% y el 50%.

Los recursos humanos para la salud mental en los países de ingresos bajos y medios son insuficientes. Por ejemplo, casi la mitad de la población mundial vive en países donde, en promedio, hay un psiquiatra para atender a 200 000 personas o más, y los proveedores de atención de salud mental capacitados en la realización de intervenciones psicosociales, como psicólogos, trabajadores sociales y terapeutas ocupacionales, son aún más escasos.<sup>1</sup>

### 3.3 Epidemiología de los trastornos mentales a nivel regional

En una revisión de los estudios epidemiológicos más relevantes de los trastornos mentales realizados en la región durante los últimos 20 años, se estimó la prevalencia media de este tipo de trastornos durante el año anterior. Las psicosis no afectivas (entre ellas la esquizofrenia) tuvieron una prevalencia media estimada de 1,0%; la depresión mayor, de 4,9% y el abuso o la dependencia de alcohol, de 5,7%<sup>2</sup>.

La fiabilidad y validez de los diagnósticos psiquiátricos mejoró con el arribo de criterios diagnósticos explícitos para trastornos mentales, como la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10)<sup>11</sup> y el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV*)<sup>12</sup>. Se calcula que solo en unos pocos países de América Latina se han llevado a cabo estudios de prevalencia de enfermedades mentales específicas que han utilizado esquemas de entrevistas estructuradas o semiestructuradas funcionales a los criterios diagnósticos, como el Examen del Estado Actual (*Present State Examination, PSE*)<sup>13</sup>.

La Encuesta de Salud Mental São Paulo Megacity es el componente brasileño de la Encuesta Mundial de Salud Mental, caracterizada por la rigurosa aplicación de criterios explícitos de diagnóstico y la realización de entrevistas clínicas estandarizadas en una muestra aleatoria de la población general adulta (18 años y más) residente en la Región Metropolitana de São Paulo. Aunque en Brasil ya se habían realizado anteriormente encuestas epidemiológicas de la morbilidad psiquiátrica, la encuesta São Paulo Megacity es el primer estudio que evalúa la población general de toda la zona metropolitana de São Paulo y proporciona estimaciones de la prevalencia de una más amplia variedad de trastornos mentales en la población general adulta.

Se examinó una muestra aleatoria de 5.037 personas de 18 años y más, residentes en hogares fijos de la zona metropolitana de São Paulo.

El trastorno más prevalente era el episodio depresivo mayor (17,7% de la muestra refirió al menos un episodio a lo largo de la vida), seguido de la fobia específica (12,4%), el trastorno de ansiedad más frecuente. El siguiente trastorno más prevalente era el consumo excesivo de alcohol, que se observa aproximadamente en una de cada 10

personas, seguido de la fobia social, con una prevalencia notablemente alta (cerca de 6%)<sup>14</sup>.

En el año 2003, el Ministerio de la Protección Social de Colombia realizó el Estudio Nacional de Salud Mental (ENSM) como parte de la Encuesta Mundial de Salud Mental de la OMS (*World Mental Health Survey Initiative, WMH*).

La información se recogió mediante una versión computadorizada de la CIDI. Las entrevistas se realizaron cara a cara y la muestra estuvo constituida por 4.426 personas de 18 a 65 años de edad.

La prevalencia de vida de cualquier trastorno mental diagnosticado en el estudio con criterios del DSM-IV/CIDI era de 39,1%. Los trastornos específicos más comunes eran la fobia simple (12,5%), el trastorno depresivo mayor (12,0%), el trastorno de ansiedad de separación (9,8%) y el abuso de alcohol (9,2%). Los trastornos de ansiedad eran los más prevalentes (25,3%), seguidos de los trastornos del estado de ánimo (14,6%). De los encuestados, 17,8% tenía dos o más trastornos y 8,3%, tres o más<sup>15</sup>.

Como parte de la Encuesta Mundial de Salud Mental, en México, el estudio se efectuó entre 2001 y 2002 y se seleccionó la población que vive en áreas urbanas del país, no institucionalizada, de 18 a 65 años de edad y que tiene un hogar fijo (población de más de 2.500 habitantes) la cual comprende más de 75% del total del país<sup>16</sup>.

Los trastornos de ansiedad a lo largo de la vida son los más frecuentes en la población; 11,6% había padecido uno o más trastornos de este tipo alguna vez en la vida. Les siguen los trastornos afectivos (11,1%) y los de abuso de sustancias (8,9%). Por tipo de diagnóstico determinado, el más frecuente es la depresión mayor (8,7%), seguido de fobias específicas (7,3%), abuso de alcohol (4,4%) y dependencia a esta sustancia (3,5%). En el último mes, los trastornos de ansiedad eran también los más frecuentes en la población (2,6%); les siguen, con pocas diferencias los trastornos afectivos (2,4%) y los de abuso de sustancias (1,0%). Por tipo de diagnóstico determinado, el más frecuente era la depresión mayor (1,9%), seguido de fobias específicas (1,5%) y dependencia de alcohol (0,6%)<sup>17</sup>.

### 3.4 Epidemiología de los trastornos mentales a nivel nacional

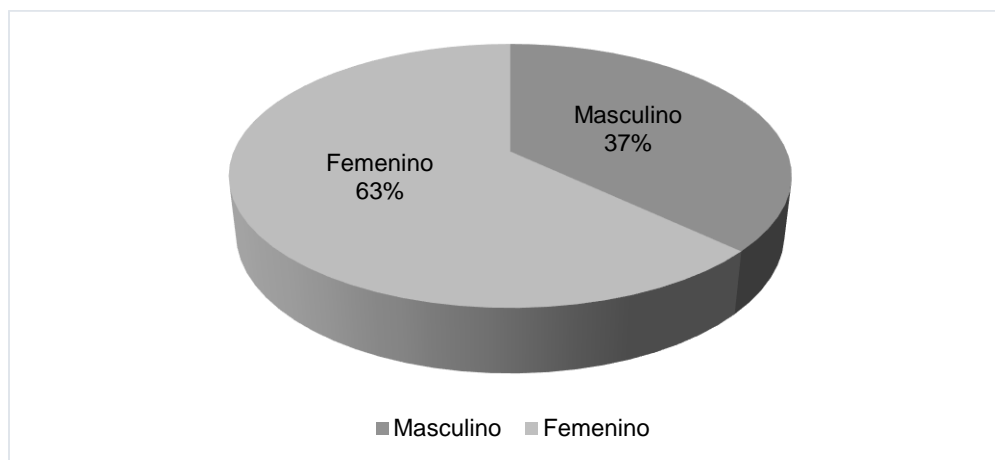
Según se reporta en la Encuesta Nacional de Salud Mental realizada por la Universidad de San Carlos de Guatemala en el 2009, el 27.8% de la población guatemalteca tiene algún trastorno de salud mental, siendo más específicos indican que un 20.6% de la población padece de trastornos neuróticos, se encuentra un 8% de prevalencia de trastornos del humor, 7.8% padece de abuso de sustancias psicoactivas, y el 2.2% de la población es afectada por trastornos psicóticos no afectivos.

Este estudio tenía como objetivo describir la epidemiología de los trastornos de salud mental en mujeres y hombres de 18 a 65 años de edad de la República de Guatemala en el período comprendido de mayo–julio de año 2009.

El mismo era de tipo descriptivo, transversal, cuantitativo. Tomaron como unidad primaria de muestreo viviendas ubicadas dentro de los sectores cartográficos muestreados de la República de Guatemala y su unidad de análisis fueron las respuestas obtenidas de encuestas con el instrumento Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta versión 2.1 (CIDI por sus siglas en inglés).<sup>3</sup>

A continuación, se resumen algunos de los resultados más importantes de dicho estudio.

**Gráfica 3.4.1**  
**Características socio-demográficas según sexo**



Fuente. Cóbar M, et. al. Encuesta Nacional de Salud Mental mayo-julio 2009, Guatemala.

**Tabla 3.4.1**  
**Prevalencia de trastornos mentales según edad**

	consumo de sustancias	Esquizofrenia	trastornos del humor	neuróticos secundarios
18-20 años	0.6%	0.2%	0.7%	1.7%
21-50 años	4.1%	1.1%	5%	13.4%
51-65 años	2.8%	0.6%	1.5%	3.7%

Fuente. Cobar M, et. al. Encuesta Nacional de Salud Mental mayo-julio 2009, Guatemala.

**Tabla 3.4.2**  
**Prevalencia de trastornos mentales según lugar de residencia**

	consumo de sustancias	Esquizofrenia	trastornos del humor	neuróticos secundarios
urbano	6%	1.50%	6.40%	18.10%
rural	3.04%	0.70%	3.60%	8.40%

Fuente. Cobar M, et. al. Encuesta Nacional de Salud Mental mayo-julio 2009, Guatemala.

**Tabla 3.4.3**  
**Frecuencia estimada de personas que consultaron por problemas de salud mental**

	psiquiatra	Médico	guía religioso	curandero
%	1.4	0.9	2.4	0

Fuente. Cobar M, et. al. Encuesta Nacional de Salud Mental mayo-julio 2009, Guatemala.



Por su parte, la Universidad Francisco Marroquín realizó un estudio en el año 2011, el cual tenía como objetivo general determinar la prevalencia de trastornos mentales en la población de 18 a 65 años de edad en la región metropolitana de Guatemala. El mismo era de tipo cuantitativo descriptivo transversal

Para dicho estudio participaron 1120 personas de ambos sexos, de 18 a 65 años, residentes de la región metropolitana de Guatemala, es decir, todos los municipios del departamento de Guatemala y todas las zonas de la ciudad capital.

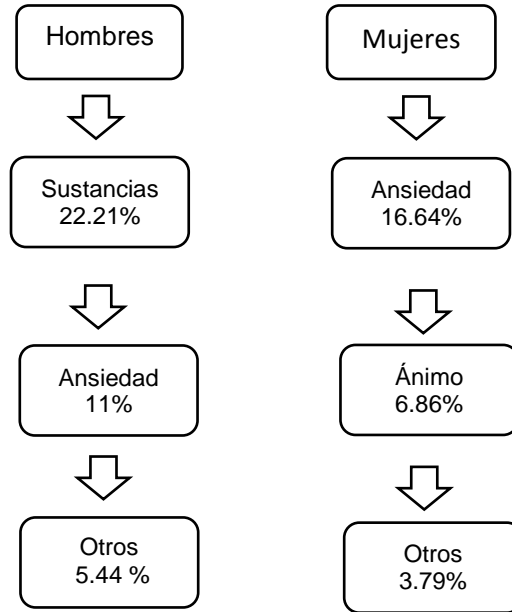
Al igual que en la Encuesta Nacional realizada en el 2009, en esta investigación también se utilizó como instrumento el CIDI, pero ésta vez, en su versión 3.0. A continuación, se presentan algunos de los resultados más relevantes de ésta investigación.

El grupo de trastornos mentales más prevalentes a lo largo de la vida en el grupo total fue encabezado por los trastornos de ansiedad (13.95%), seguido por abuso de sustancias (11.30%), y finalmente los trastornos del estado de ánimo (5.34%). También se cuantificó la prevalencia de trastornos mentales por estado civil, en el grupo de pacientes casados el grupo de trastornos más frecuentemente encontrado fueron los trastornos de ansiedad (14.8%), luego los trastornos por abuso de sustancias (13%), y por último los trastornos del estado de ánimo (6%).

En cuanto a los pacientes separados se obtuvieron cifras muy similares, ya que el grupo de trastornos más prevalente fueron los trastornos de ansiedad nuevamente (15.9%), seguido por los trastornos por abuso de sustancias (7%), y finalmente los trastornos del estado de ánimo (5.4%).

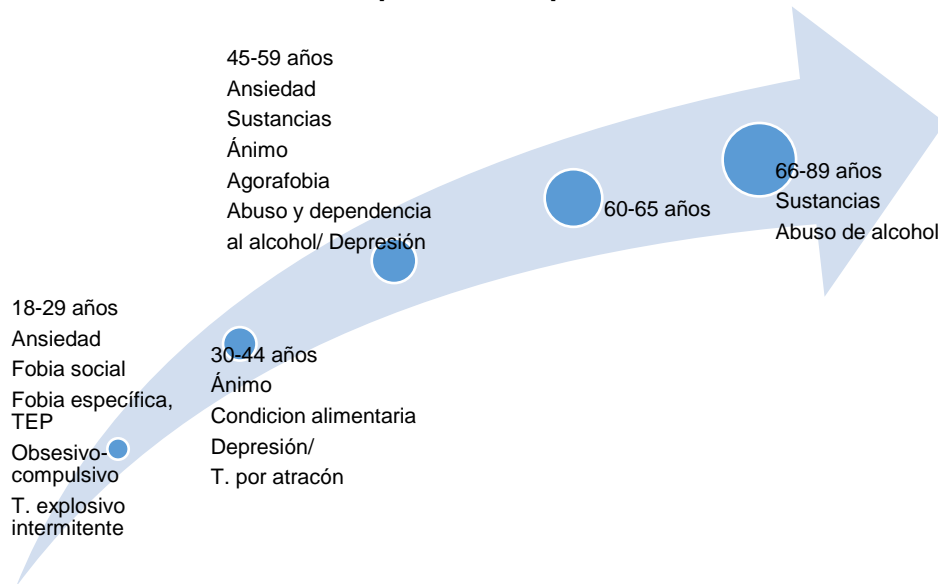
Por último, el grupo de pacientes nunca casados tuvieron cifras un poco distintas de las de los dos grupos anteriores, teniendo a pesar de ello a los trastornos de ansiedad como los más frecuentes (11.4%), luego los trastornos por abuso de sustancias (9.7%) y finalmente los trastornos del estado de ánimo (4%).

**Esquema 3.4.1**  
**Grupo de trastornos mentales más prevalentes a lo largo de la vida en hombres y mujeres**



Fuente: Paiz L, Melville S, Sánchez M, Donado D, Pereira M. Estudio epidemiológico de trastornos mentales, región metropolitana, Guatemala, 2011.

**Esquema 3.4.2**  
**Trastornos mentales específicos más prevalentes por edad**



Fuente: Paiz L, Melville S, Sánchez M, Donado D, Pereira M. Estudio epidemiológico de trastornos mentales, región metropolitana, Guatemala, 2011.

Este estudio tuvo las siguientes conclusiones:

- El 28% de los participantes presentó prevalencia de trastornos mentales a lo largo de la vida, 11.28% a 12 meses, y 6.63% a 30 días
- Los trastornos mentales fueron más prevalentes a lo largo de la vida en hombres, y más crónicos a 12 meses en mujeres.
- Los grupos de trastornos mentales más prevalentes en la muestra total, a lo largo de la vida, fueron los de ansiedad, los relacionados con sustancias y los del estado de ánimo<sup>4</sup>.

### **3.5 Financiamiento de los servicios de salud mental a nivel nacional**

Tal como indica el informe sobre el sistema de salud mental en Guatemala, por parte de la IESM-OMS del año 2011, menos del 1% de los egresos en atención de salud a nivel gubernamental, por parte del Ministerio de Salud están dirigidos a la salud mental, lo cual corresponde al mismo porcentaje reportado en el informe anterior (2009).

De todos los gastos invertidos en salud mental, el 94% está dirigido a hospitales psiquiátricos, que en comparación con el reporte anterior (2009) (90%), representa un retroceso en la asignación presupuestaria a servicios no hospitalarios. El 13% de la población tiene acceso gratuito (en por lo menos 80%) a medicamentos psicotrópicos esenciales, lo que evidencia un avance importante aunque aún, insuficiente.

Para aquellas personas que pagan por sus medicamentos, el costo de los medicamentos antipsicóticos y antidepresivos, corresponde en promedio al 2% del salario mínimo diario. Esto representa un avance significativo en comparación con la medición anterior, en parte debido a la mayor comercialización y disponibilidad de medicamentos genéricos en el país.

Aunque todos los trastornos mentales y problemas de salud mental están cubiertos en los planes de seguro social, solo una proporción muy pequeña de la población (menos del 15%), están afiliados al mismo.<sup>7</sup>

### **3.6 Breve descripción de las patologías psiquiátricas tamizadas por el test MINI 5.0**

Trastornos del estado de ánimo

Fisiopatología de los trastornos del estado de ánimo (excepto trastorno distímico)

Factores biológicos

Se han descrito alteraciones biológicas en pacientes con trastornos del estado de ánimo. Hasta hace poco los neurotransmisores monoamínicos (noradrenalina, dopamina, serotonina e histamina) eran los principales centros de atención e investigación con respecto a la etiología de estos trastornos, pero se ha ido produciendo un desplazamiento progresivo desde las alteraciones de cada uno de los sistemas por separado hacia el estudio de sistemas neuroconductuales, circuitos neurales y mecanismos neuroreguladores más complejos. Los sistemas monoaminérgicos se contemplan como sistemas neuromoduladores más amplios, y es probable que sus alteraciones sean tanto defectos secundarios o epifenómenos como directamente o causalmente relacionados con la etiología y la patogenia.

Factores genéticos

Muchos estudios de familias, adopciones y gemelos han permitido documentar el carácter hereditario de los trastornos del estado de ánimo, si bien recientemente el foco de atención de los estudios genéticos se ha centrado en identificar a los genes de susceptibilidad específicos utilizando métodos de genética molecular.

Factores psicosociales

Situaciones vitales y estrés ambiental

La observación clínica ha señalado tradicionalmente que lo más frecuente es que las situaciones vitales estresantes sean anteriores, y no posteriores, a los episodios de trastornos del estado de ánimo. Esta asociación se ha descrito tanto en pacientes con trastorno depresivo mayor como en pacientes con trastorno bipolar I. Una de las teorías propuestas para explicar esta observación es que el estrés que acompaña el primer episodio da lugar a cambios de larga duración en la biología del cerebro, y que estos cambios de larga duración podrían alterar los estados funcionales de varios neurotransmisores y sistemas de utilización intraneuronal, cambios que incluso podrían

incluir la pérdida de neuronas y una reducción excesiva de los contactos sinápticos. En consecuencia, la persona tendrá un elevado riesgo de presentar episodios subsecuentes de un trastorno del estado de ánimo, incluso sin que existan factores estresantes externos.

Los datos más convincentes indican que el suceso vital que se asocia más a menudo al desarrollo de la depresión es la pérdida de uno de los padres antes de los 11 años de edad. El factor estresante del entorno que se asocia más a menudo con el inicio de un episodio de depresión es la pérdida del cónyuge. Otro factor de riesgo es el desempleo; las personas que pierden su puesto de trabajo tienen tres veces más probabilidades de describir síntomas de un episodio de depresión mayor que los que tienen trabajo<sup>18</sup>.

#### A) Trastorno depresivo mayor

##### Criterios diagnósticos

A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo periodo de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer.

Nota: No incluir síntomas que se pueden atribuir claramente a otra afección médica.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej. se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej. se le ve lloroso). (Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.)

2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).

3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más de un 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (Nota: En los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado.)

4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.

5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros, no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).

6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.

7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).

8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).

9. Pensamientos de muerte recurrentes (no solo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

Nota: Los Criterios A-C constituyen un episodio de depresión mayor.

Nota: Las respuestas a una pérdida significativa (p. ej., duelo, ruina económica, pérdidas debidas a una catástrofe natural, una enfermedad o discapacidad grave) pueden incluir el sentimiento de tristeza intensa, rumiación acerca de la pérdida, insomnio, pérdida del apetito y pérdida de peso que figuran en el Criterio A, y pueden simular un episodio depresivo. Aunque estos síntomas pueden ser comprensibles o considerarse apropiados a la pérdida, también se debería pensar atentamente en la presencia de un episodio de depresión mayor además de la respuesta normal a una pérdida significativa. Esta decisión requiere inevitablemente el criterio clínico basado en la historia del individuo y en las normas culturales para la expresión del malestar en el contexto de la pérdida.

D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

E. Nunca ha habido un episodio maniaco o hipomaniaco.

Nota: Esta exclusión no se aplica si todos los episodios de tipo maniaco o hipomaniaco son inducidos por sustancias o se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de otra afección médica.

## Características diagnósticas

Los síntomas de los criterios diagnósticos del trastorno depresivo mayor deberían aparecer casi cada día para poderlos considerar, con la excepción del cambio de peso y la ideación suicida. Debería haber ánimo deprimido la mayor parte del día, además de casi cada día. A menudo los síntomas de presentación son el insomnio y la fatiga, y el trastorno se infradiagnostica si no se reconocen los otros síntomas depresivos acompañantes. Al principio, el paciente quizá niegue que está triste, pero la tristeza se podría reconocer a través de la entrevista o deducir de la expresión facial o la conducta.

En los pacientes que se centran en una queja somática, los clínicos deberían determinar si el malestar de esa queja se asocia a síntomas depresivos específicos. Aparecen fatiga y alteración del sueño en una alta proporción de casos, y las alteraciones psicomotoras son mucho menos frecuentes pero son indicativas de una mayor gravedad global, al igual que la presencia de una culpa delirante o casi delirante<sup>9</sup>.

## Tratamiento

El tratamiento de los pacientes que tienen trastornos del estado de ánimo debe ir dirigido a varios objetivos. En primer lugar, se debe garantizar la seguridad del paciente, y en segundo lugar, es necesario efectuar una evaluación diagnóstica completa.

## Hospitalización

Las indicaciones claras de la hospitalización son el riesgo de suicidio y homicidio, la disminución evidente de la capacidad del paciente para obtener alimento y refugio, y la necesidad de realizar procedimientos diagnósticos.

Los pacientes con trastornos del estado de ánimo a menudo no están dispuestos a ingresar voluntariamente a un hospital y podrían necesitar un ingreso involuntario. Estos pacientes no pueden tomar decisiones debido a su pensamiento lento, su visión negativa del mundo y su desesperanza. Los pacientes maníacos a menudo carecen completamente de introspección sobre su trastorno, de manera que la hospitalización les parece algo absolutamente absurdo.

## Tratamiento psicosocial

Aunque la mayoría de estudios indican que la combinación de psicoterapia y tratamiento farmacológico es el tratamiento más eficaz para el trastorno depresivo mayor, algunos datos indican otra perspectiva: ambas medidas terapéuticas son eficaces por separado, al menos en pacientes con episodios depresivos mayores leves, y el uso habitual del tratamiento combinado aumenta los costes del tratamiento y expone a los pacientes a acontecimientos adversos innecesarios.

Se han estudiado tres tipos de psicoterapia a corto plazo: la terapia cognitiva, la terapia interpersonal y la terapia conductual para comprobar su eficacia en el tratamiento del trastorno depresivo mayor. Aunque la terapia de la psicoterapia orientada psicoanalíticamente en esta indicación no se ha estudiado tanto como estas otras tres terapias, se ha usado desde hace mucho tiempo para los trastornos depresivos, y muchos profesionales la utilizan como su método principal de trabajo. Los factores que diferenciaron los tres métodos de psicoterapia a corto plazo del procedimiento orientado psicoanalíticamente son el papel activo y director del terapeuta, los objetivos reconocibles directamente y los objetivos que deben conseguirse con el tratamiento a corto plazo.

## Tratamiento farmacológico

El uso del tratamiento específico aumenta a aproximadamente el doble las posibilidades de que un paciente deprimido se recupere en un mes. Todos los antidepresivos disponibles en la actualidad tardan entre tres y cuatro semanas en ejercer sus efectos terapéuticos significativos, aunque sus efectos empiecen a notarse antes. La elección de los antidepresivos depende de que su perfil de efectos secundarios sea el menos inaceptable para la situación física, el temperamento y el estilo de vida de un paciente dado. El hecho de que existan muchas clases de antidepresivos, muchos de ellos con mecanismos de acción diferentes, representa una evidencia indirecta de la heterogeneidad de las lesiones bioquímicas responsables. Aunque aún se siguen utilizando los primeros fármacos antidepresivos, los inhibidores de la monoaminoxidasa, y los antidepresivos tricíclicos, los compuestos más modernos han logrado que el tratamiento de la depresión sea algo más “amistoso” para el clínico y el paciente<sup>18</sup>.



## B) Trastorno depresivo persistente (Distimia)

### Fisiopatología

#### Factores biológicos

Las bases biológicas de los síntomas del trastorno distímico y del trastorno depresivo mayor son similares, pero las bases biológicas de la fisiopatología subyacente difieren entre ambos trastornos.

Estudios del sueño: La disminución de la latencia de los movimientos rápidos (REM) son dos marcadores del estado de depresión en el trastorno depresivo mayor que también se presentan en una proporción significativa de pacientes con trastorno distímico.

Estudios neuroendocrinos: Los dos ejes neuroendocrinos más estudiados en el trastorno depresivo mayor y en el trastorno distímico son el eje suprarrenal y el eje tiroideo, que se han estudiado utilizando la prueba de supresión con dexametasona (PSD) y la prueba de la estimulación de la hormona estimulante del tiroides (TRH), respectivamente. Aunque los resultados de los estudios no son totalmente coherentes, la mayoría indican que los pacientes con trastorno distímico tienen menos resultados anormales en la PSD que los pacientes con trastorno depresivo mayor.

#### Factores psicosociales

Las teorías psicodinámicas sobre el desarrollo del trastorno distímico proponen que el trastorno es consecuencia de alteraciones durante el desarrollo de la personalidad y del yo, que culminan con la dificultad de la adaptación a la adolescencia y al inicio de la vida adulta. Uno de los mecanismos de defensa más importantes es la formación reactiva. La autoestima baja, la anhedonia y la introversión se asocian a menudo al carácter depresivo<sup>18</sup>.

## Criterios diagnósticos

En este trastorno se agrupan el trastorno de depresión mayor crónico y el trastorno distímico.

A. Estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día, presente más días que los que está ausente, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras, personas, durante un mínimo de dos años.

Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable y la duración ha de ser como mínimo de un año.

B. Presencia, durante la depresión, de dos (o más) de los síntomas siguientes:

1. Poco apetito o sobrealimentación.
2. Insomnio o hipersomnia.
3. Poca energía o fatiga.
4. Baja autoestima.
5. Falta de concentración o dificultad para tomar decisiones.
6. Sentimientos de desesperanza.

C. Durante el periodo de dos años (un año en niños y adolescentes) de la alteración, el individuo nunca ha estado sin los síntomas de los criterios A y B durante más de dos meses seguidos.

D. Los criterios para un trastorno de depresión mayor pueden estar continuamente presentes durante dos años.

E. Nunca ha habido un episodio maniaco o un episodio hipomaniaco y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.

F. La alteración no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo persistente, esquizofrenia, un trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otro trastorno psicótico.

G. Los síntomas no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a otra afección médica (p. ej., hipotiroidismo).

H. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Nota: Como los criterios para un episodio de depresión mayor incluyen cuatro síntomas que no están en la lista de síntomas del trastorno depresivo persistente (distimia), un número muy limitado de individuos tendrá síntomas depresivos que han persistido durante más de dos años, pero no cumplirá los criterios para el trastorno depresivo persistente. Si

en algún momento durante el episodio actual de la enfermedad se han cumplido todos los criterios para un episodio de depresión mayor, se hará un diagnóstico de trastorno de depresión mayor. De no ser así, está justificado un diagnóstico de otro trastorno depresivo especificado o de un trastorno depresivo no especificado.

#### Consecuencias funcionales del trastorno depresivo persistente

El grado en que el trastorno depresivo persistente repercute en el funcionamiento social y laboral varía ampliamente, pero sus efectos pueden ser tan grandes o incluso mayores que los del trastorno depresivo mayor<sup>9</sup>.

#### Tratamiento

Los datos más contemporáneos constituyen un importante apoyo objetivo a la terapia cognitiva, a la terapia conductual y el tratamiento farmacológico. La combinación de este último y de algunas formas de psicoterapia es el tratamiento más eficaz de este trastorno.

**Terapia cognitiva:** La terapia cognitiva es una técnica en la cual se enseña a los pacientes nuevas formas de pensar y comportarse que reemplazan las actitudes negativas defectuosas que tenían sobre ellos mismos, sobre el mundo y sobre el futuro. Se trata de un programa de tratamiento a corto plazo orientado a los problemas actuales y a su resolución.

**Terapia conductual:** La terapia conductual de los trastornos depresivos se basa en la teoría de que la depresión está causada por una pérdida del refuerzo positivo como consecuencia de una separación, una muerte o un cambio brusco en el entorno. Los distintos métodos de tratamiento se centran en los objetivos específicos de aumentar la actividad, proporcionar experiencias placenteras y enseñar a los pacientes a relajarse. Se cree que alterar el comportamiento personal de los pacientes deprimidos es la forma más eficaz de cambiar el pensamiento y los sentimientos asociados a la depresión. La terapia conductual se usa para tratar la indefensión aprendida de algunos pacientes que parecen enfrentarse a los retos vitales cotidianos con un sentimiento de impotencia.

**Tratamiento farmacológico:** Ante las frecuentes creencias teóricas tradicionales de que el trastorno distímico es sobre todo un trastorno determinado psicológicamente, muchos

médicos evitan prescribir antidepresivos para sus pacientes, aunque en muchos estudios se ha demostrado el éxito terapéutico de los antidepresivos. Parece que los ISRS, la venlafaxina y el bupropión constituyen un tratamiento eficaz en los pacientes con trastorno distímico<sup>18</sup>.

### C) Episodio maníacos

#### Fisiopatología

Fue explicada junto con la fisiopatología del trastorno depresivo mayor.

#### Criterios diagnósticos

A. Un periodo bien definido del estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo, irritable, y un aumento anormal y persistente de la actividad o la energía, que dura como mínimo una semana y está presente la mayor parte del día, casi todos los días (o cualquier duración si se necesita hospitalización).

B. Durante el periodo de alteración del estado de ánimo y aumento de la energía o la actividad existen tres (o más) de los síntomas siguientes (cuatro si el estado de ánimo es solo irritable) un grado significativo y representan un cambio notorio del comportamiento habitual:

1. Aumento de la autoestima o sentimiento de grandeza.
2. Disminución de la necesidad de dormir (p. ej., se siente descansado después de solo tres horas de sueño).
3. Más hablador de lo habitual o presión para mantener la conversación.
4. Fuga de ideas o experiencia subjetiva de que los pensamientos van a gran velocidad.
5. Facilidad de distracción (es decir, la atención cambia demasiado fácil a estímulos externos poco importantes o irrelevantes), según se informa o se observa.
6. Aumento de la actividad dirigida a un objetivo (social, en el trabajo o la escuela, o sexual) o agitación psicomotora (es decir, actividad sin ningún propósito no dirigida a un objetivo).
7. Participación excesiva en actividades que tienen muchas posibilidades de consecuencias dolorosas (p. ej. dedicarse de forma desenfrenada a compras, juergas, indiscreciones sexuales o inversiones de dinero imprudentes).

C. La alteración del estado del ánimo es suficientemente grave para causar un deterioro importante, en el funcionamiento social o laboral, para necesitar hospitalización con el fin de evitar el daño a sí mismo o a otros, o porque existen características psicóticas.

D. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento, otro tratamiento) o a otra afección médica.

Nota: Un episodio maniaco completo que aparece durante el tratamiento antidepresivo (p. ej. medicación, terapia electroconvulsiva), pero persiste en un grado totalmente sindrómico más allá del efecto fisiológico de ese tratamiento, es prueba suficiente de un episodio maniaco y, en consecuencia, un diagnóstico de trastorno bipolar I.

Nota: Los Criterios A-D constituyen un episodio maniaco. Se necesita al menos un episodio maniaco a lo largo de la vida para el diagnóstico de trastorno bipolar I.

### Episodio hipomaniaco

#### Criterios diagnósticos

A. Un periodo bien definido de estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable, y un aumento anormal y persistente de la actividad o la energía, que dura como mínimo cuatro días consecutivos y está presente la mayor parte del día, casi todos los días.

B. Durante el periodo de alteración del estado de ánimo y aumento de la energía y actividad, han persistido tres (o más) de los síntomas siguientes (cuatro si el estado de ánimo es solo irritable), representan un cambio notorio del comportamiento habitual y han estado presentes en un grado significativo:

1. Aumento de la autoestima o sentimiento de grandeza.
2. Disminución de la necesidad de dormir (p. ej., se siente descansado después de solo tres horas de sueño).
3. Más hablador de lo habitual o presión para mantener la conversación.
4. Fuga de ideas o experiencia subjetiva de que los pensamientos van a gran velocidad.
5. Facilidad de distracción (es decir, la atención cambia demasiado fácilmente a estímulos externos poco importantes o irrelevantes), según se informa o se observa.
6. Aumento de la actividad dirigida a un objetivo (social, en el trabajo o la escuela, o sexual) o agitación psicomotora.

7. Participación excesiva en actividades que tienen muchas posibilidades de consecuencias dolorosas (p. ej., dedicarse de forma desenfrenada a compras, juergas, indiscreciones sexuales o inversiones de dinero imprudentes).

C. El episodio se asocia a un cambio inequívoco del funcionamiento que no es característico del individuo cuando no presenta síntomas.

D. La alteración del estado de ánimo y el cambio en el funcionamiento son observables por parte de otras personas. El episodio no es suficientemente grave para causar una alteración importante del funcionamiento social o laboral, o necesitar hospitalización. Si existen características psicóticas, el episodio es, por definición, maniaco.

El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento, otro tratamiento).

Nota: Un episodio hipomaniaco completo que aparece durante el tratamiento antidepresivo (p. ej. medicación, terapia electroconvulsiva), pero persiste en un grado totalmente sindrómico más allá del efecto fisiológico de ese tratamiento, es prueba suficiente de un episodio hipomaniaco. Sin embargo, se recomienda precaución porque uno o dos síntomas (particularmente el aumento de la irritabilidad, nerviosismo o agitación después del uso de antidepresivos) no se consideran suficientes para el diagnóstico de un episodio hipomaniaco, ni indica necesariamente una diátesis bipolar.

Nota: Los criterios A-F constituyen un episodio hipomaniaco. Los episodios hipomaniacos son frecuentes en el trastorno bipolar I, pero no son necesarios para el diagnóstico de trastorno bipolar I.

#### Características asociadas que apoyan el diagnóstico

Durante los episodios maniacos, los pacientes no suelen percibir que están enfermos ni reconocer que necesitan tratamiento y se resisten de forma vehemente a recibirlo. Los pacientes suelen cambiar su forma de vestir, el maquillaje o la apariencia personal por un estilo más llamativo o sugerente desde el punto de vista sexual. A algunos pacientes se les agudiza el sentido del olfato, del oído o de la vista.

Los episodios maniacos también pueden acompañarse de juego patológico o conductas antisociales.

Algunos pacientes pueden ponerse agresivos y proferir amenazas físicas; si están delirantes, pueden atacar físicamente a otras personas o suicidarse. Como consecuencia

de la capacidad de juicio empobrecida, de la escasa conciencia de enfermedad y de la hiperactividad, el episodio maniaco puede tener consecuencias catastróficas (p. ej., hospitalización involuntaria, problemas legales, problemas financieros serios). El estado de ánimo puede variar muy rápidamente hacia el enfado o hacia la depresión. Durante los episodios maníacos pueden aparecer síntomas depresivos que duran momentos, horas o, más raramente, días.

#### Consecuencias funcionales del trastorno bipolar I

Aunque muchos individuos con trastorno bipolar recuperan un nivel funcional completo entre los episodios, aproximadamente un 30% presenta una alteración grave de la función en el ámbito laboral. La recuperación funcional es más tardía que la sintomática, especialmente la ocupacional, lo que hace que, a igualdad de nivel educativo, el nivel socioeconómico sea menor que entre la población general.

Los pacientes con trastorno bipolar I realizan peor los tests cognitivos que los sujetos sanos. Las alteraciones cognitivas pueden contribuir a que se produzcan dificultades vocacionales e interpersonales y persisten a lo largo de la vida, incluso durante los periodos eutímicos.

#### Consecuencias funcionales del trastorno bipolar II

Aunque muchos pacientes con trastorno bipolar II vuelven a un nivel completo de funcionamiento; entre los episodios afectivos, al menos un 15 % continua con algún tipo de disfunción entre los episodios y un 20 % entra directamente en otro episodio afectivo sin recuperación interepisódica. La recuperación funcional se retrasa sustancialmente respecto a la recuperación de los síntomas del trastorno bipolar, especialmente en relación con la recuperación ocupacional, lo que tiene como consecuencia un menor estatus socioeconómico a pesar de tener el mismo nivel educativo en comparación con la población general.

Los pacientes con trastorno bipolar II realizan los tests cognitivos peor que los individuos sanos, con la excepción de los de memoria y de fluidez semántica, y tienen un deterioro cognitivo similar al de los pacientes con trastorno bipolar I. Las alteraciones cognitivas presentes en el trastorno bipolar II pueden contribuir a generar problemas vocacionales. El desempleo prolongado en los pacientes con trastorno bipolar se asocia a más

episodios de depresión, a una edad más avanzada, a un aumento de las tasas actuales del trastorno de pánico y a antecedentes de trastorno por abuso de alcohol a lo largo de la vida<sup>9</sup>.

## Tratamiento

Terapia farmacológica: El tratamiento farmacológico de los trastornos bipolares se divide en una fase aguda y una fase de mantenimiento. Sin embargo, el tratamiento bipolar también implica la formulación de procedimientos diferentes para el paciente que está teniendo manía, hipomanía o depresión. A menudo es necesario probar varios fármacos denominados “timorreguladores” antes de encontrar el tratamiento oportuno.

Tratamiento de la manía aguda: El tratamiento de la manía aguda, o de la hipomanía, normalmente es la fase más sencilla del tratamiento de los trastornos bipolares. Los fármacos pueden utilizarse solos o en combinación para hacer que el paciente reduzca su estado más agudo. El mejor tratamiento de los pacientes con manía es la hospitalización, donde es posible utilizar posologías agresivas y alcanzar una respuesta adecuada en un plazo de días o semanas. No obstante, el incumplimiento del tratamiento sigue siendo un problema porque los pacientes con manía carecen de introspección sobre su propia enfermedad y se niegan a tomar el medicamento.

Carbonato de litio: Se considera el prototipo de los “timorreguladores”, a pesar de lo cual, y debido a que el inicio de su acción antimaniaca puede ser lento, su uso se suele complementar en las fases más precoces del tratamiento con antipsicóticos atípicos, anticonvulsivos timorreguladores o benzodiazepinas de alta potencia.

Valproato: El uso del valproato ha superado al uso del litio en la manía aguda. A diferencia de este último, el valproato está indicado exclusivamente para la manía aguda, si bien la mayoría de los expertos coinciden en señalar que también tiene efectos profilácticos. Durante el tratamiento del valproato es necesario efectuar algunos controles analíticos.

Carbamazepina y oxcarbazepina: La carbamazepina ha sido un fármaco muy utilizado en todo el mundo durante décadas como tratamiento de primera línea de la manía aguda. Oxcarbazepina, posee propiedades frente a la manía similares a la carbamazepina<sup>18</sup>.



## Trastornos de ansiedad

### D) Trastorno de angustia (panic disorder)

#### Fisiopatología del trastorno de angustia y agorafobia

##### Factores biológicos

Un considerable número de evidencia indica que la alteración de la regulación de los sistemas noradrenérgicos cerebrales también es responsable de la fisiopatología del trastorno de angustia. Estos estudios y otros han propiciado hipótesis que responsabilizan a la desregulación del sistema nervioso central (SNC) y periférico. Se ha descrito que el sistema nervioso autónomo de algunos pacientes con este trastorno presenta un aumento del tono simpático, se adapta con lentitud a estímulos repetidos y responde excesivamente a los estímulos moderados.

##### Factores genéticos

Algunos datos indican que el trastorno de angustia con agorafobia es una forma grave del trastorno de angustia, y por lo tanto, es más probable que sea hereditario. En diversos estudios se ha observado que los familiares de primer grado de pacientes con trastorno de angustia presentan un incremento del riesgo de cuatro a ocho veces superior para el trastorno de angustia que los familiares de primer grado de otros pacientes psiquiátricos. Actualmente no se dispone de datos que indiquen una asociación entre una localización cromosómica o un modo de transmisión específicos y este trastorno.

##### Factores psicosociales

Teorías cognitivo-conductuales: Estas teorías postulan que la ansiedad es una respuesta aprendida de la conducta de los padres o que se han producido a través del proceso del condicionamiento clásico. El enfoque clásico del condicionamiento clásico del trastorno de agorafobia y angustia, un estímulo nocivo que se produce por un estímulo neutro puede dar como resultado la evitación del estímulo neutro. Otras teorías conductuales postulan un vínculo entre la sensación de síntomas somáticos mínimos y la generación de una crisis de angustia. Aunque las teorías cognitivo-conductuales pueden contribuir a explicar el desarrollo de la agorafobia o un incremento del número o la gravedad de la crisis de angustia, no explican la aparición de la primera crisis no provocada e inesperada que experimenta un paciente afectado.

## Teorías psicoanalíticas

Estas teorías conceptualizan que las crisis de angustia surgen como una defensa inadecuada frente a un impulso que provoca ansiedad. Lo que previamente era una leve señal de ansiedad, se convierte en una sensación abrumadora de aprensión, que se completa con síntomas somáticos. Los mecanismos de defensa empleados incluyen la represión, el desplazamiento, la evitación y la simbolización. Las separaciones traumáticas durante la infancia pueden afectar al sistema nervioso en el desarrollo del niño, de manera que éste devenga susceptible a la ansiedad en la edad adulta. La vulnerabilidad neurofisiológica a la que se predispone puede interactuar con ciertos tipos de estresantes ambientales para producir la crisis de angustia resultante<sup>18</sup>.

## Características diagnósticas

La característica esencial del trastorno de angustia es la presencia de crisis de angustia recidivantes e inesperadas, seguidas de la aparición, durante un período como mínimo de un mes, de preocupaciones persistentes por la posibilidad de padecer nuevas crisis de angustia y por sus posibles implicaciones o consecuencias, o bien de un cambio comportamental significativo relacionado con estas crisis (criterio A). Las crisis de angustia no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., intoxicación por cafeína) o de una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo) (criterio C). Por último, las crisis de angustia no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., fobia social o específica, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno por estrés postraumático o trastorno de ansiedad por separación) (criterio D).

Una crisis de angustia inesperada (espontánea, no precipitada por desencadenantes ambientales) se caracteriza, como es lógico, por su no asociación a desencadenantes ambientales (es decir, aparece sin ningún motivo identificable). Para efectuar el diagnóstico de trastorno de angustia se requiere haber presentado por lo menos dos crisis de angustia inesperadas, si bien la mayoría de los individuos refieren haber padecido un número considerablemente mayor. Estos individuos suelen presentar asimismo crisis de angustia más o menos relacionadas con una situación determinada (es decir, crisis de angustia que tienen más probabilidades de aparecer en unas situaciones concretas, aunque no se asocien a ellas de forma invariable). Las crisis de angustia situacionales (es

decir, las que se asocian casi invariable e inmediatamente con la exposición a un desencadenante ambiental) también pueden aparecer, aunque son menos frecuentes.

## Curso

La edad de inicio del trastorno de angustia varía considerablemente, si bien lo más típico es que el inicio tenga lugar entre el final de la adolescencia y la mitad de la cuarta década de la vida, lo que podría indicar una distribución de tipo bimodal, con un pico de incidencia al final de la adolescencia y otro pico de menor entidad en la mitad de la cuarta década de la vida. Un número reducido de casos puede iniciarse en la segunda infancia, y el trastorno también puede aparecer, aunque es muy poco frecuente, en mayores de 45 años.

Las descripciones retrospectivas que efectúan los individuos visitados en los centros asistenciales sugieren que el curso típico es de carácter crónico, con altas y bajas. Algunas personas presentan brotes episódicos separados por años de remisión, mientras que otras presentan permanentemente un cuadro sintomático intenso. Aunque la agorafobia puede aparecer en cualquier momento, suele hacerlo en el primer año de las crisis de angustia recidivantes. El curso de la agorafobia y su relación con el curso de las crisis de angustia con variables. En ocasiones una disminución o remisión de las crisis de angustia es seguida de cerca por una disminución correspondiente de la evitación y ansiedad agorafóbicas.

Otras veces la agorafobia adquiere un carácter crónico independiente de la presencia o ausencia de crisis de angustia. Algunos individuos manifiestan que disminuyen la frecuencia de las crisis de angustia evitando exponerse a ciertas situaciones. Los estudios de seguimiento efectuados en personas tratadas en centros de asistencia terciaria (en los que puede haber un sesgo de selección de los casos con peor pronóstico) sugieren que, al cabo de 6-10 años de tratamiento, cerca del 30 % de los individuos se encuentra bien, entre el 40 y el 50 % han mejorado, pero siguen con algunos síntomas, y el 20-30 % restante sigue igual o incluso peor<sup>19</sup>.

## Tratamiento del trastorno de angustia y agorafobia

Con el tratamiento, los síntomas del trastorno de angustia y la agorafobia mejoran espectacularmente en la mayoría de pacientes. Los dos tratamientos más efectivos son el tratamiento farmacológico y la terapia cognitivo-conductual.

### Tratamiento farmacológico

El alprazolam y la paroxetina son los dos fármacos aprobados por la US Food and Drug Administration (FDA) para el tratamiento del trastorno de angustia. En general, la experiencia ha demostrado la superioridad de los inhibidores de la recaptación de serotonina (ISRS) y la clomipramina frente a las benzodiacepinas, los inhibidores de la monoaminoxidasa y los tricíclicos y tetracíclicos en cuanto a efectividad y tolerancia de efectos adversos.

### Terapias cognitivas y conductuales

Las terapias cognitivas y conductuales son efectivas en el trastorno de angustia. En diversos estudios se ha concluido que éstas resultan superiores al tratamiento farmacológico en solitario; en otros estudios se ha concluido lo contrario. En varios estudios y publicaciones se ha observado que la combinación de la terapia cognitiva o conductual y el tratamiento farmacológico resulta más efectivo que cualquiera de los enfoques por separado.

Terapia cognitiva: Los dos pilares de la terapia cognitiva para el trastorno de angustia son la educación de las falsas creencias del paciente y la información sobre las crisis de angustia. La educación de las falsas creencias se centra en la tendencia del paciente a interpretar erróneamente las sensaciones corporales leves como indicadoras de una inminente crisis de angustia, una catástrofe o la muerte.

Relajación aplicada: El objetivo estriba en inspirar en los pacientes un sentimiento de control de sus niveles de ansiedad y de relajación. Mediante técnicas estandarizadas de relajación muscular y la imaginación de situaciones relajantes, los pacientes aprenden a superar una crisis de angustia<sup>18</sup>.

## E) Agorafobia

### Fisiopatología

Fue explicada junto con la fisiopatología del trastorno de angustia.

### Criterios diagnósticos

A. Miedo o ansiedad intensa acerca de dos (o más) de las cinco situaciones siguientes:

1. Uso del transporte público (p. ej., automóviles, autobuses, trenes, barcos, aviones).
2. Estar en espacios abiertos (p. ej., zonas de estacionamiento, mercados, puentes).
3. Estar en sitios cerrados (p. ej., tiendas, teatros, cines).
4. Hacer cola o estar en medio de una multitud.
5. Estar fuera de casa solo.

B- El individuo teme o evita estas situaciones debido a la idea de que escapar podría ser difícil o podría no disponer de ayuda si aparecen síntomas tipo pánico u otros síntomas incapacitantes o embarazosos (p. ej., miedo a caerse en las personas de edad avanzada, miedo a la incontinencia).

C. Las situaciones agorafóbicas casi siempre provocan miedo o ansiedad.

D. Las situaciones agorafóbicas se evitan activamente, requieren la presencia de un acompañante o se resisten con miedo o ansiedad intensa.

E. El miedo o la ansiedad es desproporcionado al peligro real que plantean las situaciones agorafóbicas y al contexto sociocultural.

F. El miedo, la ansiedad o la evitación es continuo, y dura típicamente seis o más meses.

G. El miedo, la ansiedad o la evitación causan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

H. Si existe otra afección médica (p. ej., enfermedad intestinal inflamatoria, enfermedad de

Parkinson), el miedo, la ansiedad o la evitación es claramente excesiva.

I. El miedo, la ansiedad o la evitación no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental; por ejemplo, los síntomas no se limitan a la fobia específica, tipo situacional; no impide únicamente situaciones sociales (como en el trastorno de ansiedad social); y no están exclusivamente relacionados con las obsesiones (como en el trastorno obsesivo-compulsivo), defecto imperfecciones percibidos en el aspecto físico (como en el trastorno dismórfico corporal) recuerdo de sucesos traumáticos (como en el trastorno de estrés posttraumático) o miedo a la separación (como en el trastorno de ansiedad por

separación). Nota: Se diagnostica agorafobia independientemente de la presencia de trastorno de pánico. Si la presentación en un individuo cumple los criterios para el trastorno de pánico y agorafobia, se añadirán ambos diagnósticos.

#### Características asociadas que apoyan el diagnóstico

En sus formas más severas, la agorafobia puede motivar que los individuos se queden totalmente confinados en casa, que no puedan salir de su hogar y que dependan de los demás para los servicios o la asistencia e incluso para las necesidades básicas. Son frecuentes la desmoralización y los síntomas depresivos, así como el abuso del alcohol y los medicamentos sedantes, y los intentos indebidos de automedicación.

#### Consecuencias funcionales de la agorafobia

La agorafobia se asocia con una considerable deficiencia y discapacidad en lo que se refiere a funcionalidad, productividad laboral y días de incapacidad. La gravedad de la agorafobia es un fuerte determinante del grado de discapacidad, independientemente de la presencia comórbida de un trastorno de pánico, ataques de pánico y otros trastornos. Más de un tercio de los individuos con agorafobia permanece completamente confinado en casa y no puede trabajar<sup>9</sup>.

#### Tratamiento

Se explica conjuntamente con el tratamiento del trastorno de angustia.

#### F) Trastorno de ansiedad social (fobia social)

##### Fisiopatología

Factores conductuales: La hipótesis de John B. Watson postula que el modelo pavloviano tradicional de estímulo-respuesta del reflejo condicionado explica la creación de la fobia: la ansiedad se suscita por un estímulo que atemoriza de manera natural y que se produce de una manera contigua a un segundo estímulo inherentemente neutro. Como resultado de la contigüidad, en especial cuando ambos estímulos se emparejan en varias ocasiones sucesivas, el estímulo originalmente neutro adquiere la capacidad de suscitar ansiedad por sí mismo. Por tanto, el estímulo neutro se convierte en condicionado para la producción de ansiedad.

## Factores psicoanalíticos

La formulación de Sigmund Freud sobre la neurosis fóbica todavía constituye la explicación analítica de las fobias específica y social. Freud postuló que la principal función de la ansiedad es indicar al yo que un impulso inconsciente prohibido está pugnando por expresarse conscientemente y alterar al yo para que refuerce y reconduzca sus defensas frente a la fuerza instintiva amenazadora. Freud consideró la fobia la histeria de la ansiedad, como siguió denominándola como resultado de los conflictos centrados en una situación edípica infantil no resuelta.

Factores neuroquímicos: Varios estudios indican una disfunción dopaminérgica en la fobia social. Al observar que los inhibidores de la monoaminoxidasa pueden ser más efectivos que los tricíclicos en el tratamiento de la fobia social generalizada, junto con los datos preclínicos, algunos investigadores han postulado que la actividad dopaminérgica se relaciona con la patogenia del trastorno.

Factores genéticos: La probabilidad de que los familiares de primer grado de los individuos con fobia social que presenten a su vez fobia social es tres veces superior en comparación con los familiares de primer grado de los individuos sin trastornos mentales<sup>18</sup>.

## Criterios diagnósticos

A. Miedo o ansiedad intensa en una o más situaciones sociales en las que el individuo está expuesto al posible examen por parte de otras personas. Algunos ejemplos son las interacciones sociales (p. ej., mantener una conversación, reunirse con personas extrañas), ser observado (p. ej. comiendo o bebiendo) y actuar delante de otras personas (p. ej. dar una charla).

Nota: En los niños, la ansiedad se puede producir en las reuniones con individuos de su misma edad y no solamente en la interacción con los adultos.

B. El individuo tiene miedo de actuar de cierta manera o de mostrar síntomas de ansiedad que se valoren negativamente (es decir, que lo humillen o avergüencen, que se traduzca en rechazo o que ofenda a otras personas).

C. Las situaciones sociales casi siempre provocan miedo o ansiedad.

Nota: En los niños, el miedo o la ansiedad se puede expresar con llanto, rabietas, quedarse paralizados, aferrarse, encogerse o el fracaso de hablar en situaciones sociales.

D. Las situaciones sociales se evitan o resisten con miedo o ansiedad intensa.

E. El miedo o la ansiedad son desproporcionados a la amenaza real planteada por la situación social y al contexto sociocultural.

F. El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, y dura típicamente seis o más meses.

G. El miedo, la ansiedad o la evitación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

H. El miedo, la ansiedad o la evitación no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afección médica.

I. El miedo, la ansiedad o la evitación no se explican mejor por los síntomas de otro trastorno mental, como el trastorno de pánico, el trastorno dismórfico corporal o un trastorno del espectro autista.

J. Si existe otra enfermedad (p. ej., enfermedad de Parkinson, obesidad, desfiguración debida a quemaduras o lesiones), el miedo, la ansiedad o la evitación deben estar claramente no relacionados con esta o ser excesivos.

Características asociadas que apoyan el diagnóstico

Los individuos con trastorno de ansiedad social pueden ser inadecuadamente asertivos o excesivamente sumisos, o, con menor frecuencia, ejercer un gran control sobre las conversaciones. Pueden mostrar posturas corporales excesivamente rígidas o un contacto ocular inadecuado, o hablar con una voz demasiado suave. Estos individuos pueden ser tímidos o retraídos y pueden ser poco abiertos en las conversaciones o hablar poco acerca de si mismos. Pueden buscar empleo en puestos de trabajo que no requieran entablar contactos sociales, aunque no sea este el caso de los individuos con trastorno de ansiedad social solo de actuación.

Estas personas pueden vivir en la casa familiar durante más tiempo. Los varones pueden demorarse a la hora de casarse y crear una familia, mientras que las mujeres con deseos de trabajar fuera de casa.



## Consecuencias funcionales de la fobia social

El trastorno de ansiedad social se asocia con tasas elevadas de abandono escolar y con alteraciones del bienestar, el empleo, la productividad laboral, el nivel socioeconómico y la calidad de vida. El trastorno de ansiedad social también se asocia con estar solo, soltero o divorciado y con no tener sobre todo entre los varones. En las personas mayores puede observarse el deterioro en las labores cuidado y en las actividades de voluntariado.

El trastorno de ansiedad social también impide actividades de ocio. A pesar de la magnitud de la angustia y del deterioro social asociados al trastorno de ansiedad social, en las sociedades occidentales la mitad de los individuos con este trastorno nunca busca tratamiento y tiende a hacerlo solo después de 15-20 años de experimentar síntomas. No tener empleo es un factor que predice claramente la persistencia del trastorno de ansiedad social. Pueden acabar viviendo como amas de casa y madres. Es común la automedicación con sustancias (p. ej., beber antes de asistir a una fiesta).

La ansiedad social entre los adultos mayores también puede incluir la exacerbación de los síntomas de enfermedades médicas, tales como aumento del temblor o taquicardia. El rubor es una respuesta física característica del trastorno de ansiedad social<sup>9</sup>.

## Tratamiento

### Terapia conductual

El tratamiento más estudiado y efectivo para las fobias es probablemente la terapia conductual. Los aspectos claves para el éxito terapéutico son: 1) el compromiso del paciente con el tratamiento, 2) la identificación clara de los problemas y objetivos y 3) las estrategias alternativas disponibles para afrontar los síntomas. Se han empleado diversas técnicas de terapia conductual: la más frecuente es la de desensibilización sistemática, método del que fue pionero Joseph Wolpe. En este método, se expone al paciente de manera serial a una relación predeterminada de estímulos que provocan ansiedad, jerarquizados del menos al más aterrador. A medida que se desensibilizan a cada uno de los estímulos de la escala, los pacientes pasan al siguiente hasta que, finalmente, lo que antes producía la mayor ansiedad ya no suscita el efecto doloroso.

## Tratamiento farmacológico

Los fármacos efectivos para el tratamiento de la fobia social son: 1) los ISRS, 2) las benzodiacepinas, 3) la venlafaxina y 4) la buspirona. La mayoría de los clínicos consideran que los ISRS son el tratamiento de elección para los pacientes con fobia social generalizada<sup>18</sup>.

### G) Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC)

#### Fisiopatología

##### Factores biológicos

Neurotransmisores: Los diversos estudios clínicos con fármacos respaldan la hipótesis de la desregulación de la serotonina en la aparición de síntomas de obsesiones y compulsiones en el trastorno. Los datos muestran que los serotoninérgicos son más efectivos que los fármacos que actúan sobre otros sistemas de neurotransmisores, aunque no está claro que la serotonina esté implicada en la causalidad del TOC.

##### Factores genéticos

Los datos genéticos disponibles sobre el TOC respaldan la hipótesis que postula que el trastorno tiene un componente genético significativo. La probabilidad de presentar un TOC en los familiares de probandos con TOC es consistentemente de tres a cinco veces superior en comparación con las familias de probandos control.

##### Factores conductuales

De acuerdo con los teóricos del aprendizaje, las obsesiones son estímulos condicionados. Un estímulo relativamente neutro se asocia al miedo o a la ansiedad mediante un proceso de condicionamiento de la respuesta al emparejarse con acontecimientos que son nocivos o producen ansiedad. Por lo tanto, los objetos y pensamientos previamente neutros se convierten en estímulos condicionados capaces de provocar ansiedad o malestar.

Las compulsiones se establecen de maneras diferentes. Cuando un individuo descubre que cierta acción reduce la ansiedad vinculada con un pensamiento obsesivo, desarrolla estrategias activas de evitación en forma de compulsiones o conductas rituales para controlar la ansiedad. Gradualmente, a causa de su eficacia para reducir la pulsión

secundaria dolorosa (ansiedad), las estrategias de evitación se fijan como patrones aprendidos de conductas compulsivas

### Factores psicosociales

Factores de personalidad: El TOC difiere del trastorno obsesivo compulsivo de la personalidad, que se asocia a una preocupación obsesiva por los detalles, el perfeccionismo y otros rasgos similares de la personalidad<sup>18</sup>.

### Criterios diagnósticos

A. presencia de obsesiones, compulsiones o ambas:

Las obsesiones se definen por (1) y (2):

1. Pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan, en algún momento durante el trastorno, como intrusas o no deseadas, y que en la mayoría de los sujetos causan ansiedad o malestar importante.

2. El sujeto intenta ignorar o suprimir estos pensamientos, impulsos o imágenes, o neutralizarlos con algún otro pensamiento o acto (es decir, realizando una compulsión).

Las compulsiones se definen por (1) y (2):

1. Comportamientos (p. ej., lavarse las manos, ordenar, comprobar las cosas) o actos mentales (p. ej., rezar, contar, repetir palabras en-silencio) repetitivos que el sujeto realiza como respuesta a una obsesión o de acuerdo con reglas que ha de aplicar de manera rígida.

2. El objetivo de los comportamientos o actos mentales es prevenir o disminuir la ansiedad o el malestar, o evitar algún suceso o situación temida; sin embargo, estos comportamientos o actos mentales no están conectados de una manera realista con los destinados a neutralizar o prevenir, o bien resultan claramente excesivos.

Nota: Los niños de corta edad pueden no ser capaces de articular los objetivos de estos comportamientos o actos mentales.

B. Las obsesiones o compulsiones requieren mucho tiempo (p. ej., ocupan más de una hora diaria) o causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

C. Los síntomas obsesivo-compulsivos no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a otra afección médica.

D. La alteración no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental (p. ej., preocupaciones excesivas, como en el trastorno de ansiedad generalizada; preocupación por el aspecto, como en el trastorno dismórfico corporal; dificultad de deshacerse o renunciar a las posesiones, como en el trastorno de acumulación; arrancarse el pelo, como en la tricotilomanía [trastorno de arrancarse el pelo]; rascarse la piel, como en el trastorno de excoriación [rascarse la piel]; estereotipias, como en el trastorno de movimientos estereotipados; comportamiento alimentario ritualizado, como en los trastornos de la conducta alimentaria; problemas con sustancias o con el juego, como en los trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos; preocupación por padecer una enfermedad, como en el trastorno de ansiedad por enfermedad; impulsos o fantasías sexuales, como en los trastornos parafílicos; impulsos, como en los trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta; rumiaciones de culpa, como en el trastorno de depresión mayor; inserción de pensamientos o delirios, como en la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos; o patrones de comportamiento repetitivo, como en los trastornos del espectro autista).

#### Características asociadas que apoyan el diagnóstico

El contenido específico de las obsesiones y compulsiones varía entre los individuos. Sin embargo, ciertos aspectos o dimensiones son frecuentes, entre las que están la limpieza (obsesiones de contaminación compulsiones de limpieza), la simetría (la obsesión por la simetría y las compulsiones de repetir, orden; si y contar), los pensamientos prohibidos o tabú (p. ej., las obsesiones de agresión, sexuales y religiosas, y las compulsiones relacionadas) y el daño (p. ej., el temor a hacerse un daño a uno mismo o a otras personas y las compulsiones de comprobación).

Algunas personas también tienen dificultades para desechar cosas y almacenan objetos (acumulación) como consecuencia de las obsesiones y compulsiones típicas, tales como el temor a dañar a los demás. Estos aspectos que se repiten en las diferentes culturas son relativamente constantes en el tiempo entre los adultos con este trastorno y pueden estar asociados con diferentes sustratos neurales. Es importante destacar que los individuos a menudo tienen síntomas en más de una dimensión. Los individuos con este trastorno experimentan una variedad de respuestas afectivas cuando se enfrentan a las situaciones que provocan las obsesiones y compulsiones. Por ejemplo, muchos individuos

experimentan una marcada ansiedad que puede incluir ataques de pánico recurrentes. Otros refieren fuertes sentimientos de disgusto. Durante la realización de las compulsiones, algunas personas reportan un angustioso sentido de la "perfección" que genera malestar hasta que las cosas se ven, se sienten o parecen "correctas".

Es común que las personas con este trastorno tiendan a evitar personas, lugares y cosas que puedan desencadenar las obsesiones y las compulsiones. Por ejemplo, los individuos con preocupación por la contaminación podrían evitar las zonas públicas (p. ej., los restaurantes, los baños públicos) para reducir la exposición a los agentes contaminantes temidos; los individuos con pensamientos intrusivos, referentes a causar daño, podrían evitar las interacciones sociales.

#### Consecuencias funcionales del trastorno obsesivo-compulsivo

El TOC está asociado con una menor calidad de vida, así como con altos niveles de deterioro en la vida social y laboral. El deterioro sucede en muchos dominios diferentes de la vida y se asocia con la gravedad de los síntomas. El deterioro puede ser debido al tiempo que se emplea en las obsesiones y las compulsiones. Evitar las situaciones que pueden desencadenar las obsesiones o compulsiones también puede restringir gravemente el funcionamiento. Además, los síntomas específicos pueden originar obstáculos específicos. Por ejemplo, las obsesiones acerca del daño pueden hacer que las relaciones con la familia y los amigos se vean como algo nocivo; el resultado puede ser evitar estas relaciones. Las obsesiones acerca de la simetría pueden frustrar la terminación puntual de los proyectos de la escuela o del trabajo, porque el proyecto nunca se percibe "perfecto", lo que puede originar fracaso escolar o pérdida del empleo.

También pueden producirse consecuencias en la salud. Por ejemplo, los individuos con problema de contaminación, pueden evitar las oficinas y los hospitales (p. ej., debido a los temores de la exposición a los gérmenes) o desarrollar problemas dermatológicos (p. ej., lesiones en la piel debido a exceso de lavado). A veces, la sintomatología de la enfermedad interfiere con su propio tratamiento (p. ej., cuando los afectados consideran que los medicamentos están contaminados). Cuando el trastorno comienza en la niñez o en la adolescencia, los individuos pueden experimentar dificultades del desarrollo. Por ejemplo, los adolescentes pueden evitar la socialización con los compañeros y 16, adultos jóvenes pueden tener dificultades cuando salen de casa para vivir de forma independiente.

El resultado puede ser pocas relaciones significativas fuera de la familia y una falta de autonomía y de independencia financiera fuera de su familia de origen. Además, algunos individuos con TOC tratan de imponer reglas y prohibiciones a los miembros de la familia a causa del trastorno (p. ej., nadie en la familia puede traer visitantes a la casa por miedo a la contaminación), y esto puede conducir a la disfunción familiar<sup>9</sup>.

## Tratamiento

### Tratamiento farmacológico

La eficacia del tratamiento farmacológico en el TOC se ha demostrado en muchos estudios clínicos y se ha potenciado a partir de la observación de que éstos describen una tasa de respuesta al placebo de tan sólo alrededor del 5%.

La estrategia estándar consiste en iniciar el tratamiento con un ISRS o clomipramina y posteriormente pasar a otras estrategias farmacológicas si los serotoninérgicos no son específicos.

### Psicoterapia

A falta de estudios adecuados de la psicoterapia orientada hacia la introspección para el TOC, es difícil establecer cualquier generalización válida sobre su efectividad, aunque se dispone de descripciones anecdóticas sobre sus buenos resultados. Los psiquiatras analistas y los de orientación dinámica han observado mejorías espectaculares en pacientes con TOC durante el curso del análisis o de la psicoterapia orientada a la introspección prolongada<sup>18</sup>.

## H) Trastorno de ansiedad generalizada

### Fisiopatología

Se desconoce la causa del trastorno de ansiedad generalizada. Como se define actualmente, este trastorno probablemente afecte a un grupo heterogéneo de individuos. Quizá debido a que un cierto grado de ansiedad resulta normal y adaptativo, la diferenciación entre la ansiedad normal y la patológica, así como la diferenciación de los factores causales biológicos de los psicosociales, puede resultar difícil. Los factores biológicos y psicológicos probablemente actúen de manera conjunta<sup>18</sup>.

## Criterios diagnósticos

A. Ansiedad y preocupación excesiva (anticipación aprensiva), que se produce durante más días los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades (como en la actividad laboral o escolar).

B. Al individuo le es difícil controlar la preocupación.

C. La ansiedad y la preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (y por lo menos algunos síntomas han estado presentes durante más días de los que han estado ausentes durante los últimos seis meses):

Nota: En los niños solamente se requiere un ítem.

1. Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta.

2. Facilidad para fatigarse.

3. Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco.

4. Irritabilidad.

5. Tensión muscular.

6. Problemas de sueño (dificultad para dormirse o para continuar durmiendo, o sueño inquietante o insatisfactorio).

D. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos causan malestar clínicamente significativo deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento,

E. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga o un medicamento) ni a otra afección médica (p. ej., hipertiroidismo).

La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej., ansiedad o preocupación de tener ataques de pánico en el trastorno de pánico, valoración negativa en el trastorno de ansiedad social [fobia social], contaminación u otras obsesiones en el trastorno obsesivo-compulsivo, separación de las figuras de apego en el trastorno de ansiedad por separación, recuerdo de sucesos traumáticos en el trastorno de estrés posttraumático, aumento de peso en la anorexia nerviosa, dolencias físicas en el trastorno de síntomas somáticos, percepción de imperfecciones en el trastorno dismórfico corporal, tener una enfermedad grave en el trastorno de ansiedad por enfermedad, o el contenido de creencias delirantes en la esquizofrenia o el trastorno delirante.

## Características asociadas que apoyan el diagnóstico

Asociados a la tensión muscular pueden aparecer temblores, contracciones nerviosas, inestabilidad y molestias musculares o dolor. Muchas personas con trastorno de ansiedad

generalizada también experimentan síntomas somáticos (p. ej., sudoración, náuseas y diarrea) y una respuesta de sobresalto exagerada.

Los síntomas de hiperactividad vegetativa (p. ej., el ritmo cardiaco acelerado, dificultad para respirar, mareos) son menos prominentes en el trastorno de ansiedad generalizada que en otros trastornos de ansiedad, como el trastorno de pánico. Otras afecciones que pueden estar asociadas con el estrés (p. ej., el síndrome del intestino irritable, dolores de cabeza) acompañan con frecuencia al trastorno de ansiedad generalizada.

#### Consecuencias funcionales del trastorno de ansiedad generalizada

La preocupación excesiva perjudica a la capacidad del individuo para hacer las cosas de manera rápida y eficiente, ya sea en casa o en el trabajo. La preocupación consume tiempo y energía, y los síntomas asociados, como la tensión muscular y la sensación de excitación o de nerviosismo, el cansancio, la dificultad para concentrarse y los trastornos del sueño, contribuyen al deterioro. Es importante destacar que la preocupación excesiva puede afectar a la capacidad que tienen las personas con trastorno de ansiedad generalizada de fomentar la confianza en sus hijos.

El trastorno de ansiedad generalizada se asocia con una discapacidad significativa y una angustia que son independientes de los trastornos comórbidos, y la mayoría de los adultos no institucionalizados por este trastorno tiene una discapacidad entre moderada y grave. El trastorno de ansiedad generalizada ocasiona, en la población de Estados Unidos, una pérdida de 110 millones de días al año por incapacidad<sup>9</sup>.

#### Tratamiento

El tratamiento más efectivo del trastorno de ansiedad generalizada probablemente combine las estrategias psicoterapéuticas, farmacoterapéutica y de apoyo, como fueron bien detalladas junto con el tratamiento de los demás trastornos de ansiedad descritos anteriormente.

Los tres fármacos principales son las benzodiacepinas, los ISRS, la buspirona y la venlafaxina<sup>18</sup>.



## I) Trastornos psicóticos

### Fisiopatología y etiología

#### Factores familiares y genéticos

Existe una contribución genética en algunas, o quizá todas las formas de esquizofrenia, y una gran proporción de la varianza en la predisposición a la esquizofrenia se debe a los efectos genéticos aditivos. La probabilidad de que una persona sufra esquizofrenia está relacionada con la cercanía de parentesco a un paciente afectado por éste trastorno. En el caso de los gemelos monocigóticos que tienen un legado genético idéntico, se da aproximadamente un 50% de tasa de concordancia para la esquizofrenia. Esta tasa es hasta 4 o 5 veces la tasa de concordancia en los gemelos dicigóticos o la tasa de incidencia encontrada en otros parientes de primer grado.

#### Factores biológicos

Hipótesis de la dopamina: La formulación más simple de la hipótesis de la dopamina en la esquizofrenia plantea que este trastorno tiene su origen en una actividad dopaminérgica excesiva. Esta teoría se elaboró a partir de dos observaciones. En primer lugar, la eficacia y la potencia de muchos antipsicóticos están relacionadas con su capacidad de actuar como antagonistas del receptor de la dopamina tipo 2. En segundo lugar, las sustancias que aumentan la actividad dopaminérgica son psicomiméticas. La teoría básica no explica con detalle si la hiperactividad dopaminérgica se debe a la liberación demasiado elevada de dopamina, a la presencia de demasiados receptores de la dopamina, a la hipersensibilidad de los receptores de la dopamina a esta misma sustancia, o a una combinación de estos mecanismos. Asimismo, tampoco especifica cuáles son las vías de la dopamina en el cerebro que están implicadas, aunque en la mayoría de los casos están involucradas las vías mesocortical y mesolímbica. Las neuronas dopaminérgicas en estas vías se proyectan desde sus somas en el mesencéfalo hasta las neuronas dopaminoreceptivas en el sistema límbico y la corteza cerebral.

Serotonina: Las hipótesis actuales plantean que el exceso de serotonina es la causa tanto de los síntomas positivos como negativos de la esquizofrenia. La fuerte actividad antagonista de la serotonina de la clozapina y otros antipsicóticos de segunda generación, unida a la eficacia real de la clozapina para reducir los síntomas positivos en los pacientes crónicos, ha dado validez a esta teoría.

Los trastornos del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos son la esquizofrenia; otros trastornos psicóticos y el trastorno esquizotípico (de la personalidad). Se definen por anomalías en uno o más de los siguientes cinco dominios: delirios, alucinaciones, pensamiento (discurso) desorganizado, comportamiento motor muy desorganizado o anómalo (incluida la catatonía) y síntomas negativos.

#### Teorías psicoanalíticas y psicosociales

Si la esquizofrenia es una enfermedad del cerebro, probablemente sea análoga a enfermedades de otros órganos, cuya evolución está afectada por el estrés psicosocial. Por lo tanto, los médicos deberían tener en cuenta tanto los factores psicosociales como los biológicos que afectan a la esquizofrenia. El trastorno afecta a cada paciente de forma singular, y cada uno de ellos tiene una naturaleza psicológica única.

Teorías psicoanalíticas: Freud planteó que la esquizofrenia era el resultado de fijaciones del trastorno que se producían antes que aquellas que acababan desarrollando neurosis. Estas fijaciones provocan defectos en el desarrollo del yo, y Freud planteó que dichos defectos contribuían a provocar los síntomas de la esquizofrenia. La desintegración del yo en esta enfermedad representa la vuelta al tiempo cuando el yo aún no se había formado o acababa de empezar a establecerse. Debido a que el yo afecta a la interpretación de la realidad y al control de los instintos internos, como el sexo y la agresividad, estas funciones del yo se ven afectadas. Por consiguiente, el conflicto intrapsíquico que surge de las fijaciones iniciales y el defecto del yo, que puede ser el resultado de una deficiencia en las primeras relaciones de objeto, aviva los síntomas psicóticos.

Teorías del aprendizaje: Según los teóricos del aprendizaje, los niños que acaban sufriendo esquizofrenia aprenden reacciones irracionales y maneras de pensar imitando a sus padres. En la teoría del aprendizaje, las relaciones interpersonales deficientes de las personas con esquizofrenia se desarrollan debido a las carencias de los modelos que han de seguir durante su infancia<sup>18</sup>.

## Características clave que definen los trastornos psicóticos

### Delirios

Los *delirios* son creencias fijas que no son susceptibles de cambio a la luz de las pruebas en su contra. Su contenido puede incluir varios temas (p. ej. persecutorios, referenciales, somáticos/religiosos, de grandeza). Los *delirios persecutorios* (es decir, la creencia de que uno va a ser perjudicado, acosado, etc., por un individuo, organización o grupo) son los más comunes. Los *delirios referenciales* (es decir, la creencia de que ciertos gestos, comentarios, señales del medio ambiente, etc., se dirigen a uno) también son comunes. También pueden aparecer *delirios de grandeza* (es decir, cuando el sujeto cree que el o ella tiene habilidades, riqueza o fama excepcionales) y *delirios erotomaniacos* (es decir, cuando el individuo cree erróneamente que otra persona está enamorada de el o ella). Los *delirios nihilistas* suponen la convicción de que sucederá una gran catástrofe, y los *delirios somáticos* se centran en preocupaciones referentes a la salud y al funcionamiento de los órganos.

Los delirios se consideran *extravagantes* si son claramente inverosímiles, incomprensibles y no proceden de experiencias de la vida corriente. Un ejemplo de delirio extravagante es la creencia de que una fuerza externa le ha quitado al individuo sus órganos internos y se los ha sustituido por los de otra persona sin dejar heridas ni cicatrices. Un ejemplo de delirio no extravagante es la creencia de que uno está siendo vigilado por la policía a pesar de la ausencia de pruebas convincentes.

Los delirios, que expresan una pérdida de control sobre la mente o el cuerpo, generalmente se consideran extravagantes; esto incluye la creencia de que los propios pensamientos han sido "robados" por una fuerza externa (*robo del pensamiento*), que se le han insertado pensamientos ajenos en la propia mente (*inserción del pensamiento*) o que existe una fuerza externa que está manipulando o influyendo en el propio cuerpo o la propia mente (*delirios de control*). La distinción entre un delirio y una creencia firme es a veces difícil de realizar. En parte depende del grado de convicción con el que se mantiene la creencia a pesar de las pruebas claras o razonables en contra de su veracidad.

## Alucinaciones

Las *alucinaciones* son percepciones que tienen lugar sin la presencia de un estímulo externo. Son vividas y claras, con toda la fuerza y el impacto de las percepciones normales, y no están sujetas al control voluntario. Pueden darse en cualquier modalidad sensorial, pero las alucinaciones auditivas son las más comunes en la esquizofrenia y en los trastornos relacionados. Las alucinaciones auditivas habitualmente se experimentan en forma de voces, conocidas o desconocidas, que se perciben como diferentes del propio pensamiento. Las alucinaciones deben tener lugar en el contexto de un adecuado nivel de conciencia; aquellas que tienen lugar al quedarse uno dormido (*hipnagógicas*) o al despertar (*hipnopómpicas*) se considera que están dentro del rango de las experiencias normales. Las alucinaciones pueden ser una parte normal de la experiencia religiosa en determinados contextos culturales.

## Pensamiento (discurso) desorganizado

El *pensamiento desorganizado (trastorno formal del pensamiento)* habitualmente se infiere a partir del discurso del individuo. El sujeto puede cambiar de un tema a otro (*descarrilamiento o asociaciones laxas*).

Sus respuestas a las preguntas pueden estar indirectamente relacionadas o no estarlo en absoluto (*tangencialidad*). En raras ocasiones, el discurso puede estar tan desorganizado que es prácticamente incomprensible y se asemeja a una afasia sensorial en su desorganización lingüística (*incoherencia "ensalada de palabras"*). Puesto que los discursos ligeramente desorganizados son frecuentes e inespecíficos, el síntoma debe ser lo suficientemente grave como para dificultar la comunicación de manera sustancial. La gravedad de la disfunción puede ser difícil de valorar si la persona que es haciendo el diagnóstico proviene de un entorno lingüístico diferente del de la persona que está siendo evaluada. Puede producirse una menor gravedad de la desorganización del pensamiento o del discurso durante los periodos prodrómico y residual de la esquizofrenia.

## Comportamiento motor muy desorganizado o anómalo (incluida la catatonia)

El *comportamiento motor muy desorganizado o anómalo* se puede manifestar de diferentes maneras, desde las "tonterías" infantiloides a la agitación impredecible. Pueden

evidenciarse problemas para llevar a cabo cualquier tipo de comportamiento dirigido a un objetivo, con las consiguientes dificultades para realizar las actividades cotidianas.

El *comportamiento catatónico* es una disminución marcada de la reactividad al entorno. Oscila entre resistencia a llevar a cabo instrucciones (*negativismo*), la adopción mantenida de una postura rígida, inapropiada o extravagante, y la ausencia total de respuestas verbales o motoras (*mutismo* y *estupor*). También puede incluir actividad motora sin finalidad, y excesiva sin causa aparente (*excitación catatónica*)

Otras características son los movimientos estereotipados repetidos la mirada fija, las muecas, el mutismo y la ecolalia. Aunque la catatonía se ha asociado históricamente con la esquizofrenia, los síntomas catatónicos no son específicos y pueden aparecer en otros trastornos mentales (p. ej., trastornos bipolares depresivos con catatonía) y en patologías médicas (trastorno catatónico debido a otra afección médica).

#### Síntomas negativos

Los *síntomas negativos* son responsables de una proporción importante de la morbilidad asociada a la esquizofrenia, siendo menos prominentes en otros trastornos psicóticos. Dos de los síntomas negativos son especialmente prominentes en la esquizofrenia: la expresión emotiva disminuida y la abulia

La *expresión emotiva disminuida* consiste en una disminución de la expresión de las emociones mediante la cara, el contacto ocular, la entonación del habla (prosodia) y los movimientos de las manos, cabeza y la cara que habitualmente dan un énfasis emotivo al discurso. La *abulia* es una disminución de las actividades, realizadas por iniciativa propia y motivadas por un propósito. El individuo puede permanecer sentado durante largos periodos de tiempo y mostrar escaso interés en participar en actividades laborales o sociales. Otros síntomas negativos son la alogia, la anhedonia y la asocialidad.

La *alogia* se manifiesta por una reducción del habla. La *anhedonia* es la disminución de la capacidad para experimentar placer a partir de estímulos positivos o la degradación del recuerdo del placer experimentado previamente. La *asocialidad*, que se refiere a la aparente falta de interés por las interacciones sociales, puede estar asociada a la abulia,

pero también puede ser indicativa de que hay escasas oportunidades para la interacción social.

#### Características asociadas que apoyan el diagnóstico

Los individuos con esquizofrenia pueden mostrar un afecto inapropiado (p. ej., reírse en ausencia de un estímulo apropiado); un ánimo disfórico que puede tomar la forma de depresión, ansiedad o enfado; una alteración del patrón del sueño (p. ej., sueño diurno y actividad nocturna); falta de interés por comer o rechazo de la comida. La despersonalización, la desrealización y las preocupaciones somáticas pueden aparecer y, en ocasiones, alcanzar proporciones delirantes. La ansiedad y las fobias son comunes. Los déficits cognitivos son comunes en la esquizofrenia y están muy relacionados con los déficits laborales y vocacionales. Estos déficits pueden consistir en un deterioro de la memoria declarativa, de la memoria de trabajo, del lenguaje y de otras funciones ejecutivas, además de una velocidad de procesamiento más lenta. También aparecen anomalías en el procesamiento sensorial y en la capacidad inhibitoria, además de reducciones de la atención.

Algunos individuos con esquizofrenia presentan déficits de la cognición social, incluidos déficits de la capacidad para inferir las intenciones de otras personas (teoría de la mente), y pueden prestar atención a sucesos o estímulos irrelevantes y posteriormente interpretarlos como significativos, lo que puede conducir a la generación de delirios explicativos. Estos déficits a menudo persisten durante la remisión sintomática.

Algunos individuos con psicosis pueden carecer de introspección o de conciencia de su trastorno (es decir, pueden tener anosognosia). Esta ausencia de "introspección" incluye la falta de conciencia de los síntomas de la esquizofrenia y puede estar presente a lo largo de todo el curso de la enfermedad.

La falta de conciencia de la enfermedad es un síntoma típico de la esquizofrenia en sí y no una estrategia de afrontamiento. Es comparable a la falta de conciencia de los déficits neurológicos posteriores al daño cerebral, denominada *anosognosia*. Este síntoma es el factor que predice con mayor frecuencia la inobservancia del tratamiento, así como

mayores tasas de recaída, un mayor número de tratamientos involuntarios, un peor funcionamiento psicosocial, las agresiones y un peor curso de la enfermedad.

La hostilidad y la agresión pueden asociarse a la esquizofrenia, aunque las agresiones espontáneas o inesperadas son poco comunes. La agresión es más frecuente en los varones jóvenes y en los individuos con antecedentes de violencia, falta de cumplimiento terapéutico, abuso de sustancias e impulsividad. Debe señalarse que la gran mayoría de las personas con esquizofrenia no son agresivas y son víctimas con más frecuencia que los individuos de la población general.

Al día de hoy no hay pruebas radiológicas, de laboratorio, ni psicométricas para el trastorno.

Se han encontrado diferencias entre grupos de individuos sanos y personas con esquizofrenia en múltiples regiones cerebrales, procediendo los datos de estudios de neuroimagen, de neuropatología y de neurofisiología. También hay diferencias en la arquitectura celular, en la conectividad de la sustancia blanca y en el volumen de sustancia gris de varias regiones, como la corteza prefrontal y temporal. Se ha observado una reducción del volumen cerebral total, así como mayor reducción del volumen con la edad. Las reducciones del volumen cerebral con la edad más pronunciadas en los individuos con esquizofrenia que en los sujetos sanos. Por último, los sujetos con esquizofrenia parecen diferir de los individuos sin dicho trastorno en los índices seguimiento ocular y electrofisiológicos.

Los signos neurológicos menores son comunes en los individuos con esquizofrenia e incluye déficits en la coordinación motora, la integración sensorial y la secuenciación motora de los movimientos complejos, así como confusión izquierda-derecha y desinhibición de los movimientos asociados. Además puede haber anomalías físicas menores en la cara y los miembros.

#### Consecuencias funcionales de la esquizofrenia

La esquizofrenia se asocia a una disfunción social y laboral significativa. Los progresos académicos, la conservación de un empleo a menudo se ven dificultados por la abulia u

otras manifestaciones del trastorno, incluso cuando las habilidades cognitivas son suficientes para realizar las tareas requeridas.

La mayoría de los sujetos consigue un empleo de categoría inferior al de sus padres y la mayoría, en especial los hombres, no se casa o tiene escasos contactos sociales más allá de su familia<sup>9</sup>.

### Tratamiento

Aunque los antipsicóticos son el principal elemento terapéutico en la esquizofrenia, las investigaciones han confirmado que las intervenciones psicosociales, incluida la psicoterapia, pueden intensificar la mejoría clínica de estos pacientes. Puesto que los tratamientos farmacológicos se utilizan para tratar los supuestos desequilibrios bioquímicos, el resto de estrategias terapéuticas deben tratar los aspectos no biológicos. La complejidad de la esquizofrenia provoca que todo método terapéutico aplicado individualmente sea insuficiente para tratar este trastorno multifacético.

### Hospitalización

La hospitalización debe estar indicada para poder realizar el diagnóstico, para estabilizar la administración de los fármacos, para la seguridad del paciente por su ideación suicida u homicida, y también para cuando exista un comportamiento desorganizado o inadecuado, como la incapacidad para atender necesidades básicas tales como la alimentación y los cuidados personales en cuanto a la ropa y vivienda de los pacientes.

### Tratamiento farmacológico

Los antipsicóticos provocaban la disminución de la expresión de los síntomas psicóticos y reducían las tasas de recaída. Aproximadamente el 70% de los pacientes tratados con cualquier fármaco antipsicótico obtienen una remisión de la fase psicótica. Los fármacos usados para tratar la esquizofrenia presentan una gran variedad de propiedades farmacológicas, pero todos comparten la capacidad de ejercer un efecto antagonista de los receptores dopaminérgicos postsinápticos del cerebro. Los antipsicóticos pueden clasificarse en dos grupos principales: los convencionales (más antiguos), que también se han denominado antipsicóticos de primera generación o antagonistas del receptor dopaminérgico, y los fármacos más nuevos, que se han denominado antipsicóticos de



segunda generación, antipsicóticos atípicos o antagonistas de los receptores de la serotonina y la dopamina.

### Tratamientos psicosociales

Los tratamientos psicosociales comprenden una diversa gama de métodos destinados a aumentar las habilidades prácticas y la comunicación interpersonal de los enfermos esquizofrénicos. Estos aspectos se fomentan para capacitar a las personas gravemente enfermas y ayudarlas a desarrollar las habilidades sociales y profesionales que les permitan llevar una vida independiente. Este tipo de tratamiento se practica en muchos lugares diferentes: hospitales ambulatorios, hospitales psiquiátricos, hospitales de día y centros sociales o de asistencia domiciliaria<sup>18</sup>.

### J) Trastorno por consumo de alcohol

#### Etiología

Muchos factores influyen sobre la decisión de beber, la aparición de dificultades transitorias relacionadas con el alcohol durante la adolescencia y la segunda década de la vida y el desarrollo de la dependencia del alcohol. El inicio de la ingestión de alcohol puede basarse principalmente en factores sociales, religiosos y psicológicos, aunque las características genéticas podrían también contribuir a ello. Los factores que influyen sobre la decisión de beber, o los que contribuyen a los problemas transitorios, sin embargo pueden diferir de los que lo hacen sobre el riesgo de los problemas graves y recurrentes de la dependencia del alcohol<sup>18</sup>.

#### Criterios diagnósticos

A. Patrón problemático de consumo de alcohol que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y que se manifiesta al menos por dos de los hechos siguientes en un plazo de 12 meses:

1. Se consume alcohol con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto.
2. Existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo de alcohol.

3. Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir alcohol, consumirlo o recuperarse de sus efectos.

4. Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir alcohol.

5. Consumo recurrente de alcohol que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar.

6. Consumo continuado de alcohol a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes, provocados o exacerbados por los efectos del alcohol.

7. El consumo de alcohol provoca el abandono o la reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio.

8. Consumo recurrente de alcohol en situaciones en las que provoca un riesgo físico.

9. Se continúa con el consumo de alcohol a pesar de saber que se sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente probablemente causado o exacerbado por el alcohol.

10. Tolerancia, definida por alguno de los siguientes hechos:

a. Una necesidad de consumir cantidades cada vez mayores de alcohol para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.

b. Un efecto notablemente reducido .teas el consumo continuado de la misma cantidad de alcohol.

11. Abstinencia, manifestada por alguno de los siguientes hechos:

a. Presencia del síndrome de abstinencia característico del alcohol.

b. Se consume alcohol (o alguna sustancia muy similar, como una benzodiazepina) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

#### Características asociadas que apoyan el diagnóstico

El trastorno por consumo de alcohol suele asociarse a los mismos problemas que aparecen con el consumo de otras sustancias (p. ej., el cannabis, la cocaína, la heroína, las anfetaminas, los sedantes, los hipnóticos o los ansiolíticos). Se puede consumir alcohol para aliviar los efectos indeseados de otras sustancias o para sustituir a éstas si no están disponibles. Algunos síntomas, como los problemas de conducta, la depresión, la ansiedad y el insomnio, suelen acompañar el consumo abusivo, y en ocasiones pueden precederlo.

La ingesta repetida de altas dosis de alcohol puede afectar a casi todos los sistemas orgánicos, especialmente el tracto gastrointestinal, el sistema cardiovascular y los sistemas nerviosos central y periférico. Los efectos gastrointestinales son las gastritis, las úlceras estomacales o duodenales y, en aproximadamente un 15 % de las personas con consumo grave, la cirrosis hepática y/o la pancreatitis.

También presentan un riesgo incrementado de cáncer de esófago, de estómago y de otras partes del tracto gastrointestinal. Una de las afecciones asociada con mayor frecuencia es la hipertensión de bajo grado. La cardiomiopatía y otras miopatías son menos frecuentes, pero pueden aparecer en los grandes consumidores. Estos factores, junto con el incremento de los niveles de triglicéridos y de colesterol, contribuyen a elevar el riesgo de afección cardíaca. La neuropatía periférica puede manifestarse como debilidad muscular, parestesias y disminución de la sensibilidad periférica. Entre los efectos del sistema nervioso central se encuentran los déficits cognitivos, la amnesia grave y los cambios degenerativos en el cerebelo. Estos efectos se relacionan directamente con el alcohol, con los traumatismos y con las deficiencias de vitaminas (particularmente de las vitaminas del grupo B, incluyendo la tiamina). Un efecto poco frecuente, aunque devastador, del sistema nervioso central es el trastorno amnésico persistente inducido por el alcohol, o síndrome Wernicke-Korsakoff, en el que se daña gravemente la capacidad de codificar nueva información.

El trastorno por consumo de alcohol es un factor importante para el riesgo de suicidio durante la intoxicación grave y en el contexto de un trastorno depresivo inducido por el alcohol. También existe una tasa elevada de comportamientos suicidas y de suicidios consumados en las personas con este trastorno.

#### Consecuencias funcionales del trastorno por consumo de alcohol

Entre las características diagnósticas del trastorno por consumo de alcohol destacan las principales áreas del funcionamiento vital que probablemente se hayan deteriorado. Estas comprenden la conducción y el manejo de maquinaria, el trabajo y la escuela, las relaciones interpersonales y la comunicación, y la salud. Los trastornos relacionados con el alcohol son responsables de absentismo laboral, de accidentes laborales y de baja

productividad del empleado. Las tasas son elevadas en las personas sin techo, lo que puede reflejar la espiral descendente en el funcionamiento social y laboral.

De todas formas, la mayoría de las personas con trastorno por consumo de alcohol continúa viviendo con su familia y funciona dentro de sus puestos de trabajo.

El trastorno por consumo de alcohol se asocia con un aumento significativo en el riesgo de accidentes, violencia y suicidio. Se estima que una de cada cinco admisiones en las unidades de cuidados intensivos de algunos hospitales urbanos se relaciona con el alcohol, y que el 40 % de las personas en Estados Unidos experimenta un evento adverso relacionado con el alcohol en algún momento de sus vidas. El alcohol está involucrado hasta en un 55 % de los accidentes de tráfico mortales. El trastorno por consumo de alcohol grave, especialmente en las personas con trastorno antisocial de la personalidad, se asocia a la comisión de actos delictivos, entre ellos el homicidio. El consumo de alcohol grave problemático también produce desinhibición y sentimientos de tristeza e irritabilidad, que favorecen los intentos de suicidio y los suicidios consumados. La abstinencia imprevista de alcohol en los individuos hospitalizados por haberse pasado por alto un diagnóstico de trastorno por consumo de alcohol puede aumentar los riesgos y los costes de hospitalización y el tiempo de estancia en el hospital<sup>9</sup>.

### Tratamiento y rehabilitación

Tres etapas generales definen el tratamiento del alcohólico tras el diagnóstico del trastorno: intervención, desintoxicación y rehabilitación. Estos enfoques asumen que se han emprendido todos los esfuerzos posibles para optimizar la función médica y abordar las urgencias psiquiátricas. Por ejemplo, un alcohólico con síntomas de depresión suficientemente graves como para impulsarle al suicidio requiere hospitalización durante varios días hasta la desaparición de la ideación suicida. Análogamente, un individuo con miocardiopatía, alteraciones hepáticas o hemorragia digestiva requiere en primer lugar un tratamiento médico adecuado de la urgencia médica.

El paciente con abuso o dependencia de alcohol debe enfrentar directamente la realidad del entorno, desintoxicarse si lo requiere e iniciar la rehabilitación. Los aspectos esenciales de estas tres etapas para un alcohólico con síndromes psiquiátricos independientes se asemejan estrechamente a los enfoques aplicados al alcohólico primario sin síndromes psiquiátricos independientes. Sin embargo, en el primer caso, los

tratamientos se aplican tras la estabilización del trastorno psiquiátrico en la medida en que esto sea posible.

#### Tratamiento farmacológico

Si se ha completado la desintoxicación y el paciente no pertenece al 10-15% de los alcohólicos con un trastorno del estado de ánimo, esquizofrenia o trastorno de ansiedad concomitantes, se dispone de escasa evidencia a favor de la prescripción farmacológica para el tratamiento del alcoholismo. Los fármacos para dichos síntomas (incluidas las benzodiazepinas) probablemente pierdan su efectividad mucho antes de que desaparezca el insomnio; por tanto, posiblemente el paciente aumente la dosis y tenga ulteriores problemas. Así mismo, las tristezas y las oscilaciones del estado de ánimo pueden persistir en bajos niveles durante varios meses. Con poca o ninguna evidencia de que los fármacos sean efectivos, los peligros superan significativamente a cualquier beneficio potencial de su consumo rutinario<sup>18</sup>.

#### K) Trastorno por consumo de otras sustancias

##### Etiología

Es muy variada la forma en que el paciente adquiere la adicción sobre determinada sustancia, tras la exposición su consumo continuado puede estar influenciado por diferentes factores, las predisposiciones genéticas o la preferencia del consumidor.

##### Factores genéticos

La evidencia más convincente hasta la fecha de una influencia genética sobre la dependencia de sustancias procede de los estudios en gemelos. Los gemelos monocigóticos presentan mayores tasas de concordancia en la dependencia de estimulantes (cocaína, anfetaminas y sustancias similares a las anfetaminas) que los gemelos dicigóticos.

##### Factores socioculturales

Los factores sociales, culturales y económicos son poderosos determinantes del consumo inicial, el continuado y la recaída. El consumo excesivo es mucho más probable en países en que la sustancia es fácilmente accesible<sup>18</sup>.

## Criterios diagnósticos

A. Patrón problemático de consumo de una sustancia intoxicante que no se puede clasificar en la categoría del alcohol, y que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y se manifiesta al menos por dos de los hechos siguientes en un plazo de 12 meses:

1. Se consume la sustancia con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto.

2. Existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo de la sustancia.

3. Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir la sustancia, consumirla o recuperarse de sus efectos.

4. Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir la sustancia.

5. Consumo recurrente de la sustancia que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar.

6. Consumo continuado de la sustancia a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes, provocados o exacerbados por los efectos de su consumo.

7. El consumo de la sustancia provoca el abandono o la reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio.

8. Consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que provoca un riesgo físico.

9. Se continúa con el consumo de la sustancia a pesar de saber que se sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente probablemente causado o exacerbado por ella.

10. Tolerancia, definida por alguno de los siguientes hechos:

a. Una necesidad de consumir cantidades cada vez mayores de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.

b. Un efecto notablemente reducido tras el consumo continuado de la misma cantidad de la sustancia.

11. Abstinencia, manifestada por alguno de los hechos siguientes:

a. El síndrome de abstinencia característico de otra sustancia (o sustancia desconocida)

b. Se consume la sustancia (o alguna sustancia muy similar) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia<sup>9</sup>.

## Tratamiento y rehabilitación

El tratamiento del consumo de sustancias se basa en los principios de abstinencia y apoyo. Puede alcanzarse la abstinencia mediante intervenciones directas, como la hospitalización, o un cuidadoso control en un régimen ambulatorio que incluya análisis de droga en la orina. Puede prestarse apoyo a través de la psicoterapia individual, familiar y grupal. La educación será la base de la abstinencia y de los programas de apoyo. Un paciente que no comprenda los motivos intelectuales del enfoque de un problema de abuso de una sustancia posee una motivación escasa para su abandono. Para unos pacientes, puede ser útil la toma de un ansiolítico para el tratamiento a corto plazo de los síntomas de abstinencia. En otros casos, el consumo de sustancias puede relacionarse con un trastorno depresivo subyacente que puede responder a un tratamiento antidepresivo específico<sup>18</sup>.

### **3.7 Descripción del instrumento seleccionado para el estudio**

Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) 5.0

La MINI es una entrevista diagnóstica estructurada de breve duración que explora los principales trastornos psiquiátricos del Eje I del DSM-IV y la CIE-10. Estudios de validez y de confiabilidad se han realizado comparando la MINI con el SCID-P para el DSM-III-R y el CIDI (una entrevista estructurada desarrollada por la Organización Mundial de la Salud para entrevistadores no clínicos para la CIE-10). Los resultados de estos estudios demuestran que la MINI tiene una puntuación de validez y confiabilidad aceptablemente alta, con valores Kappa por encima de 0,5 para todos los trastornos, excepto fobia social y ansiedad generalizada. Este instrumento determina la presencia de 16 trastornos mentales con una especificidad y sensibilidad de 85% y valor predictivo positivo de 75%; para algunos trastornos evalúa episodios actuales; para otros, episodios de por vida o ambos. Puede ser administrada en un período de tiempo mucho más breve (promedio de  $18,7 \pm 11,6$  minutos, media 15 minutos) que los instrumentos mencionados<sup>19,20</sup>.

### **3.8 Contextualización del problema. Investigaciones en estudiantes de medicina: factores de riesgo y epidemiología de los trastornos mentales**

Las investigaciones sobre salud mental realizadas en estudiantes de medicina se han orientado mayormente hacia: la presencia de estrés académico, síndrome de Burnout, del cual se hablará más adelante, susceptibilidad hacia los trastornos mentales, prevalencia

de trastornos de ansiedad, trastornos depresivos y otros trastornos mentales, consumo de sustancias y suicidio, el manejo de estos y el desarrollo de sistemas de apoyo dentro de las facultades de medicina.

### **3.8.1 Estrés académico**

Un tema de fundamental interés y que soporta el desarrollo de una gran parte de los estudios en la población de estudiantes de medicina, es el estrés académico. Las investigaciones han demostrado que tanto los médicos, como los estudiantes de medicina de pregrado y posgrado padecen más estrés que otros profesionales o estudiantes de otras carreras, considerando las dificultades particulares de la labor y el nivel de exigencia académica.

Se han desarrollado hipótesis del origen del estrés en estudiantes de medicina en dos vías distintas: una está dirigida hacia la susceptibilidad propia antes de ingresar al programa de medicina, es decir, los sujetos tienen percepciones distintas de los problemas y las dificultades, así como la forma de afrontarlos, y tiene características cognitivas y de comportamiento particulares, y la otra se refiere al estrés que desarrolla como una consecuencia del proceso de la formación médica, por ejemplo se puede derivar de un menor tiempo de sueño, menos tiempo para la recreación y el cuidado personal y una menor interacción social con amigos u otros grupos<sup>21</sup>.

Además se han descrito diferencias entre los mismos estudiantes de medicina, por ejemplo los estudiantes de los primeros años de medicina tienen mayores niveles de estrés y en consecuencia mayor riesgo de desarrollar enfermedades mentales. Celis y colaboradores realizaron un estudio transversal en el que se encuestaron a 98 estudiantes de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú en el año 2000, utilizando el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo y el inventario de Estrés Académico en los estudiantes de primer y sexto año de medicina. Encontraron que el 26.4% de los estudiantes de primer año y el 8.9% de estudiantes de sexto año tenían un estado de ansiedad severo<sup>22</sup>.



### **3.8.2 Susceptibilidad de los estudiantes de medicina hacia los trastornos mentales**

Stewart y colaboradores estudiaron en 121 estudiantes de medicina del primer año, mediante un diseño longitudinal, los factores que predecían el estrés. Encontraron que aquellos estudiantes que manejaban las situaciones estresantes con métodos de evitación presentaban mayores niveles de ansiedad y depresión. En la segunda medición, ocho meses después, encontraron también que bajos niveles académicos previos, puntajes altos en escalas de depresión y de ansiedad, y poco optimismo podían predecir un nivel mayor de estrés<sup>23</sup>.

Se sabe que los estudiantes de medicina tienen con mayor frecuencia síntomas depresivos (12.9%) en comparación con la población general, siendo estos síntomas más comunes en las mujeres que en los hombres (16.1 vs 8.1%)<sup>6</sup>.

La prevalencia de depresión que ha sido reportada entre los estudiantes de medicina va desde un 2 a un 35%<sup>24</sup> y se piensa que los factores estresantes que acompañan a la carrera de medicina, como la falta de sueño, pacientes difíciles o cargas importantes de trabajo, son un factor de riesgo para sufrir depresión o ansiedad<sup>25</sup>.

Los estudiantes de medicina muestran síntomas similares a los de la población general en el momento de iniciar sus estudios de medicina; sin embargo, el estrés percibido durante la carrera conlleva un malestar emocional crónico o sostenido, no puramente episódico<sup>26</sup>.

En México, un estudio realizado por Díaz, et al.<sup>27</sup> reveló que el 24.4% de los alumnos de primer ingreso de la Facultad de Medicina de la UNAM padecían algún trastorno psiquiátrico. Por su parte, Fouilloux<sup>28</sup> evaluó los probables casos de trastornos mentales en alumnos de los primeros años de la Facultad de Medicina y encontró que el 10.5% de los alumnos sufrían algún tipo de trastorno mental. Los síntomas más frecuentemente reportados por los alumnos fueron disminución de la concentración, estado de ánimo depresivo y ansiedad.

Para añadir, en el año 2007, la Universidad Nacional Autónoma de México realizó un estudio, el cual tuvo como objetivo identificar los factores que predicen la presencia de síntomas depresivos de acuerdo con la escala de depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) en estudiantes de primer año de medicina. Se evaluó a 517

alumnos que cursaban el primer año de la carrera de medicina con los siguientes instrumentos: CES-D, inventario de estado y rasgo ansioso (STAI) y listado de factores estresantes. Se realizó un análisis de regresión lineal para detectar las variables que predicen altas puntuaciones en la CES-D.

Resultados: se encontró que la presencia de síntomas ansiosos y depresivos, así como de factores estresantes, fue significativamente más frecuente en mujeres que en hombres. Los factores que predijeron depresión fueron la ansiedad de estado, los factores estresantes y el nivel socioeconómico bajo.<sup>29</sup>

Otro factor común que se ha tenido en cuenta en varias investigaciones dentro de los detonantes para padecer trastornos mentales en el entorno del estudiante de medicina, es el síndrome de burnout.

### **3.8.3 Síndrome de burnout**

La palabra inglesa de *burnout* es un término de difícil traducción en el castellano. Como término coloquial que es, va más allá del simple agotamiento o estar exhausto, pues implica también una actitud hacia el trabajo deprivada de ánimo.<sup>30</sup>

El síndrome de *burnout* aparece en la literatura mundial a mediados de los 70's para describir en forma coloquial la actitud de ciertos trabajadores de la salud hacia su labor cotidiana.<sup>31</sup>

El constructo psicológico del síndrome de *burnout* se caracteriza por agotamiento (*exhaustion*); despersonalización y cinismo (*cynicism*) y desmotivación e insatisfacción en el trabajo, que conllevan a un pobre desempeño laboral (*ineffectiveness*), lo anterior como consecuencia de factores de estrés prolongados tanto en la esfera emocional como en las relaciones interpersonales en el trabajo.<sup>32</sup>

El síndrome descrito como *burnout* se refiere exclusivamente a la actitud en el desempeño laboral y debe diferenciarse claramente de la depresión clínica que afecta otras esferas de la vida.<sup>33, 34</sup>

En general se acepta que el factor central desencadenante es el excesivo agotamiento emocional (*exhaustion*) que gradualmente lleva a quien lo experimenta, a un estado de distanciamiento emocional y cognitivo en sus actividades diarias, con la consecuente incapacidad de responder adecuadamente a las demandas de servicio. En el proceso de este distanciamiento ocurre una despersonalización caracterizada por indiferencia y actitudes cínicas hacia las responsabilidades o hacia las personas que demandan la atención de quien lo padece (*cynicism*).<sup>32</sup>

Es muy probable que el agotamiento emocional y la indiferencia en el trabajo se traduzcan en ineficacia laboral como resultado de la insatisfacción y de pobres expectativas personales, por lo que algunos autores consideran que la ineficiencia laboral (*ineffectiveness*), sea más bien el resultado del agotamiento emocional y de la despersonalización, que un componente propio del síndrome<sup>33</sup>. Sin embargo, para otros autores, la insatisfacción laboral y el pobre desempeño en el trabajo se desarrollan en forma paralela y consideran a la ineficacia laboral como una parte integral del cuadro del síndrome.<sup>34, 35</sup>

De tal forma que el síndrome de burnout se caracteriza por:

1. Agotamiento emocional, fatiga y depresión.
2. Relación de los síntomas con la actividad laboral.
3. Predominancia de estos síntomas en los ámbitos mentales y conductuales sobre el cansancio físico.
4. Aparición de los síntomas en personas normales sin antecedentes "psicopatológicos".
5. Ineficiencia y pobre desempeño en el trabajo.

Se presenta con mayor frecuencia en trabajadores de la esfera prestación de servicios y relaciones humanas con cargas excesivas de trabajo (médicos, enfermeras, trabajadores sociales, etc.) Se considera de importancia en el ambiente de salud en el trabajo pues las consecuencias laborales del mismo son ausentismo y cambios frecuentes o abandono del trabajo. Desde el punto de vista institucional, el contar con personal en estas condiciones emocionales deteriora el ambiente laboral y es generador de conflictos con los compañeros de trabajo y con los integrantes de su familia.<sup>36</sup>

### **3.8.4 Estudios del síndrome de burnout en estudiantes de medicina**

El síndrome de burnout se ha descrito como una entidad patológica común entre los médicos y que podría originarse durante su formación académica. En el año 2010 se realizó un estudio de prevalencia de síndrome de burnout en alumnos de medicina, Lima, Perú, la cual tuvo como objetivo determinar la prevalencia y los factores asociados al síndrome de burnout en alumnos de medicina del séptimo año de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH).

**Material y métodos.** Se realizó un estudio transversal con los estudiantes de medicina del séptimo año de la UPCH (n=117) durante diciembre del 2010. Se empleó dos encuestas autoadministradas anónimas, una sobre características sociodemográficas y laborales y otra, la escala Maslach Burnout Inventory en su versión Human Services Survey validada en español.

**Resultados:** Se encontró una prevalencia de síndrome de burnout de 57,2% (n=59). Más de la mitad de la población presentó niveles medio o alto en despersonalización (68,9% [n=71]) y agotamiento emocional (67% [n =69]) y aproximadamente un tercio de los estudiantes tuvieron baja realización personal (35% [n=36]).

No se encontró asociación estadísticamente significativa entre las variables sociodemográficas y laborales estudiadas y la presencia de síndrome de burnout. La presencia de enfermedad mental se asoció a niveles altos de despersonalización y agotamiento emocional, mientras la ausencia de actividades extracurriculares se asoció a elevados puntajes en agotamiento emocional. Dicho estudio concluyó que el síndrome de burnout estuvo presente en más de la mitad de los internos de medicina de la UPCH. La presencia de enfermedad mental y ausencia de actividades extracurriculares se asociaron a las dimensiones del síndrome de burnout.<sup>37</sup>

### 3.9 Antecedentes

Un estudio realizado en el año 2006 en Lima, Perú, el cual fue de tipo descriptivo de corte transversal, llevado a cabo con alumnos del tercer año de la facultad de medicina de una universidad privada usando la Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI), versión peruana adaptada por Galli E, Saavedra JE y col.<sup>38</sup>. Consta de 15 módulos, una sensibilidad de 92,3%, especificidad 95,4%; valor predictivo positivo 80,3% y valor predictivo negativo de 98,4%. La MINI se aplicó durante una clase a la que asistieron 88/116 alumnos; se resolvieron 60 cuestionarios, y en las cuatro semanas siguientes se completaron 79 cuestionarios en total.

Los cuestionarios se calificaron según las instrucciones de la MINI, estableciéndose diagnósticos de cada trastorno y determinando sus frecuencias. Luego se accedió a los datos obtenidos por MILLON (instrumento usado en los exámenes médicos de la universidad) de los alumnos participantes, y se seleccionaron los ítems correspondientes a los trastornos de personalidad: Esquizoide, evitativo, dependiente, histriónico, narcisista, antisocial, agresivo – sádico, compulsivo, pasivo – agresivo, esquizotípico, borderline y paranoide. La calificación fue: Nulo: 0-34, Bajo: 35-59, Sugestivo: 60-74, Moderado: 75-84 y Elevado  $\geq 85$ ; tomando los 2 últimos como intervalos con posibilidad diagnóstica.

De los alumnos que participaron en el estudio se halló algún trastorno mental en 33 (41,8%), siendo 20 (60,6%) de sexo femenino. De la población femenina 47,6% tenía algún trastorno. Los resultados obtenidos en la MINI indican que el diagnóstico más frecuente fue el Trastorno de Ansiedad Generalizada (27,84%). De los 33 alumnos con algún trastorno 57,57% tuvo uno, 27,27% dos y 15,15% 3 o más diagnósticos.

Se pudo acceder a los resultados la prueba MILLON de 70 alumnos. El diagnóstico más frecuente fue trastorno de personalidad compulsiva (48,5%). El 20% no tuvo ningún trastorno de personalidad, 38,57% tuvo sólo un probable diagnóstico (moderado o elevado), 17,14% dos y 24,20% tres o más posibles diagnósticos de trastornos de personalidad.

De los 33 alumnos con resultados positivos del MINI, 26 (78,78%) tuvieron algún probable diagnóstico de trastorno de personalidad en la prueba de MILLON, mientras que 3 (9,10%) no tuvieron trastornos y en 4 estudiantes (12,12%) no se encontraron los

resultados de MILLON. Sólo 5/79 (6,32%) estudiantes habían recibido tratamiento, psiquiátrico previo en el último año; estos representaron el 15,15% de los alumnos con algún trastorno en la MINI " Mini International Neuropsychiatric Interview".<sup>5</sup>

Otro estudio dedicado al tamizaje de trastornos mentales se llevó a cabo en los meses de abril a julio del 2015 en estudiantes de medicina de la Universidad Nacional de Asunción. Fue una investigación de tipo observacional analítico transversal con muestreo no probabilístico de casos consecutivos. Las variables epidemiológicas y sociodemográficas fueron recolectadas con un formulario previamente validado. Se evaluó la frecuencia de trastornos de salud mental en los alumnos utilizando el test MINI, validado en español, como método de tamizaje.

Se evaluó 91 estudiantes, 58 del sexo femenino (63,7%) y 33 de sexo masculino (36,3%); la media de la edad fue de  $21 \pm 1$  años; 35 alumnos (58,2%) tuvieron al menos un trastorno mental. Los diagnósticos más frecuentes fueron: episodio hipomaniaco pasado (21 alumnos; 23,1%), trastorno depresivo actual (21; 23,1%), trastorno de ansiedad generalizada (15; 16,5%) y agorafobia (14; 15,4%).<sup>8</sup>



## 4. POBLACIÓN Y MÉTODOS

### 4.1 Enfoque y diseño

- Estudio cuantitativo
- Descriptivo transversal

### 4.2 Unidad de análisis

#### 4.2.1 Unidad Primaria de Muestreo

Estudiantes de la Carrera de Médico y Cirujano de la Universidad de San Carlos de Guatemala del primer y del sexto año del EPS Hospitalario inscritos en el ciclo 2016.

#### 4.2.2 Unidad de Análisis

Datos sociodemográficos y resultados obtenidos mediante el instrumento – MINI-.

#### 4.2.3 Unidad de Información

Estudiantes de la Carrera de Médico y Cirujano de la Universidad de San Carlos de Guatemala del primer y del sexto año del EPS Hospitalario inscritos en el ciclo 2016 que forman parte de la muestra.

### 4.3 Población y muestra

#### 4.3.1 Población

2204 estudiantes de la Carrera de Médico y Cirujano de la Universidad de San Carlos de Guatemala del primer y del sexto año del EPS Hospitalario inscritos en el ciclo 2016.

#### 4.3.2 Marco muestral

Listado proporcionado por la Unidad de Control Académico del Centro Universitario Metropolitano de estudiantes inscritos en el ciclo 2016.

#### 4.3.3 Muestra

Se utilizó un algoritmo para una población finita, a continuación se detalla la descripción del algoritmo y la obtención de la muestra.



Tamaño de la muestra

n = muestra

N = población (2,204)

z = 95% (1.96) (nivel de confianza deseado)

p = 0.27 (proporción de trastornos mentales en la población a nivel nacional)

q = 1 – p (proporción de la población de referencia que no presenta el fenómeno en estudio)

d = 0.05 (nivel de precisión absoluta o límite aceptable de error)

$$n = \frac{N z^2 p q}{d^2(N-1) + z^2 p q} = \frac{2,204 * 1.96^2 * 0.27 * 0.73}{0.05^2 * (2,203) + 1.96^2 * 0.27 * 0.73} = 266 * \underline{10\% \text{ más}} = 292 \text{ estudiantes}$$

(porcentaje esperado de pérdida)

Distribución proporcional de la muestra con base a la población total de estudiantes:

$N^{1er. \text{ año}} = 2,013$	=	91% de N	=	$n^{1er \text{ año}} = 266$	estudiantes
$N^{6to. \text{ Año}} = \underline{191}$	=	9% de N	=	$n^{6to \text{ año}} = 26$	estudiantes
$N = 2,204$					

Técnica de muestreo: Se utilizó un muestreo multietápico el cual se detalla a continuación:

- **Muestra de estudiantes de primer año**

**Primera fase:** se realizó de una forma aleatoria seleccionando al azar 1 de las 8 Unidades Didácticas del primer año de la Carrera (Biología, Estadística, Física, Química, Salud Pública I, Psicología, Propedéutica, Investigación).

**Segunda fase:** se escogió de manera aleatoria un salón utilizado por la unidad didáctica seleccionada.

**Tercera etapa:** se seleccionó de forma aleatoria, utilizando los listados de asistencia a 10 estudiantes del salón seleccionado.

- **Muestra de estudiantes de sexto año en EPS hospitalario (Hospital General San Juan de Dios, Hospital Roosevelt, Hospital General de Enfermedades del –IGSS-)**

Con los estudiantes de sexto año se realizó un procedimiento similar, **la primera fase** consistió en seleccionar de manera aleatoria uno de los departamentos donde rotan los estudiantes; **la segunda fase** consistió en seleccionar de manera aleatoria a los participantes del listado de dicho departamento.

Tanto en la selección de los sujetos de estudio de primero como de sexto año se repitieron los procesos de aleatorización “excluyendo los elementos seleccionados en aleatorizaciones previas” hasta completar el número total de la muestra. Todos los procesos de aleatorización mencionados anteriormente fueron calculados por medio del programa SPSS 17 versión libre.<sup>41</sup>

#### 4.4 Selección de sujetos para estudio

##### 4.4.1 Criterios de inclusión

Estudiantes de la Carrera de Médico y Cirujano de la Universidad de San Carlos de Guatemala del primer y del sexto año, mayores de 18 años, inscritos en el ciclo 2016 que aceptaron participar en el estudio.

##### 4.4.2 Criterios de exclusión

Estudiantes que no se encontraban disponibles al momento de la entrevista, ya sea por causas de salud, o por razones curriculares que impidieron que pudiera responder a la entrevista adecuadamente.

Estudiantes de sexto año que se encontraban realizando el EPS rural.

Estudiantes de sexto año que se encontraban realizando el EPS hospitalario en un centro hospitalario regional.

#### 4.5 Medición de variables

Macro Variable	Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo de Variable	Escala de medición	Criterios de Clasificación
Características Sociodemográficas	Edad	Tiempo que un individuo ha vivido desde el momento de su nacimiento hasta el momento actual.	Edad en años anotado en el cuestionario	Cuantitativa Discreta	De razón	Edad en años
	Sexo	Condición orgánica masculina o femenina.	Auto percepción de la identidad sexual durante la entrevista.	Cualitativa Dicotómica	Nominal	Femenino Masculino
	Año académico	Es el período del año en que los estudiantes van a sus centros de enseñanzas.	Año académico actualmente cursado por el estudiante anotado en el cuestionario.	Cualitativa Discreta	Ordinal	Primer año Sexto año
	Religión	Conjunto de dogmas, normas y prácticas relativas a una divinidad.	Religión anotada en el cuestionario.	Cualitativa Politómica	Nominal	Católica Protestante Testigos de Jehová Mahometano ninguna
	Lugar de residencia	Ubicación actual de la vivienda.	Lugar de residencia anotado en el cuestionario	Cualitativa Dicotómica	Nominal	Urbano Rural
Trastornos del estado de ánimo	Episodio depresivo mayor	Sensación de humor deprimido o decaído la mayor parte del día, casi todos los días, acompañado de pérdida de interés en la mayoría de las cosas en las últimas dos semanas. Acompañado de pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso, disminución del apetito, insomnio o hipersomnia, agitación o retraso psicomotor, fatiga o pérdida de energía, sentimiento	5 o más "Si" codificados en las preguntas A1-A3 del cuestionario.	Cualitativa Dicotómica	Nominal	Si No

	de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada, disminución para concentrarse, pensamientos de muerte recurrentes y además dichos síntomas causan un malestar clínico significativo que no puede atribuirse a los efectos fisiológicos de una sustancia u otra afección médica.				
Trastorno distímico	Misma sintomatología que en el episodio depresivo mayor, pero con una duración de por lo menos dos años, en los cuales hubo bienestar no menos de dos meses.	Codificar "Si" en la pregunta B4 del cuestionario.	Cualitativa Dicotómica	Nominal	Si No
Episodio maníaco	Sensación de euforia y excesiva irritabilidad, acompañado de la sensación de que podía hacer cosas que los demás no, necesidad de dormir menos, hablar sin parar, tener fuga de ideas, distraerse con mucha facilidad, hiperactividad, práctica de actividades riesgosas y temerarias, dichos síntomas duraron al menos una semana, causaron problemas que escaparon de su control, en la casa, en el trabajo o que incluso tuvo la necesidad de requerir hospitalización por dichas causas.	Codificar "Si" en la pregunta C4 del cuestionario.	Cualitativa Dicotómica	Nominal	Si No
Episodio hipomaníaco	Misma sintomatología que el episodio maníaco, pero estos síntomas no escaparon de su control en ningún ámbito, ni requirieron hospitalización.	Codificar "No" en la pregunta C4 del cuestionario.	Cualitativa Dicotómica	Nominal	Si No

Trastornos de ansiedad	Trastorno de angustia	Padecer en más de una ocasión crisis o ataques en los cuales se sintió súbitamente ansioso, asustado, incómodo o inquieto, incluso en situaciones en la cual la mayoría de las personas no se sentirían así, esto ocurrió 2 o más ocasiones en el pasado mes.	Codificar "Si" en la pregunta D7 del cuestionario	Cualitativa Dicotómica	Nominal	Si No
	Agorafobia	Ansiedad de estar e lugares o situaciones donde podría tener una crisis o ataque de angustia, o situaciones donde no dispondría de ayuda o escapar pudiera resultar un tanto difícil, de modo que evita dichas situaciones, sufre en ellas o necesita estar acompañado para enfrentarlas.	Codificar "Si" en la pregunta E2 del cuestionario.	Cualitativa Dicotómica	Nominal	Si No
	Fobia social	Miedo o sensación de vergüenza de que lo estén observando, de ser el centro de atención o temor de ser humillado. Incluyendo el hablar en público, comer en público o con otros, el escribir mientras alguien le mira o el estar en situaciones sociales durante el último mes y que agregado a ello interfiere en su trabajo o en el desempeño de sus actividades sociales o es la causa de intensa molestia.	Codificar "Si" en la pregunta F4 del cuestionario.	Cualitativa Dicotómica	Nominal	Si No
	Trastorno obsesivo-compulsivo	Presencia de pensamientos recurrentes, impulsos o imágenes desagradables, no deseadas, inapropiadas, intrusas o angustiosas, acompañado además	Codificar "Si" en la pregunta G6 del cuestionario.	Cualitativa Dicotómica	Nominal	Si No

		de actos repetitivos, que escapan a la posibilidad de ser evitados, como lavar o limpiar en exceso, contar y verificar las cosas una y otra vez, presentes en el pasado mes y que agregado a ello interfieren de manera significativa con sus actividades cotidianas, con su trabajo, con sus relaciones sociales o le ocupan más de una hora diaria.				
	Trastorno de ansiedad generalizada	Trastorno consistente en ansiedad y preocupación excesiva, que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades	Codificar "Si" en 3 o más respuestas de H3.	Cualitativa Dicotómica	Nominal	Si No
Trastornos del espectro psicótico	Trastornos psicóticos	Se definen por anomalías en uno o más de los siguientes dominios: delirios, alucinaciones, pensamiento (discurso) desorganizado, comportamiento motor muy desorganizado o anómalo (incluida la catatonía) y síntomas negativos.	Codificar "Si EXTRAÑO" en una o más preguntas "b" o codificar "Si" en 2 o más preguntas "a" en la pregunta I11 del cuestionario.	Cualitativa Dicotómica	Nominal	Si No
Abuso y/o dependencia de sustancias psicoactivas	Dependencia de alcohol	Consumo de 3 o más bebidas alcohólicas en un periodo de 3 horas en tres o más ocasiones en los últimos 12 meses, en los cuales necesitó beber más para conseguir los mismos efectos que al inicio, sufre además temblores o agitación al reducir la cantidad de alcohol, acaba	Codificar "Si" en 3 o más respuestas de la pregunta J2 del cuestionario.	Cualitativa Dicotómica	Nominal	Si No

		<p>bebiendo más alcohol de lo planificado, fracasa al intentar dejar o reducir el alcohol, agregado a ello emplea mucho tiempo en beber y recuperarse de sus efectos, esto además afecta sus pasatiempos, trabajo y a pesar de todo ello sigue bebiendo a sabiendas que esto le causa problemas de salud, físicos o mentales.</p>				
Abuso de alcohol	de	<p>Referencia del entrevistado de haber estado intoxicado, embriagado, o con resaca en más de una ocasión, cuando tenía otras responsabilidades, en la escuela, el trabajo, o la casa, estado intoxicado en alguna situación en la que corría un riesgo físico, tener problemas legales por causa del alcohol, continuar bebiendo a pesar de saber que esto le ocasionaba problemas con su familia u otras personas</p>	Codificar "Si" en 1 o más respuestas de J3	Cualitativa Dicotómica	Nominal	Si No
Dependencia de sustancias psicoactivas no alcohólicas		<p>Necesidad de consumir más de la sustancia para conseguir los mismos efectos que al inicio, sufre además dolores, fiebre, náuseas, diarrea o agitación al reducir la cantidad de la sustancia, acaba consumiendo más de lo planificado, fracasa al intentar dejarla o reducirla, agregado a ello emplea mucho tiempo en consumir dicha sustancia y recuperarse de sus</p>	Codificar "Si" en 3 o más respuestas de K2	Cualitativa Dicotómica	Nominal	Si No

		efectos, esto además afecta sus pasatiempos, trabajo y a pesar de todo ello sigue consumiéndola a sabiendas que esto le causa problemas de salud, físicos o mentales.				
	Abuso de sustancias psicoactivas no alcohólicas	Referencia del entrevistado de haber estado intoxicado, o con resaca a causa de la sustancia en más de una ocasión, cuando tenía otras responsabilidades, en la escuela, el trabajo, o la casa, estado intoxicado en alguna situación en la que corría un riesgo físico, tener problemas legales por causa de ésta sustancia, continuar consumiéndola a pesar de saber que esto le ocasionaba problemas con su familia u otras personas	Codificar "Si" en 1 o más respuestas de K3.	Cualitativa Dicotómica	Nominal	Si No



## 4.6 Técnicas, procesos e instrumentos utilizados en la recolección de datos

### 4.6.1 Técnicas de recolección de datos

Entrevista por medio de instrumento basado en el test MINI 5.0 realizada a los estudiantes.

### 4.6.2 Procesos

Paso 1) Se solicitó autorización a autoridades del Centro Universitario Metropolitano para poder realizar este estudio con los estudiantes de primer y sexto año.

Paso 2) Así mismo, se solicitó autorización para poder realizar la entrevista en las instituciones hospitalarias (Hospital General San Juan de Dios, Hospital Roosevelt, Hospital General de Enfermedades) donde se encontraban aquellos estudiantes de sexto año que se encontraban realizando su Ejercicio Profesional Supervisado Hospitalario.

Paso 3) Se recibió una capacitación por parte del asesor del trabajo de tesis, en las instalaciones de la consulta externa de psiquiatría del -IGSS- de Pamplona para el correcto llenado del test.

Paso 4) Luego de ello, se solicitó un salón a autoridades de la Unidad de Apoyo y Desarrollo Estudiantil para poder realizar las entrevistas a los estudiantes de primer año en un ambiente confortable y con la privacidad adecuada. A su vez, se solicitó un espacio físico en cada hospital, con óptimas condiciones de iluminación y comodidad para realizar la entrevista a los estudiantes de sexto año.

Paso 5) Se procedió a obtener la muestra de acuerdo a como se detalló en la sección "Técnica de muestreo".

Paso 6) Se explicó a los sujetos que fueron seleccionados para el estudio los detalles del mismo, y a cada uno se le otorgó el consentimiento informado.

Paso 7) Contando con los sujetos de estudio que hayan ratificado su deseo de participar mediante el consentimiento informado, se procedió a citarlos a la clínica proporcionada por –UNADE- para realizar la entrevista.

Paso 8) Se otorgó al sujeto de estudio una boleta (ver anexo 7.3) la cual contiene los siguientes campos:

- Nombre del estudiante
- Fecha de la cita
- Hora acordada
- Lugar en que se realizó la entrevista “ Clínica proporcionada por -UNADE- “

El horario y la fecha en el cual se realizó la entrevista fue a conveniencia del sujeto de estudio, las mismas se realizaron de lunes a viernes, de 8:00 a 16:00 horas.

Paso 9) Cada sujeto de estudio que fue citado se anotó en un listado (ver anexo 7.4) de citas el cual fue de uso exclusivo del investigador.

Paso 10) Se procedió a realizar la entrevista a cada estudiante, citado previamente, dicha intervención tuvo un tiempo estipulado aproximado de 10-15 minutos.

Paso 11) Al tener resultados positivos para alguno de los trastornos tamizados por este estudio, se refirió mediante una boleta de referencia (ver anexo 7.5) a los estudiantes para evaluación por parte de -UNADE- .

#### 4.6.3 Instrumento de recolección de datos

Cuestionario basado en el instrumento Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI) versión 5.0. La MINI es una entrevista estructurada de breve duración que explora los principales trastornos psiquiátricos del Eje I del DSM-IV y la CIE-10, el cuestionario fue modificado por el investigador, con la finalidad de alcanzar los objetivos planteados en el presente estudio. Es importante indicar que para obtener un diagnóstico certero, los datos obtenidos mediante el presente cuestionario deben ser complementados con una evaluación clínica de un especialista en psiquiatría.

##### Serie 1

Datos sociodemográficos:

- Edad
- Año académico actual
- Religión
- Residencia

##### Serie II

Trastornos del estado de ánimo

- Episodio depresivo mayor (EDM)
- Trastorno distímico
- Episodio maniaco, episodio hipomaniaco

##### Serie III

Trastornos de ansiedad

- Trastorno de angustia
- Agorafobia
- Fobia social (*Trastorno de ansiedad social*)
- Trastorno obsesivo-compulsivo
- Trastorno de ansiedad generalizada

##### Serie IV

- Trastornos psicóticos

## Serie V

### Abuso y/o dependencia de sustancias psicoactivas

- Dependencia de alcohol, abuso de alcohol
- Dependencia de sustancias (no alcohol), abuso de sustancias (no alcohol)

Al comienzo de cada módulo (con excepción del módulo de los trastornos psicóticos), se presentan en un recuadro gris, una o varias preguntas “filtro” correspondientes a los criterios diagnósticos principales del trastorno.

Al final de cada módulo, una o varias casillas diagnósticas permiten al clínico indicar si se cumplen los criterios diagnósticos.

#### Convenios:

Las oraciones escritas en “letra normal” deben leerse “palabra por palabra” al paciente con el objetivo de regularizar la evaluación de los criterios diagnósticos.

Las oraciones escritas en “MAYÚSCULAS” no deben de leerse al paciente. Éstas son las instrucciones para asistir al entrevistador a calificar los algoritmos diagnósticos.

Las oraciones escritas en “**negrita**” indican el período de tiempo que se explora. El entrevistador debe leerlas tantas veces como sea necesario. Sólo aquellos síntomas que ocurrieron durante el período de tiempo explorado deben ser considerados al codificar las respuestas.

Respuestas con una flecha encima (→) indican que no se cumple uno de los criterios necesarios para el diagnóstico. En este caso el entrevistador debe pasar directamente al final del módulo, rodear con un círculo “**NO**” en todas las casillas diagnósticas y continuar con el siguiente módulo.

Cuando los términos están separados por una barra (/) el entrevistador debe leer sólo aquellos síntomas que presenta el paciente.

Frases entre paréntesis () son ejemplos clínicos de los síntomas evaluados. Pueden leerse para aclarar la pregunta.

*Instrucciones de anotación:*

Todas las preguntas deben ser codificadas. La anotación se hace a la derecha de la pregunta enmarcando SÍ o NO.

El clínico debe asegurarse de que cada dimensión de la pregunta ha sido tomada en cuenta por el paciente (p. ej., período de tiempo, frecuencia, severidad, alternativas y/o).

El instrumento original consta de 25 páginas, pero al ser modificado para responder a las preguntas de ésta investigación, se obtuvo un instrumento compuesto de 15 páginas.

*Puntaje:*

Los resultados se entienden únicamente como, "SI" o "NO", ya que son los únicos resultados arrojados por este instrumento, por lo que se facilita mucho la interpretación de los mismos, por ejemplo, en cada módulo se presenta una pregunta diagnóstica, la cual responde si el entrevistado tiene o no el trastorno evaluado.

- Si el paciente responde "Si" en 5 o más respuestas (A1-A3) se tendrá el resultado de Trastorno Depresivo actual.
- Si el paciente responde "Si" en la pregunta B4 se obtendrá el resultado de Trastorno Distímico actual.
- Si el paciente responde "No" a la pregunta C4 se obtendrá el resultado de Episodio Hipomaniaco, el cual puede ser actual o pasado según se especifique.
- Si el paciente responde "Si" a la pregunta C4 se obtendrá el resultado de Episodio Maníaco, el cual puede ser actual o pasado según se especifique.
- Si el paciente codifica "Si" en la pregunta D3 y en por lo menos 4 de D4, se obtendrá el resultado de Trastorno de Angustia de por vida.
- Si el paciente responde "No" en la pregunta D5, pero codifica "Si" en alguna respuesta de D4, se obtendrá el resultado de Crisis actual con síntomas limitados.
- Si el paciente codifica "Si" en la pregunta D7, se obtendrá el resultado de Trastorno de Angustia actual.
- Si el paciente responde "Si" en la pregunta E2, se obtendrá el resultado de Agorafobia actual.
- Si el paciente codifica "No" en la pregunta E2 y responde "Si" en la pregunta D7, se obtendrá el resultado de Trastorno de Angustia sin Agorafobia actual.

- Si el paciente codifica “Si” en la pregunta E2 y “Si” en la pregunta D7, se obtendrá el resultado de Trastorno de Angustia con Agorafobia actual.
- Si el paciente codifica “Si” en la pregunta E2 y “No” en la pregunta D5, se obtendrá el resultado de Agorafobia actual sin historial de Trastorno de Angustia.
- Si el paciente codifica “Si” en la pregunta F4, se obtendrá el resultado de Fobia Social actual.
- Si el paciente responde “Si” en la pregunta G6, se obtendrá el resultado de Trastorno Obsesivo-Compulsivo actual.
- Si el paciente responde “Si” en 3 o más preguntas de H3, se obtendrá el resultado de Trastorno de Ansiedad Generalizada actual.
- Si el paciente responde “Si EXTRAÑO” en una o más preguntas “b” o responde “Si” en 2 o más preguntas “b”, se obtendrá el resultado de Trastorno Psicótico actual.
- Si el paciente responde “Si Extraño” en 1 o más preguntas “a” o responde “Si” en 2 o más preguntas “a”, se obtendrá el resultado de Trastorno Psicótico de por vida.
- Si el paciente responde “Si” en 3 o más preguntas de J2, se obtendrá el resultado de Dependencia de Alcohol actual.
- Si el paciente codifica “Si” en 1 o más respuestas de J3, se obtendrá el resultado de Abuso de Alcohol actual.
- Si el paciente codifica “Si” en 3 o más respuestas de K2, se obtendrá el resultado de Dependencia de Sustancias actual, debe especificarse la droga que ha sido explorada.
- Si el paciente codifica “Si” en 1 o más respuestas de K3, se obtendrá el resultado de Abuso de Sustancias actual, debe especificarse la droga que ha sido explorada.

#### 4.7 Procesamiento y análisis de datos

Los datos recolectados por el test MINI fueron tabulados en forma electrónica a través del programa Excel 2013 hasta obtener la base de datos.

#### 4.7.1 Análisis de datos

Se realizaron medidas de tendencia central y se utilizó la desviación estándar como medida de dispersión. Se calcularon porcentajes frecuencias de presentación de las variables, ya que el instrumento nos arroja únicamente como respuestas “SI” y “NO”. Finalmente se presentaron dichos resultados por medio de tablas.

#### 4.7.2 Programas utilizados

Excel 2013, SPSS 17 versión libre.

### 4.8 Límites de la investigación

#### 4.8.1 Obstáculos

- Falta de interés por parte de los participantes.
- Poca disponibilidad de tiempo por parte de los estudiantes.

#### 4.8.2 Alcances

- La presente investigación propuso establecer datos específicos de prevalencia de los principales trastornos mentales en los estudiantes de medicina del primer y del sexto año de la Universidad de San Carlos de Guatemala.
- Este estudio abarcó a estudiantes de primer y de sexto año del EPS Hospitalario, esto se hizo con el fin de evaluar cómo se encuentra la salud mental del estudiante que ingresa a la facultad, y del que está próximo a egresar de la misma.
- Se refirió a evaluación por un especialista brindado por la Facultad de Ciencias Médicas a aquellos estudiantes que presentaron resultados positivos para alguno de los trastornos detectados por el instrumento diseñado para el estudio.
- Permitió identificar a estudiantes con rasgos sugestivos de trastornos mentales, y referirlos para evaluación por un especialista de -UNADE-

#### 4.9 Aspectos éticos de la investigación

**Autonomía:** Este estudio respetó la voluntad de los participantes, ya que por medio del consentimiento informado se solicitó su participación para realizar la entrevista, y aun cuando el estudiante aceptó participar, tuvo la opción de desistir luego de haber aceptado.

**Beneficencia:** Como beneficio principal se planificó detectar a una población estudiantil de la Carrera de Médico y Cirujano de la Universidad de San Carlos de Guatemala con problemas de salud mental que no sean perceptibles para ellos mismos; además el presente estudio permitió referir para evaluación por parte de un profesional de la psiquiatría a aquellos estudiantes que se encuentren afectados por alguno de los trastornos evaluados por el instrumento a utilizar, lo anterior se llevó a cabo exclusivamente bajo consentimiento del sujeto de estudio y bajo circunstancias que lo ameriten.

**No maleficencia:** Se respetó la privacidad y confidencialidad de cada participante, para garantizar este aspecto, al finalizar de extraer la información de los instrumentos se procedió a destruir los mismos, de modo que la información allí contenida no cayó en manos de personas ajenas a esta investigación.

**Justicia:** Todos los participantes de este estudio recibieron un trato justo y moralmente correcto, los estudiantes fueron seleccionados aleatoriamente, por lo que todos tuvieron las mismas probabilidades de participar.

**Conflicto de intereses:** El investigador declaró no tener ningún conflicto de intereses para la realización del presente estudio.

**Publicación de la investigación y difusión de resultados:** Se buscó que los resultados de la presente investigación sean publicados mediante la elaboración de un artículo científico.

**Categoría de riesgo I**





## 5. RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados de la investigación titulada: Prevalencia de trastornos mentales en estudiantes de primero y sexto año del EPS hospitalario de la carrera de Médico y Cirujano de la Universidad de San Carlos de Guatemala, realizada con una muestra de 292 estudiantes inscritos en el ciclo 2016, entrevistados entre los meses de agosto y septiembre del año 2016. Los resultados se presentan de la siguiente manera:

- Características sociodemográficas
- Prevalencia de trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad y trastorno psicótico
- Prevalencia de abuso y dependencia de sustancias psicoactivas

**Tabla 5.1**  
**Características sociodemográficas de los estudiantes de primero y sexto año de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala**

<b>Variables</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
<b>Edad</b>		
18 - 20	235	81
21 - 25	54	18
26 o mas	3	1
<i>Media: 19; Desviación estándar: 3.31</i>		
<b>Sexo</b>		
	<b>f</b>	<b>%</b>
Masculino	123	42
Femenino	169	58
<b>Año académico</b>		
	<b>f</b>	<b>%</b>
Primero	266	91
Sexto	26	9
<b>Religión</b>		
	<b>f</b>	<b>%</b>
Católica	141	48
Protestante	126	43
Testigo de Jehová	2	1
Mahometano	--	--
Ninguna	23	8
<b>Lugar de residencia</b>		
	<b>f</b>	<b>%</b>
Urbano	264	90
Rural	28	10
<b>n: 292</b>		

**Tabla 5.2**  
**Distribución de trastornos del estado de ánimo en los estudiantes de primero y sexto año de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala.**

<b>Trastorno</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Episodio depresivo	39	13.35
Trastorno distímico	8	2.73
Episodio maniaco	--	--
Episodio hipomaniaco	52	17.8
<b>n: 292</b>		

**Tabla 5.3**  
**Distribución de trastornos de ansiedad en los estudiantes de primero y sexto año de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala.**

<b>Trastorno</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Trastorno de angustia	59	20
Agorafobia	44	15
Fobia social	15	5.13
Trastorno obsesivo-compulsivo	4	1.36
Trastorno de ansiedad generalizada	74	25
<b>n: 292</b>		

- El trastorno psicótico se presentó en 7 (2.39%) individuos, de los cuales 5 fueron de sexo femenino y 2 masculinos

**Tabla 5.4**  
**Distribución según dependencia y abuso de sustancias psicoactivas en los estudiantes de primero y sexto año de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala.**

<b>Trastorno</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Dependencia de alcohol	12	4.10
Abuso de alcohol	19	6.5
Dependencia de sustancias no alcohólicas	1	0.34
Abuso de sustancias no alcohólicas	2	0.6
<b>n: 292</b>		

**Tabla 5.5.A**  
**Prevalencias de trastornos mentales en los estudiantes de primero y sexto año de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala.**

Trastorno	Fórmula	Datos	Prevalencia	IC 95%
<i>Trastornos del estado de ánimo</i>				
Episodio depresivo mayor	$P = \frac{\text{No. de estudiantes afectados}}{\text{Población total a estudio}} * 100$	$P = \frac{39}{292} * 100$	13.35	9-17
Trastorno distímico	$P = \frac{\text{No. de estudiantes afectados}}{\text{Población total a estudio}} * 100$	$P = \frac{8}{292} * 100$	2.73	1.19-5.3
Episodio hipomaniaco	$P = \frac{\text{No. de estudiantes afectados}}{\text{Población total a estudio}} * 100$	$P = \frac{52}{292} * 100$	17.8	13-22
<i>Trastornos de ansiedad</i>				
Trastorno de angustia	$P = \frac{\text{No. de estudiantes afectados}}{\text{Población total a estudio}} * 100$	$P = \frac{59}{292} * 100$	20	15-25
Agorafobia	$P = \frac{\text{No. de estudiantes afectados}}{\text{Población total a estudio}} * 100$	$P = \frac{44}{292} * 100$	15	11-19
Fobia social	$P = \frac{\text{No. de estudiantes afectados}}{\text{Población total a estudio}} * 100$	$P = \frac{15}{292} * 100$	5.13	2-8
Trastorno obsesivo-compulsivo	$P = \frac{\text{No. de estudiantes afectados}}{\text{Población total a estudio}} * 100$	$P = \frac{4}{292} * 100$	1.36	0.3-3
Trastorno de ansiedad generalizada	$P = \frac{\text{No. de estudiantes afectados}}{\text{Población total a estudio}} * 100$	$P = \frac{74}{292} * 100$	25	20-30
<i>Trastornos psicóticos</i>				
Trastornos psicóticos	$P = \frac{\text{No. de estudiantes afectados}}{\text{Población total a estudio}} * 100$	$P = \frac{7}{292} * 100$	2.39	1-4

**n:292**

**Tabla 5.5.B**  
**Prevalencias de dependencia y abuso de sustancias psicoactivas en los**  
**estudiantes de primero y sexto año de la Facultad de Ciencias Médicas de la**  
**Universidad de San Carlos de Guatemala.**

<i>Trastornos relacionados al abuso de sustancias psicoactivas</i>				
Dependencia de alcohol	$P = \frac{\text{No. de estudiantes afectados}}{\text{Población total a estudio}} * 100$	$P = \frac{12}{292} * 100$	4.10	2-7
Abuso de alcohol	$P = \frac{\text{No. de estudiantes afectados}}{\text{Población total a estudio}} * 100$	$P = \frac{19}{292} * 100$	6.5	3-9
Dependencia de sustancias no alcohólicas	$P = \frac{\text{No. de estudiantes afectados}}{\text{Población total a estudio}} * 100$	$P = \frac{1}{292} * 100$	0.34	0.008-1.8
Abuso de sustancias no alcohólicas	$P = \frac{\text{No. de estudiantes afectados}}{\text{Población total a estudio}} * 100$	$P = \frac{2}{292} * 100$	0.6	0.08-2

**n:292**

## 6. DISCUSIÓN

Los datos sociodemográficos obtenidos de los estudiantes señalan que ocho de cada diez perteneció al grupo de edad comprendido entre 18 y 20 años. Aproximadamente seis de cada diez fueron de sexo femenino, lo que es concordante con el índice de masculinidad a nivel nacional, el cual es de 96, lo que quiere decir que por cada 96 hombre, hay 100 mujeres.<sup>43</sup> En cuanto a la distribución por año académico, tal y como se estableció en la muestra, 266 estudiantes representaron al primer año, y 26 al sexto año. En relación a la distribución por religión, se observó que la católica fue la más comúnmente profesada.

Se evidenció que la gran mayoría de los estudiantes reside en el área urbana, la causa de esto podría ser que muchos de ellos inclusive siendo procedentes de regiones distantes del país, decidan mudarse al área metropolitana, ya que resulta más conveniente habitar cerca de donde realizan sus actividades curriculares, y así evitar todas las inconveniencias que conlleva vivir geográficamente lejos.

En relación al episodio depresivo mayor, se observó un porcentaje menor en relación al detectado por un estudio llevado a cabo el 2015 en estudiantes de medicina de la Universidad Nacional de Asunción, en el estudio citado se determinó que prácticamente una cuarta parte de los estudiantes presentaron episodio depresivo mayor.<sup>8</sup> Esto podría indicar que los estudiantes de la Universidad de San Carlos están sometidos a una menor cantidad de factores de riesgo, entre ellos el síndrome de burnout, lo cual los predispone a padecer, entre algunas cosas, a episodios depresivos<sup>36</sup>. La prevalencia de episodio depresivo fue casi del doble para el sexo femenino que para el masculino. Se sabe por estudios realizados a nivel nacional, que las mujeres se ven más afectadas por trastornos del estado de ánimo<sup>4</sup>.

Respecto al trastorno distímico, se determinó que tres de cada cien estudiantes lo presentó, cifra mayor a la reportada por Cobar M, et. al. en la Encuesta Nacional de Salud Mental realizada en los meses de mayo-julio 2009, Guatemala<sup>3</sup>, específicamente en el grupo de edad de 18-20 años, justo el grupo de edad mayoritario en el presente estudio, dejando en evidencia la mayor prevalencia de trastornos del estado de ánimo en los

estudiantes de medicina. Se apreció a su vez que, el sexo femenino fue nuevamente afectado en una mayor proporción.

No se presentó ningún caso de episodio maniaco, por el contrario, si se detectaron estudiantes con rasgos sugestivos de episodio hipomaniaco, evidenciando una frecuencia cercana a la obtenida en el estudio realizado en la Universidad Nacional de Asunción.<sup>8</sup> Se aprecian porcentajes similares entre estudiantes de medicina, ya que se sabe que tal población es especialmente susceptible a trastornos del estado de ánimo.<sup>26</sup> Se determinó que ambos sexos presentaron la misma proporción de éste trastorno.

En cuanto a los trastornos de ansiedad, se observó que una quinta parte de los estudiantes padece trastorno de angustia, siendo ésta cifra mayor a la encontrada por parte de un estudio realizado a nivel metropolitano por la Universidad Francisco Marroquín en el año 2011.<sup>4</sup> En este punto queda clara la diferencia entre población general y estudiantes de medicina, dejando en evidencia, una vez más, la alta predisposición a presentar problemas de salud mental por parte de la población estudiantil, tales como los de ansiedad <sup>25, 26</sup>. Agregado a ello, se observó que la prevalencia de éste trastorno en las mujeres es más del doble comparada con la cifra encontrada en los varores, lo que podría señalar que las mujeres son más afectadas por la ansiedad.

La agorafobia fue otro trastorno de ansiedad investigado, encontrándose una cifra prácticamente igual a la hallada en otras poblaciones de estudiantes de medicina <sup>8</sup>, lo que refleja un considerable nivel de ansiedad en ésta población en específico, sin embargo, puede aún englobarse como un nivel de ansiedad esperado dentro de la población en general <sup>3,4</sup>. Cabe señalar que el sexo femenino se vió afectado dos veces más por este trastorno que los hombres.

Se encontró un porcentaje de fobia social muy similar a la detectado por parte de la Encuesta de Salud Mental São Paulo Megacity, el cual es el componente brasileño de la Encuesta Mundial de Salud Mental.<sup>14</sup> Lo que podría indicar que éste trastorno podría estar igualmente presente en población general y estudiantes de medicina. Ambos sexos fueron afectados casi en la misma proporción por este trastorno.

Respecto al trastorno obsesivo-compulsivo, es notorio encontrar que sólo uno de cada cien estudiantes de la población estudiada presenta el mencionado trastorno. En el estudio realizado por Paiz L.<sup>4</sup> se señaló que la prevalencia de trastorno obsesivo-compulsivo incrementa en la población guatemalteca de los 18 a los 29 años, por lo que sería esperable que la cifra encontrada vaya en aumento con el tiempo en los sujetos de muestra. El sexo femenino fue afectado dos veces más que el sexo masculino por éste trastorno.

Se evidenció además que una cuarta parte de los entrevistados presentaron trastorno de ansiedad generalizada, debe señalarse que tal dato es concordante con lo encontrado en un estudio realizado en el año 2006 en Lima, Perú, llevado a cabo con alumnos del tercer año de la facultad de medicina de una universidad privada usando también la Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI), en este estudio, el principal trastorno hallado fue justamente el de ansiedad generalizada.<sup>5</sup> Lo que nuevamente nos indica que las poblaciones de estudiantes de medicina están fuertemente sometidas a niveles elevados de ansiedad. La prevalencia de ansiedad generalizada en las mujeres duplica a la cifra encontrada en los hombres, lo que indica de nueva cuenta, que el sexo femenino se encuentra más susceptible a éste grupo de trastornos.

En relación a los trastornos psicóticos, se observó que dos de cada cien estudiantes los padecen, lo cual es un porcentaje muy similar al encontrado en la Encuesta Nacional de Salud Mental realizada por la Universidad de San Carlos de Guatemala en el año 2009.<sup>3</sup> Si bien esta patología se ve afectada por el estrés psicosocial como todas las anteriormente mencionadas, tiene además un fuerte carácter biológico-hereditario, por lo que es predecible que la prevalencia de este trastorno fuera muy parecida a la de la población general.<sup>18</sup> El porcentaje de mujeres afectadas por los trastornos psicóticos fue más del doble comparado con el hallado en los varones, aunque se trate de una cifra pequeña, es una patología con consecuencias funcionales muy importantes<sup>9</sup>.

En cuanto a los trastornos por sustancias psicoactivas, se obtuvo una frecuencia de dependencia y abuso de alcohol casi idénticas a las encontradas en la población general a nivel regional<sup>2</sup>, lo que indica que la muestra estudiada no se encuentra más predispuesta a problemas por alcohol que la población general. Los hombres presentaron una dependencia al alcohol tres veces mayor que las mujeres, así como más prevalente en los



estudiantes de sexto año que en los de primero, el abuso de alcohol se encontró en casi la misma proporción en ambos sexos. (Ver anexo 7.6 y 7.7)

Finalmente se determinó que la prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas no alcohólicas es prácticamente nula, los hombres presentaron los únicos casos detectados, lo que indica que son ellos quienes se ven más afectados por éstas sustancias.

Luego de la realización de ésta investigación, deben mencionarse como fortalezas la entusiasta participación de los estudiantes, que fueron colaboradores y abiertos en todo momento, así mismo es preciso resaltar el apoyo brindado por parte de la Unidad de Apoyo y Desarrollo Estudiantil -UNADE-, quienes ayudaron a que gran parte de los estudiantes entrevistados tuviera un lugar óptimo para responder las preguntas dentro de las instalaciones del Centro Universitario Metropolitano. Otro punto fuerte de ésta investigación fue la aprobación por parte del Comité de Bioética de la Facultad de Ciencias Médicas.

Entre las debilidades de este estudio cabe mencionar la exclusión de los estudiantes del EPS rural, ya que por cuestiones geográficas se decidió no tomarlos en cuenta para esta investigación.

Es importante resaltar el hecho de que los datos presentados en esta investigación son de un diagnóstico sugestivo, ya que para realizar un diagnóstico específico, se requiere de complementar los datos encontrados mediante el test MINI 5.0, con la evaluación clínica por parte de un experto en el ámbito psiquiátrico.

## 7. CONCLUSIONES

1. De las características sociodemográficas: seis de cada diez estudiantes pertenecen al sexo femenino, cuatro de cada cinco al primer año de medicina, casi la mitad de ellos son católicos y nueve de cada diez son residentes del sector urbano.
2. En relación a los diagnósticos sugestivos de trastornos mentales encontrados: El episodio hipomaniaco es el trastorno del estado de ánimo más prevalente, presentándose en una quinta parte de los entrevistados; en cuanto a los trastornos de ansiedad se encontró que el de ansiedad generalizada se encuentra en uno de cada cuatro estudiantes, mientras que los trastornos psicóticos se presentan en dos de cada cien.
3. Se determinó así mismo que uno de cada cinco estudiantes presenta dependencia o abuso de alcohol, mientras que los problemas relacionados a sustancias psicoactivas no alcohólicas se evidencia que afectan a menos del uno por ciento de los entrevistados.



## **8. RECOMENDACIONES**

### **8.1 A los Hospitales Roosevelt, General San Juan de Dios, General de Enfermedades (I.G.S.S)**

Tomar en cuenta la carga académica y laboral que llevan los estudiantes que rotan por las especialidades de sus hospitales, ya que como se menciona con anterioridad, los estudiantes están sometidos a un estrés elevado, esto dado en parte debido a las largas jornadas de trabajo, poco tiempo de receso y de alimentación que continuamente acaecen durante los turnos, todo lo cual predispone al estudiante justamente a padecer de varios trastornos mentales, en comparación con la población general.

### **8.2 A la Facultad de Ciencias Médicas, -UNADE-, Universidad de San Carlos de Guatemala.**

Darle seguimiento a los estudiantes identificados con hallazgos sugestivos de trastornos mentales mediante evaluaciones clínicas periódicas, con la finalidad de descartar alguno de éstos padecimientos o confirmarlo de forma definitiva y, si éste fuera el caso, iniciar con el tratamiento de forma oportuna y temprana.

### **8.3 Coordinación de Trabajos de Graduación, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de San Carlos de Guatemala.**

Promover dentro de la comunidad estudiantil la realización de estudios que tengan como objetivo comparar la salud mental de los estudiantes realizando evaluaciones al inicio, durante el transcurso y al finalizar la Carrera de Médico y Cirujano, mediante diseños de investigación que lo permitan (analíticos observacionales), con la finalidad de identificar factores de riesgo asociados al desarrollo de éste tipo de trastornos.



## 9. APORTES

Este estudio proporciona por primera vez prevalencias específicas de varios trastornos mentales, específicamente en los estudiantes de primer y de sexto año, por lo que brinda un panorama claro acerca de la salud mental del estudiante al ingresar y al estar próximo a egresar de la facultad, por lo que resulta muy práctico apreciar en que proporción varían las prevalencias de los trastornos encontrados conforme el estudiante se va adentrando en la carrera.

Además se persigue la idea de crear conciencia en el mismo gremio médico, ya que este estudio indica que los trastornos mentales en poblaciones universitarias más que real es evidente, por lo que es necesario aumentar y reforzar las medidas de detección y apoyo de estos trastornos, porque muchos de ellos desembocan en problemas graves que podrían afectarlos tanto en el ámbito laboral, social y personal. Los resultados de este estudio así mismo podrían utilizarse para otros estudios futuros, ya sea por parte de la Universidad de San Carlos o por las instituciones hospitalarias. Se espera además que se siga promoviendo la salud mental, tanto desde que el estudiante ingresa a la facultad, como desde el momento en que este egresa de la misma.



## 10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Organización Mundial de la Salud. Carga mundial de trastornos mentales y necesidad de que el sector de la salud y el sector social respondan de modo integral y coordinado a escala de país [en línea]. Ginebra: OMS; 2011. [consultado 16 Feb 2016]. Disponible en: [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/EB130/B130\\_R8-sp.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB130/B130_R8-sp.pdf).
- 2) Kohn R, Levav I, Caldas J, Vicente B, Andrade L, Caraveo-Anduaga JJ et al. Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. Rev Panam Salud Pública [en línea]. 2005. [consultado 18 Feb 2016]; 18(4/5):229–240. Disponible en: [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1020-49892005000900002](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892005000900002).
- 3) Cobar M, De la Roca M, Dávila K, Chávez M, Díaz C, Gómez N, et. al. Encuesta nacional de salud mental: Descripción epidemiológica de trastornos de salud mental en hombres y mujeres de 18 a 65 años de edad realizada en la República de Guatemala mayo-julio 2009 [tesis Médico y Cirujano en línea]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; 2009. [consultado 20 Feb 2016]. Disponible en: <http://bibliomed.usac.edu.gt/tesis/pre/2009/015.pdf>.
- 4) Paiz L, Melville S, Sánchez M, Donado D, Pereira M. Estudio epidemiológico de trastornos mentales, región metropolitana, Guatemala, 2011. [en línea]. Guatemala: UFM; 2014. [consultado 17 Feb 2016]. Disponible en: <http://newmedia.ufm.edu/gsm/index.php/Estudioepidemiologico2011>.
- 5) León F, Chang D, Chichón J, Piedra M. Tamizaje de salud mental mediante el test MINI en estudiantes de Medicina. An Fac Med (Perú) [en línea]. 2012 [consultado 25 feb 2016]; 73(3):191-5 Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-55832012000300003](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832012000300003).
- 6) Bohórquez A. Prevalencia de depresión y de ansiedad según las escalas de Zung y evaluación de la asociación con el desempeño en los estudiantes de medicina de la Pontificia Universidad Javeriana. [tesis de Maestría en línea]. Perú: Pontificia Universidad Javeriana, Facultad de Medicina; 2007. [consultado 26 Feb 2016]. Disponible en: <http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/medicina/tesis37.pdf>
- 7) Organización Mundial de la Salud. Informe sobre el sistema de salud mental en Guatemala. [en línea]. Ginebra: OMS; 2011. [consultado 27 Feb 2016]. Disponible en: [http://www.who.int/mental\\_health/who\\_aims\\_country\\_reports/guatemala\\_who\\_aims\\_report\\_spanish.pdf](http://www.who.int/mental_health/who_aims_country_reports/guatemala_who_aims_report_spanish.pdf).



- 8) Barrios I, Miltos V, Piris A, Piris G, Ramírez C, Rodríguez J, et. al. Tamizaje de salud mental mediante el test M.I.N.I. en estudiantes del ciclo básico de medicina de la Universidad Nacional de Asunción. *An Fac Med.* [en línea]. 2012 [consultado 5 Mar 2016]; 48(1):59-67. Disponible en: [http://scielo.iics.una.py/scielo.php?pid=S1816-89492015000100006&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://scielo.iics.una.py/scielo.php?pid=S1816-89492015000100006&script=sci_arttext&tlng=en).
- 9) American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 5 ed. Arlington, VA : Editorial Panamericana; 2014.
- 10) Asociación Española de Psiquiatría. Manual del residente en psiquiatría. Madrid: ENE; 2009.
- 11) World Health Organization. International statistical classification of diseases and related health problems. [en línea]. 10 ed. Geneva: WHO; 2007. [consultado 8 Mar 2016] Disponible en: <http://www.who.int/classifications/icd/en/>.
- 12) American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. [en línea] 4 ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994. [consultado 11 Mar 2016] Disponible en: <http://www.psicocode.com/resumenes/DSMIV.pdf>.
- 13) Wing JH, Nixon J, Mann SA, Leff JP. Reliability of the PSE (ninth edition) used in a population survey. *Psy Med* [en línea]. 1977 [consultado 11 Mar 2016]; 7: 505–516. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/905467>.
- 14) Viana MC, Teixeira MG, Beraldi F, Bassani Ide S, Andrade LH. São Paulo Megacity Mental Health Survey. A population-based epidemiological study of psychiatric morbidity in the São Paulo metropolitan area: aims, design and field implementation. *Rev Bras Psi* [en línea]. 2009 [consultado 17 Mar 2016]; 31(4): 375-86. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20098829>.
- 15) Posada-Villa J, Aguilar-Gaxiola S, Magaña C, Gómez L. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados preliminares del estudio nacional de salud mental. Colombia, 2003. *Rev Col Psi* [en línea]. 2004 [consultado 20 Mar 2016]; 33(3):241–61. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74502004000300002](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502004000300002).
- 16) Medina-Mora ME, Borges G, Lara C, Benjet C, Blanco J, Fleiz C et al. Prevalence, service use and demographic correlates of 12-month DSM-IV psychiatric disorders in Mexico: results from the Mexican National Comorbidity Survey, 2003. *Psychol Med* [en línea]. 2005 [consultado 22 Mar 2016] ; 35(12): 1773-83. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16300691>.
- 17) Medina-Mora ME, Borges G, Benjet C, Lara C, Berglund P. Psychiatric disorders in Mexico: Lifetime prevalence in a nationally representative sample. *Br J Psych* [en línea]. 2007 [consultado 22 Mar 2016]; 190 (6): 521-528. Disponible en: <http://bjp.rcpsych.org/content/190/6/521>.

- 18) Sadock B, Sadock V. Kaplan y Sadock. Sinopsis de psiquiatría. 10 ed. Virginia: Wolters Kluwer; 2007. Disponible en: <http://medicinaenpdfec.blogspot.com/2014/10/sinopsis-de-psiquiatria-de-kaplan-10-ed.html>.
- 19) American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 4 ed. Washington, D.C: Masson; 1994. Disponible en: <http://www.psicocode.com/resumenes/DSMIV.pdf>.
- 20) Amorim P, Lecrubier Y, Weiller E, Hergueta T, Sheehan D. DSM-III-R psychotic disorders: procedural validity of the MINI International Neuropsychiatric Interview (MINI). Concordance and causes for discordance with the CIDI. J Clin Psychiatry [en línea]. 1998 [consultado 28 Mar 2016]; 13(1): 26-34. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19698595>.
- 21) Dahlin M, Joneborg N, Runeson B. Stress and depression among medical students: a cross-sectional study. Med Educ [en línea]. 2005 [consultado 28 Mar 2016]; 39(6):594-604. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15910436>.
- 22) Celis J, Bustamante M, Cabrera D, Cabrera M, Alarcón W, Monge E. Ansiedad y estrés académico en estudiantes de medicina humana del primer y sexto año. An Fac Med [en línea]. 2001 [consultado 29 Mar 2016]; (62):1:25-30. Disponible en: <http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/anales/article/view/4143>.
- 23) Stewart SM, Betson C, Lam TH, Marshal IB, Lee PW, Wong CM. Predicting stress in first year medical students: a longitudinal study. Med Educ [en línea]. 1997 [consultado 29 Mar 2016]; 31(3): 163-8. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9231132>.
- 24) Goebert D, Thompson D, Takeshita J, Beach C, Bryson P, Ephgrave K. Depressive symptoms in medical students and residents: a multi-school study. Acad Med [en línea]. 2009 [consultado 29 Mar 2016]; 84(2):236-41. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19174678>.
- 25) Levey R. Sources of stress for residents and recommendations for programs to assist them. Acad Med [en línea]. 2001 [consultado 29 Mar 2016]; 76(2):142-50. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11158832>.
- 26) Rosal MC, Ockene IS, Ockene JK. A longitudinal study of students depression at one medical school. Acad Med [en línea]. 1997 [consultado 29 Mar 2016]; 72(6):542-6. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9200590>.
- 27) Martínez AD, Mendoza MR, Gómez C. Mental health in a sample of first year university students. A descriptive study of Mexican population. New Trends in Experimental and Clinical Psychiatry [en línea]. 1996 [consultado 30 Mar 2016]; 12(4):231-41. Disponible en: [http://www.upress.umn.edu/test-division/bibliography/1990-1999/1996/martinez\\_mental\\_1996](http://www.upress.umn.edu/test-division/bibliography/1990-1999/1996/martinez_mental_1996).

- 28) Fouilloux C. La salud mental del estudiante de Medicina de la UNAM. [tesis de Maestría en Psiquiatría en línea]. México: Universidad Autónoma de México, Facultad de Medicina, Departamento de Psiquiatría y Salud Mental; 2002. [consultado 20 Feb 2016]. Disponible en: <http://132.248.9.195/ppt2002/0302454/Index.html>.
- 29) Guerrero J, Heinze G, Ortiz S, Cortés J, Barragán V, Flores M. Factores que predicen depresión en estudiantes de medicina. *Gac Med Mex* [en línea]. 2013 [consultado 17 Feb 2016]; 149(1): 598-604 Disponible en: [http://www.anmm.org.mx/GMM/2013/n6/GMM\\_149\\_2013\\_6\\_598-604.pdf](http://www.anmm.org.mx/GMM/2013/n6/GMM_149_2013_6_598-604.pdf).
- 30) Graue E, Alvarez R, Sánchez M. El síndrome de Burnout. La despersonalización, el agotamiento emocional y la insatisfacción en el trabajo como problemas en el ejercicio de la medicina y el desarrollo profesional. [en línea]. México: UNAM; 2007. [consultado 20 Feb 2016]. Disponible en: [http://www.facmed.unam.mx/sms/seam2k1/2007/jun\\_01\\_ponencia.html](http://www.facmed.unam.mx/sms/seam2k1/2007/jun_01_ponencia.html).
- 31) Freudenberger HJ. The staff burnout syndrome in alternative institutions. *Psychother Theory Res Pract* [en línea]. 1975 [consultado 30 Mar 2016]; 12(1):72-83. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/232481446\\_The\\_Staff\\_Burn-out\\_Syndrome\\_in\\_Alternative\\_Institutions](https://www.researchgate.net/publication/232481446_The_Staff_Burn-out_Syndrome_in_Alternative_Institutions).
- 32) Bakker AB, Schaufeli WB, Demerouti E, Janssen PMP, Van der Hulst R, Brouwer J. Using equity theory to examine the difference between burnout and depression. *Anxiety Stress Coping* [en línea]. 2000 [consultado 30 Mar 2016]; 13(1):247-68. Disponible en: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/10615800008549265>.
- 33) Maslach C, Schaufeli W, Leiter M P. Job Burnout. *Annu Rev Psychol* [en línea]. 2001 [consultado 2 Abr 2016]; 52:397-422. Disponible en: <http://www.annualreviews.org/doi/abs/10.1146/annurev.psych.52.1.397>.
- 34) Rosalind C, Robert T, Karen C. A closer look at the measurement of burnout. *J Appl Behavioral Res* [en línea]. 1999 [consultado 2 Abr 2016]; 4(2):65-78. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1751-9861.1999.tb00055.x/abstract>.
- 35) Lee RT, Ashforth BE. A meta-analytic examination of the correlates of the three dimensions of job burnout. *J Appl Psychol* [en línea]. 1996 [consultado 2 Abr 2016]; 81(2):123-33. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8603909>.
- 36) Gil-Monte P R, Peiró J M. Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo. *Anales de Psicología* [en línea]. 1999 [consultado 3 Abr 2016]; 15(2): 261-268. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16715210>.
- 37) Estela L, Jiménez C, Landeo J, Tomateo J, Vega J. Prevalencia de síndrome de burnout en alumnos de séptimo año de medicina de una universidad privada de Lima. *Rev Neu Psi* [en línea]. 2010 [consultado 30 Feb 2016]; 73(4):10. Disponible en: <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RNP/article/view/1700>.

- 38) Rodas P, Santa Cruz G, Vargas H . Frecuencia de trastornos mentales en alumnos del tercer año de la Facultad de Medicina de una universidad privada de Lima. Rev Med Her [en línea]. 2006 [consultado 4 Mar 2016.]; 20(2):7. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1018130X2009000200004&script=sci\\_arttext&lng=pt](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1018130X2009000200004&script=sci_arttext&lng=pt).
- 39) De León E, García C, de la Roca L, de León J, Barrera A, Ramírez D. Guía para la elaboración del protocolo de investigación. [en línea]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; 2015. [consultado 10 Sep 2016] Disponible en: <http://medicina.usac.edu.gt/repositorio/data/public/de3b2e.php>.
- 40) Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas, Coordinación de Trabajos de Graduación. Guía de formato y estilo. [en línea] Guatemala: USAC. FCCMM; 2015. [consultado 11 Sep 2016]. Disponible en: <http://medicina.usac.edu.gt/repositorio/data/public/de3b2e.php>.
- 41) Argimon Pallás JM, Jiménez Villa J. Métodos de investigación clínica y epidemiológica. [en línea]. 4 ed. Barcelona, España: Elsevier; 2013. [consultado 12 Sep 2016]. Disponible en: <https://es.scribd.com/doc/257642707/Metodos-de-Investigacion-Clinica-y-Epidemiologica-4-Ed>.
- 42) Guatemala. Instituto Nacional de Estadística. Caracterización de la República de Guatemala. [en línea]. Guatemala: INE; 2014. [consultado 11 Sep 2016]. Disponible en: <https://www.ine.gob.gt/sistema/uploads/2014/02/26/L5pNHMXzxy5FFWmk9NHCrK9x7E5Qqvvy.pdf>.







## 11. ANEXOS



### 7.1 Consentimiento informado

Soy un estudiante del séptimo año de la Carrera de Médico y Cirujano de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala. Estoy investigando acerca de los trastornos mentales en estudiantes de medicina. Éstos son padecimientos frecuentes en nuestro país, se reporta que 1 de cada 4 guatemaltecos padece al menos uno de ellos, para ser más específicos, se ha encontrado que dichos trastornos son incluso más frecuentes en poblaciones universitarias, principalmente en estudiantes de medicina<sup>3,6</sup>. No tiene que decidir hoy si quiere participar. Antes de decidirse, puede hablar con alguien con quien se sienta cómodo sobre la investigación. Por favor, si en algún momento tiene una duda, deténgame para explicarle.

Un trastorno mental es un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento del individuo, que refleja una anormalidad de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo del funcionamiento mental .

Estoy seleccionando al azar a estudiantes de primer y de sexto año del “EPS Hospitalario” de la Carrera de Médico y Cirujano de la Universidad de San Carlos de Guatemala para la detección de trastornos psiquiátricos y así prevenir problemas de salud mental posteriores, el beneficio de este estudio consiste en que se enviará a una evaluación por parte de un especialista a los estudiantes que evidencien resultados positivos para alguno de éstos trastornos, lo anterior se realizará exclusivamente si el estudiante así lo desea .

Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Usted puede cambiar de idea más tarde y dejar de participar aun cuando haya aceptado antes. Sus datos serán manejados con total privacidad y confidencialidad, ya que al finalizar de utilizar los datos obtenidos en esta entrevista se destruirá el instrumento utilizado, de modo que dicha información no caiga en manos de personas ajenas a esta investigación.

Usted será citado para atender la entrevista en un horario entre las 8:00 am y las 4:00 pm acorde a su comodidad, se le indicará en que lugar se realizará el estudio.

El procedimiento a realizar será el siguiente:

Se iniciará la entrevista según está establecido por el cuestionario seleccionado para éste estudio, el mismo tiene una duración aproximada de 10 a 20 minutos. La entrevista a realizar es más estructurada de lo usual, se harán preguntas precisas sobre problemas psicológicos y las cuales requieren unas respuestas de sí o no.

Ésta entrevista está dividida en módulos identificados por letras, cada uno corresponde a una categoría diagnóstica.

### **Módulos**

- A) EPISODIO DEPRESIVO MAYOR (EDM)
- B) TRASTORNO DISTÍMICO
- C) EPISODIO MANÍACO, EPISODIO HIPOMANÍACO
- D) TRASTORNO DE ANGUSTIA
- E) AGORAFOBIA
- F) FOBIA SOCIAL (Trastorno de ansiedad social)
- G) TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO
- H) TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA
- I) TRASTORNOS PSICÓTICOS
- J) DEPENDENCIA DE ALCOHOL, ABUSO DE ALCOHOL
- K) DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS (no alcohol), ABUSO DE SUSTANCIAS (no alcohol)

Al comienzo de cada módulo (con excepción del módulo de los trastornos psicóticos), se presentan en un recuadro gris, una o varias preguntas “filtro” correspondientes a los criterios diagnósticos principales del trastorno.

Al final de cada módulo, una o varias casillas diagnósticas permiten al clínico indicar si se cumplen los criterios diagnósticos.

Yo: \_\_\_\_\_ de: \_\_\_\_\_ años de edad, pertenezco al: \_\_\_\_\_ año de la Facultad de Ciencias Médicas, he sido invitado(a) a participar en el estudio “Prevalencia de trastornos mentales en estudiantes de la Carrera de Médico y Cirujano de primer y de sexto año”. Entiendo que se me realizará una entrevista de aproximadamente 20 minutos en una sola oportunidad y acepto participar.

---

Firma del participante



## 7.2 BOLETA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

### Instrumento basado en el test MINI MINI ENTREVISTA NEUROPSIQUIÁTRICA INTERNACIONAL Versión en Español 5.0.0



**Instrucciones:** Las oraciones escritas en «letra normal» deben leerse «palabra por palabra» al paciente con el objetivo de regularizar la evaluación de los criterios diagnósticos.

Las oraciones escritas en «MAYÚSCULAS» no deben de leerse al paciente. Éstas son las instrucciones para asistir al entrevistador a calificar los algoritmos diagnósticos.

Las oraciones escritas en «**negrita**» indican el período de tiempo que se explora. Sólo aquellos síntomas que ocurrieron durante el período de tiempo explorado deben ser considerados al codificar las respuestas.

Respuestas con una flecha encima (→) indican que no se cumple uno de los criterios necesarios para el diagnóstico. En este caso el entrevistador debe pasar directamente al final del módulo, rodear con un círculo «**NO**» en todas las casillas diagnósticas y continuar con el siguiente módulo.

#### Serie I. Características sociodemográficas

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Año académico actual: \_\_\_\_\_  
Religión: \_\_\_\_\_ Lugar de residencia: \_\_\_\_\_

Módulos	Período explorado los criterios	Cumple	DSM-IV	CIE-10
A) EPISODIO DEPRESIVO MAYOR (EDM)	Actual (2 semanas)	—	299.20-296.26 episodio único	F32.x
	Recidivante	—	296.30-296.36 recidivante	F33.x
B) TRASTORNO DISTÍMICO	Actual (últimos 2 años)	—		
C) EPISODIO MANÍACO	Actual	—	296.00-296.06	F30.x-F31.9
	Pasado	—		
EPISODIO HIPOMANÍACO	Actual	—	296.80-296.89	F31.8-F31.9/F34.0
	Pasado	—	300.01/300.21	F40.01-F41.0
D) TRASTORNO DE ANGUSTIA	Actual (último mes)	—		
	De por vida	—	300.22	F40.00
E) AGORAFOBIA	Actual	—		
F) FOBIA SOCIAL ( <i>Trastorno de ansiedad social</i> )	Actual (último mes)	—	300.23	F40.1
G) TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO	Actual (último mes)	—	300.3	F42.8
H) TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	Actual (últimos 6 meses)	—	300.02	F41.1
I) TRASTORNOS PSICÓTICOS	De por vida	—	295.10-295.90/297.1	F20.xx-F29
	Actual	—	297.3/293.81/293.82 293.89/298.8/298.9	
J) DEPENDENCIA DE ALCOHOL	Últimos 12 meses	—	303.9	F10.2x
ABUSO DE ALCOHOL	Últimos 12 meses	—	305.00	F10.1
K) DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS (no alcohol)	Últimos 12 meses	—	304.00-.90/305.20-.90	F11.1-F19.1
ABUSO DE SUSTANCIAS (no alcohol)	Últimos 12 meses	—	304.00-.90/305.20-.90	F11.1-F19.1



## Serie II. Trastornos del estado de ánimo

### A. Episodio depresivo mayor

(→ SIGNIFICA: IRA LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

A1 ¿En las últimas 2 semanas, se ha sentido deprimido o decaído la mayor parte del día, casi todos los días? NO SÍ 1

A2 ¿En las últimas 2 semanas, ha perdido el interés en la mayoría de las cosas o ha disfrutado menos de las cosas que usualmente le agradaban? NO SÍ 2

¿CODIFICÓ SÍ EN A1 O EN A2? → NO SÍ

A3 **En las últimas 2 semanas, cuando se sentía deprimido o sin interés en las cosas:**  
a ¿Disminuyó o aumentó su apetito casi todos los días? ¿Perdió o ganó peso sin intentarlo (p. ej., variaciones en el último mes de  $\pm 5\%$  de su peso corporal o  $\pm 8$  libras o  $\pm 3,5$  kg, para una persona de 160 libras/70 kg)? NO SÍ 3  
CODIFICAR sí, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA

b ¿Tenía dificultad para dormir casi todas las noches (dificultad para quedarse dormido, se despertaba a media noche, se despertaba temprano en la mañana o dormía excesivamente)? NO SÍ 4

c ¿Casi todos los días, hablaba o se movía usted más lento de lo usual, o estaba inquieto o tenía dificultades para permanecer tranquilo? NO SÍ 5

d ¿Casi todos los días, se sentía la mayor parte del tiempo fatigado o sin energía? NO SÍ 6

e ¿Casi todos los días, se sentía culpable o inútil? NO SÍ 7

f ¿Casi todos los días, tenía dificultad para concentrarse o tomar decisiones? NO SÍ 8

g ¿En varias ocasiones, deseó hacerse daño, se sintió suicida, o deseó estar muerto? NO SÍ 9

¿CODIFICÓ SÍ EN 5 O MÁS RESPUESTAS (A1-A3)? NO SÍ  
**EPISODIO  
DEPRESIVO MAYOR  
ACTUAL**

SI EL PACIENTE CODIFICA POSITIVO PARA UN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR ACTUAL, CONTINÚE CON A4, DE LO CONTRARIO CONTINÚE CON EL MÓDULO B:

A4 a ¿En el transcurso de su vida, tuvo otros períodos de dos o más semanas, en los que se sintió deprimido o sin interés en la mayoría de las cosas y que tuvo la mayoría de los problemas de los que acabamos de hablar? → NO SÍ 10

b ¿Ha tenido alguna vez un período de por lo menos dos meses, sin depresión o sin la falta de interés en la mayoría de las cosas y ocurrió este período entre dos episodios depresivos? NO SÍ 11  
**EPISODIO  
DEPRESIVO MAYOR  
RECIDIVANTE**

## B. Trastorno distímico

(SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

SI LOS SÍNTOMAS DEL PACIENTE ACTUALMENTE CUMPLEN CON LOS CRITERIOS DE UN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR, NO EXPLORE ESTE MÓDULO

B1 ¿En los últimos 2 años, se ha sentido triste, desanimado o deprimido la mayor parte del tiempo?	→ NO SÍ 17
B2 ¿Durante este tiempo, ha habido algún período de 2 meses o más, en el que se haya sentido bien?	→ NO SÍ 18
<b>B3 Durante este período en el que se sintió deprimido la mayor parte del tiempo:</b>	
a ¿Cambió su apetito notablemente?	NO SÍ 19
b ¿Tuvo dificultad para dormir o durmió en exceso?	NO SÍ 20
c ¿Se sintió cansado o sin energía?	NO SÍ 21
d ¿Perdió la confianza en sí mismo?	NO SÍ 22
e ¿Tuvo dificultades para concentrarse o para tomar decisiones?	NO SÍ 23
f ¿Tuvo sentimientos de desesperanza?	NO SÍ 24
¿CODIFICÓ SÍ EN 2 O MÁS RESPUESTAS DE B3?	→ NO SÍ
B4 ¿Estos síntomas de depresión, le causaron gran angustia o han interferido con su función en el trabajo, socialmente o de otra manera importante?	→ NO SÍ 25
¿CODIFICÓ SÍ EN B4?	→ NO SÍ

**NO SÍ**  
**TRASTORNO DISTÍMICO**  
**ACTUAL**

## C. Episodio (hipo)maníaco

(→ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO EN CADA UNAY CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

C1 a ¿Alguna vez ha tenido un período de tiempo en el que se ha sentido exaltado, eufórico, o tan lleno de energía, o seguro de sí mismo, que esto le ha ocasionado problemas u otras personas han pensado que usted no estaba en su estado habitual? (No considere períodos en el que estaba intoxicado con drogas o alcohol.) NO SÍ 1

SI EL PACIENTE PARECE CONFUNDIDO O NO ENTIENDE A LO QUE SE REFIERE CON «EXALTADO» O «EUFÓRICO», CLARIFÍQUESELO DE LA SIGUIENTE MANERA: Lo que queremos decir con «exaltado o «eufórico» es un estado de satisfacción alto, lleno de energía, en el que se necesita dormir menos, en el que los pensamientos se aceleran, en el que se tienen muchas ideas, en el que aumenta la productividad, la creatividad, la motivación o el comportamiento impulsivo.

SI SÍ:

b ¿En este momento se siente «exaltado», «eufórico», o lleno de energía? NO SÍ 2

C2 a ¿Ha estado usted alguna vez persistentemente irritado durante varios días, de tal manera que tenía discusiones, peleaba o le gritaba a personas fuera de su familia? ¿Ha notado usted o los demás, que ha estado más irritable o que reacciona de una manera exagerada, comparado a otras personas, en situaciones que incluso usted creía justificadas? NO SÍ 3

SI SÍ:

b ¿En este momento se siente excesivamente irritable? NO SÍ 4

¿CODIFICÓ SÍ EN C1a O EN C2a? → NO SÍ

C3 SI C1b O C2b = SÍ: EXPLORAR SOLAMENTE EL EPISODIO ACTUAL  
SI C1b Y C2b = NO: EXPLORAR EL EPISODIO PASADO MÁS SINTOMÁTICO

**Durante el tiempo en el que se sentía exaltado, lleno de energía, o irritable notó que:**

a ¿Sentía que podía hacer cosas que otros no podían hacer, o que usted era una persona especialmente importante? NO SÍ 5

b ¿Necesitaba dormir menos (p. ej., se sentía descansado con pocas horas de sueño)? NO SÍ 6

c ¿Hablaba usted sin parar o tan deprisa que los demás tenían dificultad para entenderle? NO SÍ 7

d ¿Sus pensamientos pasaban tan deprisa por su cabeza que tenía dificultades para seguirlos? NO SÍ 8

e ¿Se distraía tan fácilmente, que la menor interrupción le hacía perder el hilo de lo que estaba haciendo o pensando? NO SÍ 9

f ¿Estaba tan activo, tan inquieto físicamente que los demás se preocupaban por usted? NO SÍ 10

g ¿Quería involucrarse en actividades tan placenteras, que ignoró los riesgos o consecuencias (p. ej., se embarcó en gastos descontrolados, condujo imprudentemente o mantuvo actividades sexuales indiscretas)? NO SÍ 11

¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE C3 (O 4 O MÁS RESPUESTAS SI C1a ES NO [EPISODIO PASADO] O SI C1b ES NO [EPISODIO ACTUAL])? → NO SÍ

C4 ¿Duraron estos síntomas al menos 1 semana y le causaron problemas que estaban fuera de su control, en la casa, en el trabajo, en la escuela, o fue usted hospitalizado a causa de estos problemas?

NO SÍ 12

↓ ↓

EL EPISODIO EXPLORADO ERA:

— —  
HIPOMANÍACO MANÍACO

¿CODIFICÓ **NO** EN **C4**?

**NO SÍ**  
**EPISODIO HIPOMANÍACO**

ACTUAL \_  
PASADO \_

ESPECIFICAR SI EL EPISODIO ES ACTUAL O PASADO.

¿CODIFICÓ **SÍ** EN **C4**?

**NO SÍ**  
**EPISODIO MANÍACO**

ACTUAL \_  
PASADO \_

ESPECIFICAR SI EL EPISODIO ES ACTUAL O PASADO.

### Serie III. Trastornos de ansiedad

#### D. Trastorno de angustia

(→ SIGNIFICA: RODEAR CON UN CÍRCULO **NO** EN **D5** Y PASAR DIRECTAMENTE A **E1**)

D1 a ¿En más de una ocasión, tuvo una crisis o ataques en los cuales se sintió **súbitamente** ansioso, asustado, incómodo o inquieto, incluso en situaciones en la cual la mayoría de las personas no se sentirían así? NO SÍ 1

b ¿Estas crisis o ataques alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 minutos? NO SÍ 2

D2 ¿Alguna vez estas crisis o ataques u ocurrieron de una manera inesperada o espontánea u ocurrieron de forma impredecible o sin provocación? NO SÍ 3

D3 ¿Ha tenido una de estas crisis seguida por un período de un mes o más en el que temía que otro episodio recurriera o se preocupaba por las consecuencias de la crisis? NO SÍ 4

#### D4 Durante la peor crisis que usted puede recordar:

a ¿Sentía que su corazón le daba un vuelco, latía más fuerte o más rápido? NO SÍ 5

b ¿Sudaba o tenía las manos húmedas? NO SÍ 6

c ¿Tenía temblores o sacudidas musculares? NO SÍ 7

d ¿Sentía la falta de aliento o dificultad para respirar? NO SÍ 8

e ¿Tenía sensación de ahogo o un nudo en la garganta? NO SÍ 9

f ¿Notaba dolor o molestia en el pecho? NO SÍ 10

g ¿Tenía náuseas, molestias en el estómago o diarreas repentinas? NO SÍ 11

h ¿Se sentía mareado, inestable, aturdido o a punto de desvanecerse? NO SÍ 12

i ¿Le parecía que las cosas a su alrededor eran irreales, extrañas, indiferentes, o no le parecían familiares, o se sintió fuera o separado de su cuerpo o de partes de su cuerpo? NO SÍ 13

j ¿Tenía miedo de perder el control o de volverse loco? NO SÍ 14

k ¿Tenía miedo de que se estuviera muriendo? NO SÍ 15

l ¿Tenía alguna parte de su cuerpo adormecida o con hormigueos? NO SÍ 16

m ¿Tenía sofocaciones o escalofríos? NO SÍ 17

D5 ¿CODIFICÓ **SÍ** EN **D3** Y EN POR LO MENOS **4** DE **D4**? NO SÍ

**TRASTORNO DE ANGUSTIA  
DE POR VIDA**

D6 SI **D5 = NO**, ¿CODIFICÓ **SÍ** EN ALGUNA RESPUESTA DE **D4**?

NO SÍ

SI **D6 = SÍ**, PASAR A **E1**.

**CRISIS ACTUAL  
CON SÍNTOMAS LIMITADOS**

D7 ¿En el pasado mes, tuvo estas crisis en varias ocasiones (2 o más), seguidas de miedo persistente a tener otra? NO SÍ 18

**TRASTORNO  
DE ANGUSTIA ACTUAL**

## E. Agorafobia

E1 ¿Se ha sentido particularmente incómodo o ansioso en lugares o situaciones donde podría tener una crisis o ataque, o síntomas de una crisis como los que acabamos de discutir, o situaciones donde no dispondría de ayuda o escapar pudiera resultar un tanto difícil: como estar en una multitud, permanecer en fila, estar solo fuera de casa, permanecer solo en casa, viajar en autobús, tren o automóvil? **NO SÍ 19**

SI **E1 = NO**, RODEE CON UN CÍRCULO **NO** en **E2**.

E2 ¿Teme tanto estas situaciones que las evita, sufre en ellas o necesita estar acompañado para enfrentarlas?

**NO SÍ 20**  
***Agorafobia actual***

¿CODIFICÓ **NO** EN **E2** (AGORAFOBIA ACTUAL)

Y

CODIFICÓ **SÍ** EN **D7** (TRASTORNO DE ANGUSTIA ACTUAL)?

**NO SÍ**  
***TRASTORNO DE ANGUSTIA sin agorafobia ACTUAL***

¿CODIFICÓ **SÍ** EN **E2** (AGORAFOBIA ACTUAL)

Y

CODIFICÓ **SÍ** EN **D7** (TRASTORNO DE ANGUSTIA ACTUAL)?

**NO SÍ**  
***TRASTORNO DE ANGUSTIA con agorafobia ACTUAL***

¿CODIFICÓ **SÍ** EN **E2** (AGORAFOBIA ACTUAL)

Y

CODIFICÓ **NO** EN **D5** (TRASTORNO DE ANGUSTIA DE POR VIDA)?

**NO SÍ**  
***AGORAFOBIA ACTUAL sin historial de trastorno de angustia***

## F. Fobia social (trastorno de ansiedad social)

(→ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO EN CADA UNAY CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

F1 ¿En el pasado mes, tuvo miedo o sintió vergüenza de que lo estén observando, de ser el centro de atención o temió una humillación? Incluyendo cosas como el hablar en público, comer en público o con otros, el escribir mientras alguien le mira o el estar en situaciones sociales. → NO SÍ 1

F2 ¿Piensa usted que este miedo es excesivo o irracional? → NO SÍ 2

F3 ¿Teme tanto estas situaciones sociales que las evita, o sufre en ellas? → NO SÍ 3

F4 ¿Este miedo interfiere en su trabajo normal o en el desempeño de sus actividades sociales o es la causa de intensa molestia? → NO SÍ 4

**FOBIA SOCIAL**  
*(trastorno de ansiedad social)*  
**ACTUAL**

## G. Trastorno obsesivo-compulsivo

(→ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, MARCAR CON UN CÍRCULO NO Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

G1 ¿Este último mes, ha estado usted molesto con pensamientos recurrentes, impulsos o imágenes no deseadas, desagradables, inapropiadas, intrusas o angustiosas? (p. ej., la idea de estar sucio, contaminado o tener gérmenes, <input type="radio"/> miedo de contaminar a otros, <input type="radio"/> temor de hacerle daño a alguien sin querer, <input type="radio"/> temor que actuaría en función de algún impulso, <input type="radio"/> tiene temores o supersticiones de ser el responsable de que las cosas vayan mal, <input type="radio"/> se obsesiona con pensamientos, imágenes o impulsos sexuales; <input type="radio"/> acumula o colecciona sin control, <input type="radio"/> tiene obsesiones religiosas)	NO SÍ 1 → G4
(NO INCLUIR PREOCUPACIONES EXCESIVAS POR PROBLEMAS DE LA VIDA COTIDIANA. NO INCLUIR OBSESIONES DIRECTAMENTE RELACIONADAS CON TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN, CONDUCTAS SEXUALES, PROBLEMAS PATOLÓGICOS RELACIONADOS CON EL JUEGO, ALCOHOL O ABUSO DE DROGAS, PORQUE EL PACIENTE PUDIERA DERIVAR PLACER DE LA ACTIVIDAD Y PUDIERA QUERER EVITARLA SIMPLEMENTE POR LAS CONSECUENCIAS NEGATIVAS)	
G2 ¿Estos pensamientos volvían a su mente aun cuando trataba de ignorarlos o de librarse de ellos?	NO SÍ 2 → G4
G3 ¿Cree usted que estos pensamientos son producto de su propia mente y que no le son impuestos desde el exterior?	NO SÍ 3 obsesiones
G4 ¿En el pasado mes, ha hecho usted algo repetidamente, sin ser capaz de evitarlo, como lavar o limpiar en exceso, contar y verificar las cosas una y otra vez o repetir, coleccionar, ordenar las cosas o realizar otros rituales supersticiosos?	NO SÍ 4 compulsiones
¿CODIFICÓ SÍ EN G3 O EN G4?	→ NO SÍ →
G5 ¿Reconoce usted que estas ideas obsesivas o actos compulsivos son irracionales, absurdos o excesivos?	NO SÍ 5
G6 ¿Estas obsesiones o actos compulsivos interfieren de manera significativa con sus actividades cotidianas, con su trabajo, con sus relaciones sociales, o le ocupan más de una hora diaria?	NO SÍ 6 <b>TRASTORNO OBSESIVO/ COMPULSIVO ACTUAL</b>



## H. Trastorno de ansiedad generalizada

(→SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO EN CADA UNAY CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

H1 a ¿Se ha sentido excesivamente preocupado o ansioso debido a varias cosas durante los últimos 6 meses?	→ NO SÍ 1
b ¿Se presentan estas preocupaciones casi todos los días?	→ NO SÍ 2
CODIFICAR SÍ, SI LA ANSIEDAD DEL PACIENTE ES RESTRINGIDA EXCLUSIVAMENTE, O MEJOR EXPLICADA POR CUALQUIERA DE LOS TRASTORNOS PREVIAMENTE DISCUTIDOS.	→ NO SÍ 3
H2 ¿Le resulta difícil controlar estas preocupaciones o interfieren para concentrarse en lo que hace?	→ NO SÍ 4
H3 CODIFIQUE <b>NO</b> SI LOS SÍNTOMAS SE LIMITAN A RASGOS DE CUALQUIERA DE LOS TRASTORNOS PREVIAMENTE EXPLORADOS.	→
<b>En los últimos 6 meses cuando estaba ansioso, casi todo el tiempo:</b>	
a ¿Se sentía inquieto, intranquilo o agitado?	NO SÍ 5
b ¿Se sentía tenso?	NO SÍ 6
c ¿Se sentía cansado, flojo o se agotaba fácilmente?	NO SÍ 7
d ¿Tenía dificultad para concentrarse, o notaba que la mente se le quedaba en blanco?	NO SÍ 8
e ¿Se sentía irritable?	NO SÍ 9
f ¿Tenía dificultad durmiendo (dificultad para quedarse dormido, se despertaba a media noche o demasiado temprano, o dormía en exceso)?	NO SÍ 10
¿CODIFICÓ <b>SÍ</b> EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE H3?	

**NO SÍ  
TRASTORNO  
DE ANSIEDAD  
GENERALIZADA  
ACTUAL**

## Serie IV. I. Trastornos psicóticos

(→ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO EN CADA UNAY CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

PIDA UN EJEMPLO PARA CADA PREGUNTA CONTESTADA AFIRMATIVAMENTE. CODIFIQUE **SÍ** SOLAMENTE PARA AQUELLOS EJEMPLOS QUE MUESTRAN CLARAMENTE UNA DISTORSIÓN DEL PENSAMIENTO O DE LA PERCEPCIÓN O SI NO SON CULTURALMENTE APROPIADOS. ANTES DE CODIFICAR, INVESTIGUE SI LAS IDEAS DELIRANTES CALIFICAN COMO «EXTRAÑAS» O RARAS.

LAS IDEAS DELIRANTES SON «EXTRAÑAS» O RARAS SI: SON CLARAMENTE ABSURDAS, IMPROBABLES, INCOMPENSIBLES, Y NO PUEDEN DERIVARSE DE EXPERIENCIAS DE LA VIDA COTIDIANA.

LAS ALUCINACIONES SON «EXTRAÑAS» O RARAS SI: UNA VOZ HACE COMENTARIOS SOBRE LOS PENSAMIENTOS O LOS ACTOS DE LA PERSONA, O DOS O MÁS VOCES CONVERSAN ENTRE SÍ.

Ahora le voy a preguntar acerca de experiencias poco usuales que algunas personas pueden tener.

EXTRAÑOS

11 a ¿Alguna vez ha tenido la impresión de que alguien le espiaba, o conspiraba contra usted, o que trataban de hacerle daño?

NO SÍ **SÍ 1**

NOTA: PIDA EJEMPLOS PARA DESCARTAR UN VERDADERO ACECHO.

b **Si SÍ:** ¿Actualmente cree usted esto?

NO SÍ **SÍ 2**  
→ J6

12 a ¿Ha tenido usted la impresión de que alguien podía leer o escuchar sus pensamientos, o que usted podía leer o escuchar los pensamientos de otros?

NO SÍ **SÍ 3**

b **Si SÍ:** ¿Actualmente cree usted esto?

NO SÍ **SÍ 4**  
→ J6

13 a ¿Alguna vez ha creído que alguien o que una fuerza externa haya metido pensamientos ajenos en su mente o le hicieron actuar de una manera no usual en usted? ¿Alguna vez ha tenido la impresión de que está poseído?

NO SÍ **SÍ 5**

ENTREVISTADOR/A: PIDA EJEMPLOS Y DESCARTE CUALQUIERA QUE NO SEA PSICÓTICO.

b **Si SÍ:** ¿Actualmente cree usted esto?

NO SÍ **SÍ 6**  
→ J6

14 a ¿Alguna vez ha creído que le envían mensajes especiales a través de la radio, el televisor o el periódico, o que una persona que no conocía personalmente se interesaba particularmente por usted?

NO SÍ **SÍ 7**

b **Si SÍ:** ¿Actualmente cree usted esto?

NO SÍ **SÍ 8**  
→ J6

15 a ¿Consideran sus familiares o amigos que algunas de sus creencias son extrañas o poco usuales?

NO SÍ **SÍ 9**

ENTREVISTADOR/A: PIDA EJEMPLOS. CODIFIQUE **SÍ** SÓLO SI LOS EJEMPLOS SON **CLARAMENTE** IDEAS DELIRANTES NO EXPLORADAS EN LAS PREGUNTAS L1 A L4, POR EJEMPLO, DELIRIOS SOMÁTICOS, RELIGIOSOS O DE GRANDEZA, CELOS, CULPA, RUINA O DESTITUCIÓN, ETC.

b **Si SÍ:** ¿Actualmente, consideran los demás sus ideas como extrañas?

NO SÍ **SÍ 10**

16 a ¿Alguna vez ha escuchado cosas que otras personas no podían escuchar, como voces?

NO SÍ 11

LAS ALUCINACIONES SON CODIFICADAS COMO «EXTRAÑAS» SOLAMENTE SI EL PACIENTE CONTESTA **SÍ** A LO SIGUIENTE:

**Si SÍ:** ¿Escuchó una voz que comentaba acerca de sus pensamientos o sus actos, o escuchó dos o más voces conversando entre sí?

**SÍ**

b **Si SÍ:** ¿Ha escuchado estas cosas en el pasado mes?

NO SÍ **SÍ 12**  
→ J8b

I7 a ¿Alguna vez, estando despierto, ha tenido visiones o ha visto cosas que otros no podían ver? NO SÍ 13  
ENTREVISTADOR/A: INVESTIGUE SI ESTAS VISIONES SON CULTURALMENTE INAPROPIADAS

b **Si SÍ:** ¿Ha visto estas cosas el pasado mes? NO SÍ 14

**BAJO EL PUNTO DE VISTA DEL ENTREVISTADOR/a:**

I8 b ¿PRESENTA EL PACIENTE ACTUALMENTE UN LENGUAJE DESORGANIZADO, INCOHERENTE O CON MARCADA PÉRDIDA DE LAS ASOCIACIONES? NO SÍ 15

J9 b ¿PRESENTA EL PACIENTE ACTUALMENTE UN COMPORTAMIENTO DESORGANIZADO O CATATÓNICO? NO SÍ 16

I10 b ¿HAY SÍNTOMAS NEGATIVOS DE ESQUIZOFRENIA PROMINENTES DURANTE LA ENTREVISTA (UN APLANAMIENTO AFECTIVO SIGNIFICATIVO, POBREZA DEL LENGUAJE [ALOGIA] O INCAPACIDAD PARA INICIAR O PERSISTIR EN ACTIVIDADES CON UNA FINALIDAD DETERMINADA)? NO SÍ 17

I11 ¿CODIFICÓ **SÍ EXTRAÑO** EN 1 O MÁS PREGUNTAS «b»? NO SÍ  
 **TRASTORNO PSICÓTICO ACTUAL**  
¿CODIFICÓ **SÍ** (EN VEZ DE **SÍ EXTRAÑO**) EN 2 O MÁS PREGUNTAS «b»?

I12 ¿CODIFICÓ **SÍ EXTRAÑO** EN 1 O MÁS PREGUNTAS «a»? NO SÍ 18  
 **TRASTORNO PSICÓTICO DE POR VIDA**  
¿CODIFICÓ **SÍ** (EN VEZ DE **SÍ EXTRAÑO**) EN 2 O MÁS PREGUNTAS «a»?

**Serie V. Trastornos relacionados al abuso y/o dependencia de sustancias psicoactivas**

**J. Abuso y dependencia de alcohol**

(→ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO **NO** EN CADA UNAY CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO) →

J1 ¿En los últimos 12 meses, ha tomado 3 o más bebidas alcohólicas en un período de 3 horas en tres o más ocasiones? NO SÍ 1

**J2 En los últimos 12 meses:**

a ¿Necesitaba beber más para conseguir los mismos efectos que cuando usted comenzó a beber? NO SÍ 2

b ¿Cuando reducía la cantidad de alcohol, temblaban sus manos, sudaba, o se sentía agitado? NO SÍ 3  
 ¿Bebía para evitar estos síntomas o para evitar la resaca (p. ej., temblores, sudoraciones o agitación)?

CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA.

c ¿Durante el tiempo en el que bebía alcohol, acababa bebiendo más de lo que en un principio había planeado? NO SÍ 4

d ¿Ha tratado de reducir o dejar de beber alcohol pero ha fracasado? NO SÍ 5

e ¿Los días en los que bebía, empleaba mucho tiempo en procurarse alcohol, en beber y en recuperarse de sus efectos? NO SÍ 6

f ¿Pasó menos tiempo trabajando, disfrutando de sus pasatiempos, o estando con otros, debido a su consumo de alcohol? NO SÍ 7

g ¿Continuó bebiendo a pesar de saber que esto le causaba problemas de salud, físicos o mentales? NO SÍ 8

¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE J2?

→  
**NO SÍ  
 DEPENDENCIA  
 DE ALCOHOL  
 ACTUAL**

**J3 En los últimos 12 meses:**

a ¿Ha estado usted varias veces intoxicado, embriagado, o con resaca en más de una ocasión, cuando tenía otras responsabilidades en la escuela, el trabajo o la casa? NO SÍ 9

¿Esto le ocasionó algún problema?

CODIFIQUE SÍ SÓLO SI ESTO LE HA OCASIONADO PROBLEMAS.

b ¿Ha estado intoxicado en alguna situación en la que corría un riesgo físico, por ejemplo conducir un automóvil, una motocicleta, una embarcación, utilizar una máquina, etc.)? NO SÍ 10

c ¿Ha tenido problemas legales debido a su uso de alcohol, por ejemplo un arresto, perturbación del orden público? NO SÍ 11

d ¿Ha continuado usted bebiendo a pesar de saber que esto le ocasionaba problemas con su familia u otras personas? NO SÍ 12

¿CODIFICÓ SÍ EN 1 O MÁS RESPUESTAS DE J3?

**NO SÍ  
 ABUSO DE ALCOHOL  
 ACTUAL**

## K. Trastornos asociados al uso de sustancias psicoactivas no alcohólicas

(→ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO EN CADA UNAY CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

**Ahora le voy a enseñar/leer una lista de sustancias ilícitas o medicinas.**

K1 a ¿En los últimos 12 meses, tomó alguna de estas sustancias, en más de una ocasión, para sentirse mejor o para cambiar su estado de ánimo? →  
NO SÍ

RODEE CON UN CÍRCULO TODAS LAS SUSTANCIAS QUE HAYA USADO:

**Estimulantes:** anfetaminas, *speed*, cristal, dexedrina, ritalina, píldoras adelgazantes.

**Cocaína:** inhalada, intravenosa, crack, *speedball*.

**Narcóticos:** heroína, morfina, Dilaudid, opio, demerol, metadona, codeína, Percodan, Darvon.

**Alucinógenos:** LSD (ácido), mescalina, peyote, PCP (polvo de ángel, *peace pill*), *psilocybin*, STP, hongos, éxtasis,MDA, MDMA.

**Inhalantes:** pegamento, éter, óxido nitroso (*laughing gas*), *amyl* o *butyl nitrate* (*poppers*).

**Marihuana:** hachís, THC, pasto, hierba, mota, *reefer*.

**Tranquilizantes:** Qualude, Seconal («reds»),Valium,Xanax, Librium,Ativan, Dalmane,Halción, barbitúricos,«Miltown», Tranquimazin, Lexatin, Orfidal.

**Otras sustancias:** esteroides, pastillas dietéticas o para dormir sin receta. ¿Cualquier otra sustancia? ESPECIFIQUE LA/S SUSTANCIA/S MÁS USADA/S: \_\_\_\_\_

b. SI EXISTE USO CONCURRENTE O SUCESIVO DE VARIAS SUSTANCIAS O DROGAS, ESPECIFIQUE QUÉ DROGA/CLASE DE DROGA VA A SER

EXPLORADA EN LA ENTREVISTA A CONTINUACIÓN: \_\_\_\_\_

SÓLO UNA DROGA/CLASE DE DROGA HA SIDO UTILIZADA. \_\_\_\_\_

SÓLO LA CLASE DE DROGA MÁS UTILIZADA ES EXPLORADA. \_\_\_\_\_

CADA DROGA ES EXAMINADA INDIVIDUALMENTE. (FOTOCOPIAR K2 Y K3 SEGÚN SEA NECESARIO.)

**K2 Considerando su uso de (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGAS SELECCIONADA), en los últimos 12 meses:**

a ¿Ha notado que usted necesitaba utilizar una mayor cantidad de (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) para obtener los mismos efectos que cuando comenzó a usarla? NO SÍ 1

b ¿Cuándo redujo la cantidad o dejó de utilizar (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) tuvo síntomas de abstinencia? (dolores, temblores, fiebre, debilidad, diarreas, náuseas, sudaciones, palpitaciones, dificultad para dormir, o se sentía agitado, ansioso, irritable o deprimido)? Utilizó alguna/s droga/s para evitar enfermarse (síntomas de abstinencia) o para sentirse mejor? NO SÍ 2

CODIFICAR **SÍ**, SI CONTESTÓ **SÍ** EN ALGUNA

c ¿Ha notado que cuando usted usaba (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) terminaba utilizando más de lo que en un principio había planeado? NO SÍ 3

d ¿Ha tratado de reducir o dejar de tomar (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) pero ha fracasado? NO SÍ 4

e ¿Los días que utilizaba (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) empleaba mucho tiempo (> 2 horas) en obtener, consumir, recuperarse de sus efectos, o pensando en drogas? NO SÍ 5

f ¿Pasó menos tiempo trabajando, disfrutando de pasatiempos, estando con la familia o amigos debido a su uso de drogas? NO SÍ 6

g ¿Ha continuado usando (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) a pesar de saber que esto le causaba problemas mentales o de salud? NO SÍ 7

¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE K2?  
ESPECIFICAR LA/S DROGA/S: \_\_\_\_\_

→  
**NO SÍ**  
**DEPENDENCIA**  
**DE SUSTANCIAS**  
**ACTUAL**

**Considerando su uso de (NOMBRE DE LA CLASE DE DROGA SELECCIONADA), en los últimos 12 meses:**

K3 a ¿Ha estado intoxicado o con resaca a causa de (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA), en más de una ocasión, cuando tenía otras responsabilidades en la escuela, en el trabajo o en el hogar? ¿Esto le ocasionó algún problema? NO SÍ 8  
(CODIFIQUE SÍ, SÓLO SI LE OCACIONÓ PROBLEMAS)

b ¿Ha estado intoxicado con (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) en alguna situación en la que corriese un riesgo físico (p. ej., conducir un automóvil, una motocicleta, una embarcación, o utilizar una máquina, etc.)? NO SÍ 9

c ¿Ha tenido algún problema legal debido a su uso de drogas, por ejemplo, un arresto o perturbación del orden público? NO SÍ 10

d ¿Ha continuado usando (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) a pesar de saber que esto le causaba problemas con su familia u otras personas? NO SÍ 11

¿CODIFICÓ SÍ EN 1 O MÁS RESPUESTAS DE K3?  
ESPECIFICAR LA/S DROGA/S: \_\_\_\_\_

**NO SÍ**  
**ABUSO DE SUSTANCIAS**  
**ACTUAL**



### 7.3 BOLETA DE CITA



Nombre completo del estudiante: \_\_\_\_\_

Año académico: \_\_\_\_\_

Fecha y hora de cita: \_\_\_\_\_

Lugar de la entrevista: \_\_\_\_\_







## 7.5 HOJA DE REFERENCIA



Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_

Año académico: \_\_\_\_\_

Módulo de test detectado: \_\_\_\_\_

Fecha de realización de test MINI: \_\_\_\_\_

Se refiere a -UNADE- para evaluación de caso

\_\_\_\_\_  
Wilson Manolito Emanuel Mux Otzoy

Carné: 201021606

Investigador

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

**7.6 Prevalencia de trastornos mentales por sexo en los estudiantes de primero y sexto año de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala.**

<i>Trastorno</i>	<i>Masculino (IC 95%)</i>	<i>Femenino (IC 95%)</i>
Episodio depresivo	8.94 (4.54-15.43)	16.56 (11.30-23.04)
Trastorno distímico	0.81 (0.02-4.44)	4.14 (1.68-8.34)
Episodio maniaco	--	--
Episodio hipomaniaco	17.88 (11.56-25.81)	17.75 (12.30-24.36)
Trastorno de angustia	13.83 (8.26-21.20)	24.85 (18.53-32.07)
Agorafobia	9.75 (5.14-16.42)	18.93 (13.32-25.66)
Fobia social	5.69 (2.31-11.37)	4.73 (2.06-9.11)
Trastorno obsesivo compulsivo	0.81 (0.02-4.44)	1.77 (0.36-5.09)
Trastorno de ansiedad generalizada	15.44 (9.56-23.06)	32.54 (25.54-40.16)
Trastornos psicóticos	1.62 (0.19-5.75)	2.95 (0.96-6.76)
Dependencia de alcohol	7.31 (3.40-13.43)	1.77 (0.36-5.09)
Abuso de alcohol	7.31 (3.40-13.43)	5.91 (2.87-10.61)
Dependencia de sustancias no alcohólicas	0.81 (0.02-4.44)	--
Abuso de sustancias no alcohólicas	1.62 (0.19-5.75)	--
<b>n:292</b>		

**7.7 Prevalencia de trastornos mentales por año académico en los estudiantes de primero y sexto año de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala.**

<i>Trastorno</i>	<i>Primero (IC 95%)</i>	<i>Sexto (IC 95%)</i>
Episodio depresivo	14 (10-19)	--
Trastorno distímico	2.6 (1.06-5.34)	3.8 (0.09-19.63)
Episodio maníaco	--	--
Episodio hipomaníaco	19.54 (14.95-24.83)	--
Trastorno de angustia	21.80 (16.99-27.25)	3.8 (0.09-19.63)
Agorafobia	15.03 (10.96-19.90)	15.38 (4.35-34.86)
Fobia social	5.26 (2.90-8.67)	3.8 (0.09-19.63)
Trastorno obsesivo compulsivo	1.50 (1.09-1.99)	--
Trastorno de ansiedad generalizada	27.06 (21.82-32.83)	7.69 (0.94-25.13)
Trastornos psicóticos	2.63 (0.10-5.34)	--
Dependencia de alcohol	3.38 (1.55-6.32)	11.53 (2.44-30.15)
Abuso de alcohol	5.26 (2.90-8.67)	19.23 (6.55-39.35)
Dependencia de sustancias no alcohólicas	0.37 (0.0095-2.07)	--
Abuso de sustancias no alcohólicas	0.75 (0.091-2.68)	--
<b>n:292</b>		