UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

"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

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

Médico y Cirujano

Guatemala, agosto de 2009

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

"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

Médico y Cirujano

Guatemala, agosto de 2009

El infrascrito Decano de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala hace constar que los estudiantes en listado oficial y firmado que se adjunta; han cumplido 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:

"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

Trabajo asesorado por el Dr. Víctor Antonio López Soto, Dr. Erwin Humberto Calgua Guerra y revisado por el Dr. César Oswaldo García García, quienes avalan y firman conformes. Por lo anterior, se emite, firma y sella la presente:

ORDEN DE IMPRESIÓN

En la Ciudad de Guatemala, once de agosto del dos mil nueve

DR. JESÚS ARNULFO OLIVA LEAL
DECANO

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
Dr. Jesús Arnulfo Oliva Leal
DECANO
2006-2010

Los infrascritos Director del Centro de Investigaciones de las Ciencias de la Salud y el Coordinador de la Unidad de Trabajos de Graduación de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, hacen constar que:

Ha sido **APROBADO** el trabajo de graduación titulado:

"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

El cual ha sido **revisado y corregido**, y al establecer que cumple con los requisitos exigidos por esta Unidad, se les autoriza a continuar con los trámites correspondientes para someterse al Examen General Público. Dado en la Ciudad de Guatemala, el once de agosto del dos mil nueve.

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Dr. César Oswaldo García García
Coordinador
Unidad de Trabajos de Graduación

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Facultad de Ciencias Médicas
COORDINACIÓN
UNIDAD DE TESIS

Vo.Bo.
Dr. Erwin Humberto Calgua Guerra
Director del CICS

Universidad de San Carlos de Guatemala
Facultad de Ciencias Médicas
CENTRO DE INVESTIGACIONES DE LAS CIENCIAS DE LA SALUD -CICS-
DIRECCIÓN

Guatemala, 11 de agosto 2009

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

Dr. García:

Se le informa que el informe final del Trabajo de Graduación titulado:

"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

Del cual como asesor, co-asesor y revisor nos responsabilizamos por la metodología, confiabilidad y validez de los datos, así como de los resultados obtenidos y de la pertinencia de las conclusiones y recomendaciones propuestas.

Dr. Víctor Antonio López Soto
Asesor
Firma y sello

Dr. Víctor A. López Soto
Médico y Cirujano
Colegiado 10 126

Dr. Erwin Humberto Calgua Guerra
Co-asesor
Firma y sello

Universidad de San Carlos de Guatemala
Facultad de Ciencias Médicas
CENTRO DE INVESTIGACIONES DE LAS CIENCIAS DE LA SALUD -CICS-
Dr. César Oswaldo García García
Médico y Cirujano
Colegiado 5050

Dr. César Oswaldo García García
Revisor
Firma, sello y No. Reg. de personal 97-0248

1.	8512344	María Iliana Cobar Herrera
2.	9113298	Mayra Waleska De La Roca Ordaz
3.	9219721	Karin Dalila Dávila Valenzuela
4.	9331024	Macario Ismael Chávez Cutz
5.	9510429	Carlos Enrique Díaz Pappa
6.	9514236	Noé Efraín Gómez Gómez
7.	9620079	Benner Alberto Bautista Fuentes
8.	9620150	Vilma Ruth González Rivera
9.	9680052	Ángel Oswaldo Campos Correa
10.	9710522	Henry Donald Vaides Guillermo
11.	9719392	Olga Patricia López Pedroza
12.	199810010	María del Mar Chinchilla
13.	199810174	Elvis Nery Pérez y Pérez
14.	199810389	Christyan Geovani Reyes Gómez
15.	199810414	Juan José Xiloj Tzoc
16.	199810727	Brenda Iveth Bocaletti Comparini
17.	199810751	Flor Alejandrina Gutiérrez Meza
18.	199818941	Hesler Danilo Sanabria Patzán
19.	199819023	Rosa María Velásquez Orozco
20.	199819177	Mirna Janeth Nájera Ortega
21.	199912474	Michell Alejandra Montúfar Torres
22.	199912636	María Antonieta Zurdo Tocay
23.	199912896	Emilia Lily Tello López
24.	199912930	Julio Fernando Díaz González

25. 199913000 Ricardo Morel Barrios Robles

26. 199913105 Dora Ruth Morales Dávila

27. 199919210 Ruth Roxana Contreras Barrios

28. 199919246 Sergio Rodrigo Raymundo López

29. 199919633 Marvin Estuardo Méndez Estrada

30. 199922503 Lilian Johanna Castillo Barrera

31. 200010100 Claudia María López Rodríguez

32. 200011856 Cindy Denise Andrea Velásquez Sayes

33. 200011884 Santiago Enrique Jacinto Cumátz

34. 200011944 Angel José Manuel Vásquez González

35. 200012009 Manuel Alfonso Galán Rios

36. 200012017 Emilio David Barrios Molina

37. 200012030 Luis Alfonso Avalos Santos

38. 200012033 Claudia María Godínez Miranda

39. 200012069 Andrea Silvana Cifuentes Barrios

40. 200012135 Evelyn Eugenia Vásquez Ortega

41. 200012168 Ligia Lissette Espino Corado

42. 200012208 Claudia Michelle López Velásquez

43. 200012274 Claudia Yadira García

44. 200012311 Byron Roel López Ramírez

45. 200012338 Anelda Eunice Pamech Salguero

46. 200012347 Guerthy Suheidy Lizama Auyón

47. 200012417 Roberto Marbin Escobar de León

48. 200012468 Roberto Anibal Rodenas Chivichon

49. 200012472 Augusto Rabbí de León Balan

50. 200012509 Elsa Kalindi Hernández Ravanales

51. 200017853 Amanda Consuelo Meneses Herrera

52. 200017866 Lessly Azucena Dubón Alvarado

53. 200110021 Claudia Valeska Ventura Klug

54. 200110026 Jenny Andrea Delgado García

55. 200110071 Pedro Elias Alfaro Cardona

56. 200110098 Ana Lucía Samayoa Moreno

57. 200110133 Wendy Yamilette Godínez Hernández

58. 200110168 Josefina del Carmen Sotomora Fragoso

59. 200110266 Carlos Gerardo Duarte Morales

60. 200110294 Mynor Alexander Díaz López

61. 200110311 Brenda Janeth Montufar Oliva

62. 200110372 Jorge Iván Carrillo Muñoz

63. 200110392 Carmen Alejandra Sagastume Dieguez

64. 200110421 Daniel Alejandro Domingo Morales

65. 200110426 Rosa María Rodríguez Mazariegos

66. 200110430 Zoily Andrea Esteban Rojas

67. 200110431 Aída María Troncony Maltés

68. 200110436 Angel Estuardo Morales Díaz

69. 200110444 Lindsay Cruz Falconery Merck Barrera

70. 200110447 Claudia Marina Ovando Escobar

71. 200110450 Sergio Andres Martínez Letona

72. 200110485 Lidia Virginia Guerra Alarcón

73. 200110489 Miriam Paola Arévalo Caballeros

74. 200110541 Quikab Hernández Xet

75. 200110543 Julio René Samayoa Cuc

76. 200110545 Annelizie Santizo Calderón

77. 200110571 Amanda María Terraza Sánchez

78. 200110583 Erwin Cumari Batres Coronado

79. 200110624 Bárbara Michelle Villagrán Mérida

80. 200110649 Nora Eneida Guisela Fuentes García

81. 200110660 Henser Giovani Rodas Garcia

82. 200110694 Mario Leonel Palma Marroquín

83. 200116853 Thelma Irene Alvarez Ful

84. 200120452 Mark Ernesto Arellano Estrada

85. 200120944 Mildred Valeska Colindres Sánchez

86. 200121088 Julio Armando Baten Hernández

87. 200210029 Melissa Judith Fuentes Miranda

88. 200210056 Celeste Ilusión González Morales

89. 200210071 Néstor Francisco Carrillo Muñoz

90. 200210099 Juan Pablo de León Fajardo

91. 200210112 Herbert Arturo Jacobo Dubón

92. 200210113 Ana Lisette Godoy Ocampo

93. 200210143 Ever Israel Cruz Avalos

94. 200210147 José Rodolfo Zamora Herrarte

95. 200210170 Fernando José Juárez Barillas

96. 200210182 Yánira Elizábeth Aguilar Muñóz

97. 200210195 Veronica Hernández Orellana

98. 200210228 Mariamor López Ovando

99. 200210248 Edna Lily Bojorquez Aguirre

100. 200210249 Gabriel Giovani Ramirez González

101. 200210320 David Fernando Galvez Merida

102. 200210331 Silvia Angélica Martínez Guzmán

103. 200210384 Febe Berenice Moraga Galán

104. 200210428 Sandra Elizabeth Recinos Gómez

105. 200210456 Milton Estuardo López Arroyo

106. 200210478 Victor David Puac Polanco

107. 200210558 Manuel Aroldo De León Garcia

108. 200210638 Ximena Lucía Rosas Soto

109. 200215809 Lesly Rossana González Méndez

110. 200215873 Manuel Odilio González Hí

111. 200216157 Silvia Vanessa Quiñonez

112. 200216248 Renato Adolfo Meoño Galván

113. 200216420 Karla María Tejeda Méndez

114. 200240122 Luis Carlos Urzúa Portillo

115. 200280003 Roy Enrique Rosado Vásquez

116. 200310110 María del Rosario Herrera García

117. 200310154 Cintia Abigail Orellana Rivas

118. 200310246 Dina Isabel Pérez Cifuentes

119. 200310254 Jenniffer Lissethe Linares Aceituno

120. 200310284 Mariaester Tobar Torres

121. 200310310 Francisco Javier Medrano Corado

122. 200310315 Daniel Enrique Cifuentes Noriega

123. 200310442 Norma Cecilia Cojulún Martínez

124. 200310505 Reina Olivia López Dubón

125. 200310620 Claudia Eugenia Aceituno Guerra

126. 200310652 Karen Waldina Letona Flores

127. 200310709 Billy Jonatan Cruz Avalos

128. 200310789 Fabiola María Aguilar González

129.	200310797	Walter Oswaldo Xiloj Tzoc	
130.	200310932	Cindy Paola Morataya Ortiz	
131.	200311009	Amanda Lucía del Valle Vega	
132.	200311062	José Alberto Argueta Mosquera	
133.	200311183	Denis Tyrone Chew Florián	
134.	200311200	Ronald Joaquin Morán Sandoval	
135.	200311202	Nestor Patricio Alvarez Hernandez	
136.	200311325	Verónica Lucía Patzán Guamuch	
137.	200318888	Juan Heber Castellanos Quiñónez	
138.	200380003	Guicelie Urbina Escalante	

RESUMEN

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 durante el período comprendido de mayo–julio de 2009. **Metodología:** Estudio descriptivo transversal, mediante la aplicación cara a cara de la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (Composite International Diagnostic Interview CIDI versión 2.1) a una muestra seleccionada por medio de un muestreo probabilístico, trietápico, estratificado y por conglomerados, consistente en 56 sectores cartográficos representativos de la población guatemalteca. Se aplicó la entrevista a un total de 1,452 personas de forma aleatoria. Se realizó la expansión de los datos de la muestra para que los resultados fueran representativos a nivel nacional. **Resultados:** Los trastornos de salud mental (TSM) se presentaron en el 27.8% de la población, es decir, 1 de cada 4 guatemaltecos ha padecido al menos un TSM en su vida de los cuales solamente el 2.3% ha buscado atención del mismo por un profesional de la salud. El sexo más afectado fue el femenino (62.1%), la edad más afectada fue la adulta (74%). La frecuencia de TSM en el área urbana fue 32%, comparada con el área rural que fue de 15%. El 20.2% de la población presentó trastornos neuróticos secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos (TNSSES) y de estos el primer lugar lo ocupa el trastorno de estrés postraumático (6.9%). De las personas que refirieron intentar suicidarse (2.7%) el 74% presentó al menos un TSM. El 12% de las personas con al menos un TSM refirió en la entrevista que fue afectada por el conflicto armado interno. **Conclusiones:** La prevalencia de TSM en la población guatemalteca fue de 27.8%. Los TSM se presentaron con más frecuencia en mujeres, en la edad adulta y cuya residencia fue en áreas urbanas. El trastorno de estrés post-traumático ocupa el primer lugar de los TSM (6.9%). El trastorno de humor más frecuente fue el depresivo que se presentó en 6.4% de la población. Se estima que 4.7% de la población ha tenido algún pensamiento suicida a lo largo de su vida y 2.7% ha intentado suicidarse. Solamente el 2.3% de la población guatemalteca que presentaban TSM ha consultado con algún profesional en salud.

ÍNDICE

1. Introducción 1

2. Objetivos 5

3. Marco Teórico 7

3.1 Introducción 7

3.2 Generalidades de salud mental en psiquiatría 8

3.2.1 Definición y campo de psiquiatría y salud mental 8

3.2.2 Principales problemas de salud mental 9

3.2.3 Salud Mental y otras enfermedades 10

3.2.4 Salud Mental y aspectos socioeconómicos 12

3.3 Epidemiología de los trastornos de salud mental 15

3.3.1 Magnitud e impacto de los trastornos de salud mental 15

3.3.2 Epidemiología a nivel mundial, América Latina y Guatemala 18

3.3.3 Brecha entre necesidad y atención de los TSM 21

3.4 Estudios epidemiológicos en salud mental 22

3.4.1 Tipos de acercamiento para conocer los problemas de salud mental 22

3.4.2 Contextualización general: iniciativa de salud mental 23

3.4.3 Información general de Guatemala 24

3.4.3.1 Conflicto armado interno y sus efectos psicosociales 25

3.4.3.2 Salud mental y pueblos indígenas 27

4. Metodología 31

4.1 Tipos y diseño de la investigación 31

4.2 Unidad de análisis 31

4.3 Población y muestra 31

4.3.1 Marco muestral 31

4.3.2 Tamaño de la muestra 32

4.3.3 Diseño muestral 33

4.3.4 Afijación de la muestra 34

4.3.5 Selección de la muestra 36

4.3.6 Niveles de desagregación de los resultados 38

4.3.7 Metodología de estimación 38

4.4 Criterios de inclusión y exclusión 38

4.5 Definición y operacionalización de las variables 40

4.6 Técnicas, procedimientos e instrumentos a realizar en la recolección de datos 43

4.7 Aspectos éticos de la investigación 48
4.8 Procesamiento y análisis de datos 49
4.9 Alcances y límites 50
5. Resultados 53
6. Discusión 59
7. Conclusiones 63
8. Recomendaciones 65
9. Referencias bibliográficas 67
10. Anexos 75
10.1 Anexo 1: Tabla de Kish 75
10.2 Anexo 2: Distribución de sectores por departamento de la República de Guatemala 76

1. INTRODUCCIÓN

La salud mental es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un estado de bienestar en la cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, trabajar productiva y fructíferamente y ser capaz de hacer una contribución a la comunidad**.** En el año 2001 la OMS promulgó "No hay salud sin salud mental" debido a que los trastornos de salud mental afectan a la sociedad en su totalidad, sin discriminar raza, sexo, estrato económico, o nivel educativo.(1-3).

Los Trastornos de Salud Mental (TSM) según la OMS están entre las enfermedades más prevalentes del mundo(3, 4). Se estima que 450 millones de personas padecen de un TSM o de conducta y se pronostica que aumentarán de manera significativa en los próximos 20 años (1). Estas son enfermedades comunes, de elevada morbilidad y altamente discapacitantes para quienes las sufren; estas representaron el 31.7% de los años de vida perdidos por discapacidad (APD) de la carga global de enfermedades para el año 2005 (OMS 2005) y se predice que aumentarán un 15% para el año 2020 (1, 5, 6). Estudios en alrededor del mundo muestran que los TSM afectan a una gran parte de la población; por ejemplo en México el 28,6% de la población encuestada reportó sintomatología para algún trastorno mental en su (7)(8). En Guatemala existen muy pocos datos sobre TSM, no existen estudios que evalúen la prevalencia de TSM a nivel nacional, y los datos existentes no son representativos para el país.

Guatemala es un país multilingüe, pluricultural y con un complejo desarrollo sociocultural y étnico; el país fue fuertemente golpeado por 36 años de conflicto armado interno (CAI) que terminó con la firma de los acuerdos de paz en el año de 1996. La Comisión para el Esclarecimiento Histórico de la Naciones Unidas conformada para registrar las atrocidades cometidas durante el CAI registró 42,275 víctimas de las cuales 82% era indígenas y que la responsabilidad en un 93% de la violaciones fue del Estado de Guatemala (9, 10). El alto impacto psicológico que afectó a la población guatemalteca durante este período se ve reflejado en la revisión de W. Herrera sobre "Trastornos mentales y conflicto armado interno en Guatemala", el cual reportó que los TSM se presentaban entre 2% y 52% en la población estudiada. Las condiciones de

violencia en el país continúan siendo preocupantes al punto que se ha reportado que la ciudad de Guatemala ocupa uno de los primeros puestos como ciudades más violentas en América Latina y el Caribe (11) afectando a todos los guatemaltecos; estas condiciones han sido relacionados directamente con la presencia de TSM. (12).

El propósito del presente estudio fue describir la epidemiología de los trastornos de salud mental en la República de Guatemala. Se siguió un diseño descriptivo, transversal con enfoque cuantitativo, sobre una muestra, diseñada por el Instituto Nacional de Estadística (INE), de tipo probabilística, estratificada, aleatoria, trietápica, con reemplazamiento consistente en 1398 viviendas distribuidas en 56 sectores cartográficos a nivel nacional, con un porcentaje de confiabilidad del 95%,; la unidad de información la constituyeron personas de 18 a 65 años hombres y mujeres; se utilizó el instrumento Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (CIDI –por sus siglas en inglés- versión 2.1) de la Organización Mundial de la Salud, el cual es utilizado por la mayoría de estudios epidemiológicos sobre TSM en todo el mundo; este estudio contó con el aval ético, del Comité de Bioética en Investigación en Salud de la División General de Investigación de la Universidad de San Carlos de Guatemala y del Comité de Ética del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala (MSPAS).

El presente estudio se constituye como el primer reporte epidemiológico sobre Trastornos de Salud Mental (TSM) en Guatemala y Centroamérica; los resultados mostraron que el 27.8% de los entrevistados fue diagnosticado con una o más de las categorías psiquiátricas de la Clasificación Internacional de Enfermedades décima edición CIE-10; esto significa que aproximadamente uno de cada cuatro guatemaltecos ha padecido de por lo menos un TSM en su vida, de los cuales 2.3% ha buscado tratamiento por un profesional de la salud. Las personas más afectadas fueron de sexo femenino y edad adulta. La frecuencia de TSM en el área urbana fue 32%, comparada con el área rural que fue de 15%. El 20.2% presentó trastornos neuróticos secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos (TNSSES) y de estos el primer lugar lo ocupa el trastorno de estrés postraumático (6.9%). De las personas que refirieron intentar suicidarse (2.7%) el 74% presentó al menos un TSM. El 12% de las personas con al menos un TSM refirió en la entrevista que fue afectada por el conflicto armado interno.

Los resultados de la ENSM dan cuenta que los TSM son comunes en la población guatemalteca y su frecuencia superior en 3.8% a lo reportado por la OMS como

promedio de otros estudios multicéntricos alrededor del mundo (13). La prevalencia de los principales TSM se ajusta a la distribución epidemiológica de otros reportes a nivel mundial (13-16) , con la única posible excepción del trastorno de estrés postraumático cuya alta prevalencia es similar a la descrita en poblaciones altamente impactadas por un desastre natural (17). A pesar que los TSM son comunes en la población guatemalteca, solamente un mínimo porcentaje consulta con servicios especializados de salud mental para tratar sus problemas. Es pertinente subrayar que estos resultados, resaltan la necesidad de incorporar la atención de los TSM como un componente integral en la atención primaria de salud.

La elevada frecuencia de TSM en la población guatemalteca y el potencial impacto discapacitante de éstos, hablan de un problema importante de salud pública que debe llamar la atención de planificadores sanitarios y tomadores de decisión con el fin de generar políticas públicas que garanticen una atención apropiada a las personas que los padecen. Sin embargo resalta también la necesidad de capacitar apropiadamente a los prestadores de servicios de salud que sirven actualmente a todo nivel y traslada la responsabilidad a las instituciones a cargo de la formación del nuevo recurso en salud para incorporar la salud mental y sus trastornos como parte fundamental en la instrucción integral de sus estudiantes.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

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 durante el período comprendido de mayo–julio de 2009.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

2.2.1 Identificar las características socio demográficas de la población a estudio.

2.2.2 Cuantificar la prevalencia de trastornos de salud mental según: edad, sexo y área de residencia.

2.2.3 Describir las prevalencias específicas para los principales trastornos de salud mental según la clasificación internacional de enfermedades (CIE-10) en la población guatemalteca.

2.2.4 Cuantificar el porcentaje de hombres y mujeres de 18 a 65 años de edad que ha consultado previamente a algún servicio de salud por algún trastorno de salud mental.

3. MARCO TEÓRICO

3.1 INTRODUCCIÓN

La salud integral de un individuo está determinada por diversos factores personales y ambientales que se integran en una dinámica colectiva que a su vez la determina. La salud mental, como parte constituyente de esta integralidad, es un estado de bienestar para el desarrollo y desenvolvimiento completo de cada persona en sus actividades cotidianas, con la familia y la comunidad.(1)

Los trastornos de salud mental (TSM) han sido tradicionalmente excluidos de las prioridades en salud; sin embargo, ante el evidente aumento de su prevalencia y su incuestionable impacto como una causa importante de discapacidad a nivel mundial, afortunadamente, esta tendencia se encuentra en transición. En el año 2001 la Organización Mundial de la Salud (OMS), hizo evidente que a pesar del reconocimiento de la importancia de las políticas de salud mental, el 40,5% de los países carecen de ellas y que un 33,3% no dispone de programas ni planes de atención adecuados, lo que determina que en muchos casos los trastornos mentales se traten de manera ineficaz y fragmentada.(13)

En Guatemala la salud mental, a pesar de formar parte de los programas de salud del Ministerio de Salud Pública, aun no constituye una prioridad dentro de los mismos, ubicándose de manera dispersa en la legislación del país. (18) De la misma forma, se carece de datos epidemiológicos que muestren de manera global, la situación en salud mental de la población guatemalteca y que evidencien la magnitud y el impacto de este problema en la salud. Adicionalmente, las condiciones históricas y sociales de Guatemala, tales como el conflicto interno armado de 36 años de duración y la situación actual de extrema violencia, son variables de esta complejidad que, de acuerdo a la evidencia, han sido relacionadas a un aumento en los indicadores de prevalencia de los TSM. (1, 19)

El conocimiento de los fundamentos de salud mental y sus relaciones con otras disciplinas, así como su magnitud y distribución en otros ámbitos constituye la base teórica necesaria para lograr un mejor entendimiento del problema.

3.2 GENERALIDADES DE SALUD MENTAL Y PSIQUIATRÍA

3.2.1 Definición y campo de psiquiatría y salud mental

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define a la salud mental como "el estado de bienestar por medio del cual los individuos reconocen sus habilidades, son capaces de hacer frente al estrés normal de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera, y contribuir a sus comunidades". (1, 2, 5)

El campo de estudio de la salud mental es el espacio donde la interrelación del individuo con la sociedad se verifica; en ese sentido se sabe que los trastornos de salud mental (TSM), afectan a las personas sin discriminar raza, sexo, condición socioeconómica, religión o cultura. La salud mental tiene una relación recíproca con el bienestar y la productividad de la sociedad y sus miembros.

La psiquiatría es la rama de la medicina que tiene por objeto la patología de la "vida en relación" a nivel de la integración que asegura la autonomía y la adaptación del hombre a las condiciones de su existencia.(20) Es el estudio de la enfermedad mental, los efectos bioquímicos y ambientales sobre la dinámica del comportamiento y cómo interactúan con el organismo para enfrentarse al medio ambiente.(21) El quehacer práctico de la psiquiatría no concluye en su ámbito médico-clínico, si no que abarca tanto aspectos relacionados con la prevención de la patología mental, como con la rehabilitación y reinserción social del enfermo, para lo que se ayuda y complementa con otras disciplinas afines. Es por eso que la consideración de la psiquiatría puede ser ampliada, tanto en la teoría como en la práctica, para incorporar al nivel clínico, el componente social y comunitario propio de las distintas actuaciones de protección de la salud mental.

La salud mental por mucho tiempo se ha confundido con la psiquiatría en cuanto a su campo de acción, reducida al ámbito de la enfermedad mental; considerando que es obligación de los psiquiatras exclusivamente el proporcionar la atención.(22) Siendo este el panorama se debe de tener en cuenta que estos conceptos cuyas definiciones son muy diferentes, si están relacionados de manera conceptual y operativa.

Salud mental y psiquiatría se pueden definir como una relación bidireccional en donde la salud mental es un marco global, de donde derivan diversos campos. La psiquiatría como rama de la salud mental se enfoca en la atención de TSM específicos y que requieren un tratamiento especializado, tratando de reincorporar al individuo a su entorno social.(22)

3.2.2 Principales problemas de Salud Mental

Según el estudio "Los Trastornos de Salud Mental de América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública" publicado por la revista Panamericana de Salud Pública en el 2005 en el cual se evaluaron estudios comunitarios realizados en América Latina desde 1980 hasta el 2004, (23) se concluyen que los trastornos de salud mental (TSM) que más afectan a la población latinoamericana son, en orden de frecuencia: **el alcoholismo o síndrome de dependencia al alcohol**, definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un trastorno crónico caracterizado por la ingestión de bebidas alcohólicas que interfiere con la salud y funcionamiento social y económico del individuo; (24) la **depresión mayor**, que consiste en un estado de ánimo deprimido, disminución del disfrute, apatía, perdida del interés, sentimiento de minusvalía, insomnio, anorexia e identificación suicida con una evolución y disfunción claramente definidas;(24) **la ansiedad generalizada**, ocupa el tercer lugar y se caracteriza por excesiva ansiedad cognitiva que se manifiesta por preocupación o temor exagerado en relación con la salud, la economía, el trabajo, la familia, y otros; a menudo se presenta con ansiedad anticipatoria y sintomatología somática; (24) la **distimia** es un estado de ánimo deprimido crónico

que se caracteriza por una depresión leve de larga duración por los menos de dos años y con intervalos cortos asintomáticos; el quinto en frecuencia es el (24) **trastorno obsesivo-compulsivo**, el cual se caracteriza por pensamientos impulsivos o imágenes recurrentes y persistentes que invaden la mente en contra de su voluntad causando ansiedad y malestar marcado que provocan comportamientos y acciones que el paciente repite una y otra vez para intentar disminuir su ansiedad;(24) entre otros TSM menos frecuentes se pueden mencionar, **crisis de pánico, esquizofrenia, drogadicción, psicosis afectiva y trastorno bipolar**.(23)

Lo anterior presenta una visión general de las principales características clínicas de los TSM más frecuentes cuya descripción detallada escapa de los alcances de esta revisión.

3.2.3 Salud mental y otras enfermedades

Ni la salud física ni la salud mental pueden existir solas. El funcionamiento de las esferas mentales, físicas y sociales son interdependientes. No existe un individuo saludable sin un estado de balance incluyendo el propio ser, los otros y el ambiente. (5) La prevalencia de factores de riesgo perjudiciales constituyen determinantes en las conductas de riesgo como la práctica de sexo sin protección, accidentes de tránsito asociados al abuso de sustancias, inactividad física, entre otros; estos a su vez pueden producir discapacidad física y perdida de años de vida productiva, convirtiéndose así en un círculo vicioso, donde no existe salud mental sin salud física y viceversa.(5)

Según el informe sobre la Salud en el Mundo 2001, tres de los 10 factores de riesgo principales atribuibles a la carga mundial de las enfermedades, eran de naturaleza mental/conductual (uso de tabaco y alcohol, actividad sexual sin protección) mientras que otros tres están significativamente afectados por factores mentales/conductuales (sobrepeso, hipertensión arterial e hipercolesterinemia). Lo cual establece una clara relación entre las enfermedades mentales con otros problemas de salud.(13)

Estudios de cohortes en Estados Unidos de América sugieren que la depresión aumenta el riesgo de padecer diabetes mellitus tipo 2, esta evidencia de comorbilidad es muy fuerte; específicamente esta prevalencia aumenta en pacientes con esquizofrenia (15%) comparado con la prevalencia típica en la población (2-3%). Los pacientes que presentan alguna comorbilidad muestran poca adherencia al tratamiento con hipoglicemiantes orales, dieta y ejercicio, lo cual disminuye la eficacia del tratamiento médico y contribuye a aumentar la mortalidad.(1, 3)

Algunas enfermedades influyen en el riesgo de padecer TSM afectando de forma directa al cerebro, como lo son la malaria, virus de inmunodeficiencia humana (VIH), tuberculosis, enfermedad cerebro vascular, diabetes. Las consecuencias de estos efectos dependen del sitio y extensión del daño cerebral y pueden incluir cambios de conducta, deficiencias cognitivas y alucinaciones entre otros. También la discapacidad que todas estas enfermedades producen, pueden aumentar el riesgo de padecer depresión y otros TSM.(3)

En el caso de la malaria severa, ha sido asociada con autolimitación de TSM, incluyendo depresión, esquizofrenia y síndromes maníacos, y ataques de ansiedad; el tratamiento, especialmente con cloroquina puede ser un factor asociado. Una revisión sistemática provee evidencia de que las personas que han padecido malaria han presentado efectos a corto y largo plazo relacionados con la función cognitiva, especialmente en la infección a nivel cerebral; ya que ésta ha provocado déficit de memoria, lenguaje y atención.(3)

En la práctica médica, alrededor del 15% de los pacientes vistos en el primer nivel de atención el clínico se encuentra con situaciones en las cuales el paciente refiere síntomas medicamente inexplicables acompañados de distrés psicológico, los cuales incluyen dolor, fatiga, insomnio entre otros; y síndromes que guardan relación con la somatización como lo son síndrome del colon irritable, fibromialgia, dolor pélvico crónico y disfunción sexual. Estos síntomas y síndromes están fuertemente asociados con trastornos mentales

comunes, sin embargo al menos un tercio de estos no presentan comorbilidad con TSM. Llegando el costo de atención de personas con síntomas psicosomáticos a $256 billones de dólares por año en los Estados Unidos de América. La intervención y la implementación de estrategias específicas así como de tratamientos estructurados, medicamentos antidepresivos y terapias cognitivo-conductuales reducen los síntomas somáticos y el uso de servicios de salud.(3)

Se pude concluir que la comorbilidad resulta entre otros, en un cumplimiento menor del tratamiento médico, aumento en la discapacidad y mortalidad; no obstante, la mayoría de las veces los trastornos comórbidos pasan desapercibidos y hasta pueden tratarse de una manera no apropiada.(20) Una mayor conciencia y comprensión, de estas relaciones, así como el manejo integral del problema puede aliviar la carga causada por los trastornos comórbidos, tanto en la persona, su familia, la sociedad y los servicios de salud.

3.2.4 Salud mental y aspectos socioeconómicos

Los problemas de salud mental interactúan con los de tipo social y de conducta ejerciendo un impacto directo sobre la conducta del individuo y de la comunidad. La asociación entre pobreza y los trastornos de salud mental (TSM) es universal y ocurre en todas las sociedades, independientemente de sus niveles de desarrollo. (5) Existen diferentes factores que influyen en dicha asociación, tales como la inseguridad y la desesperanza, el rápido cambio social y los riesgos de violencia, además de problemas de salud física, lo cual explica la mayor vulnerabilidad de las personas pobres de cualquier país a desarrollar TSM.(1) Se ha visto que la promoción de la salud mental reclama la paz, justicia social y condiciones de vivienda aceptables, educación y empleo (8). Los avances del siglo XX mediante el aprendizaje en neurociencias, logró un mejor abordaje de los determinantes sociales de la salud mental, determinando que la expresión de genes puede configurarse mediante agentes exógenos y ser moldeada por la experiencia social. (23)

Los estratos socioeconómicos más bajos tenían una mortalidad dos veces y media mayor que los estratos superiores, lo cual produjo un debate sobre la naturaleza, dimensiones y orígenes de las desigualdades en salud al reconocer el papel de la estructura socioeconómica en la determinación de la distribución de la salud y el bienestar de la población. El desarrollo teórico y empírico de las desigualdades en salud continúan siendo un problema tangible. (25)

Existen dos hipótesis planteadas por Almeida y Filho que podría explicar la distribución de los TSM. La primera es sociocultural en la cual los TSM se deben al estrés generado por los rápidos cambios actuales asociados a la migración del campo a la ciudad y a la modernización. La segunda es de exclusión económica en la que los TSM son resultado directo del desempleo. (25)

La fundación Victorian para la promoción de la salud en Australia elaboró un marco conceptual para la acción con el fin de guiar sus esfuerzos de promoción de la salud mental, este marco se concentra en tres de los determinantes de la salud mental, los cuales son: inclusión social, ausencia de la discriminación y violencia, así como posición económica; el objetivo de este marco es disminuir las desigualdades en salud, identificar los grupos prioritarios de la población, áreas y entornos para acción y descripción de los beneficios esperados.(5)

Se ha llegado a determinar que el número de factores de estrés es mayor en las grandes ciudades que en el medio rural, debido a problemas inherentes, tales como la contaminación, inseguridad, grandes desplazamientos a centros de trabajo, y otros. De acuerdo al Banco Mundial, América Latina es la región más violenta del mundo con cerca de 30 asesinatos por cada 100,000 habitantes, México en 1998 ocupaba el tercer lugar a nivel mundial en cuanto a la comisión de homicidios internacional y el segundo lugar en secuestros, constituyéndose estos hechos como causa y consecuencia de diversos TSM.(8) Actualmente Guatemala ocupa uno de los primeros puestos como ciudades más violentas en América Latina. (11)

Datos de la National Comorbidity Survey (1994), determinan que mientras la baja escolaridad se relacionaba negativamente con la prevalencia de ataques y trastornos de pánico, los bajos ingresos económicos se relacionaban con agorafobia; por otro lado, los trastornos de personalidad antisocial se encontraban relacionados a ambos factores.(1, 25) Existe evidencia científica que la depresión prevalece de 1.5 a 2 veces más entre las personas de bajos ingresos de la población, por lo que la pobreza puede considerarse un determinante importante de los TSM y viceversa, encontrándose unidos bidireccionalmente afectando diversas dimensiones del desarrollo individual y social. (1) En la mayoría de estudios se ha observado que los países de América Latina pertenecientes a estratos socioeconómicos bajos están asociados con mayor riesgo de intento de suicidio, sintomatología depresiva y ansiedad. (25)

Las personas afectas por TSM además de pagar un precio social y económico por su condición, son víctimas de discriminación, violencia de sus derechos humanos y estigma por parte del resto de la sociedad. Esto ocurre en todas las clases sociales, y no solo afecta al individuo, conlleva efectos en la familia como temor, negación, incomodidad, rabia, rechazo. Las personas con TSM deben afrontar discriminación, negativas de empleo, oportunidades de educación, inaccesibilidad a los seguros de salud y programas de viviendas. Todos estos factores son consecuencias de tener TSM pero también son causas, que encierran a las personas afectadas por un TSM en un círculo vicioso que impide su reintegración a la sociedad. (1)

Guatemala sufrió durante 36 años (1960 -1996) el conflicto armado interno donde se estima entre 150,000 a 200,000 civiles muertos, un millón de personas desplazadas internas y se reportan 350,000 exiliados guatemaltecos viviendo en México y Estados Unidos. La militarización cotidiana conduce a la militarización de la mente, por lo que se piensa, siente la necesidad y finalmente adopta la “ley del más fuerte”, esto a su vez perpetúa la violencia estructural. (12, 26)

Los desplazamientos internos y migraciones forzadas hacia ciudades satélites y barrios de emergencia crearon lo que hoy constituyen los

cinturones de pobreza. En estos asentamientos; la vivienda precaria, la desocupación, contaminación ambiental, violencia doméstica, inseguridad y ausencia de servicios mínimos son las características dominantes que se transforman a fuentes de estrés agregado. El trauma psicosocial representa la deshumanización de las relaciones sociales. (12, 26)

No solamente las secuelas físicas y sociales repercuten en el individuo expuesto a experiencias de violencia extrema, se reporta en forma consistente síntomas compatibles con trauma de estrés postraumático siendo esta una respuesta psicopatológica universal frente al trauma. La trascendencia de la violación política a los derechos humanos durante el conflicto interno armado trascienden directamente en el daño transgeneracional.(12, 26)

3.3 EPIDEMIOLOGÍA DE LOS TRASTORNOS DE SALUD MENTAL

3.3.1 Magnitud e impacto de los trastornos de salud mental

A pesar de que los trastornos de salud mental (TSM) constituyen importantes problemas de salud pública, se ha subestimado su magnitud. A nivel mundial las cifras son alarmantes, 450 millones de personas sufren de un TSM o de la conducta; alrededor de 1 millón de personas se suicida cada año; 4 de las 6 causas principales de los años vividos con discapacidad resultan de trastornos neuropsiquiátricos; alrededor de 25 millones de individuos sufren de esquizofrenia; mas de 90 millones de personas sufren TSM causados por el abuso de sustancias; 1 de cada 4 familias tiene por lo menos un miembro afectado por algún TSM y los miembros de la familia son frecuentemente cuidadores primarios de las personas que sufren un TSM siendo la magnitud de la carga en la familia difícil de evaluar. Además se estima que la carga de los TSM aumentará significativamente en los próximos 20 años. (1)

Los TSM constituyen una carga significativa para la familia. La carga va más allá que lo definido por los Años de Vida Ajustados en función de la Discapacidad (AVAD) Se trata de una medida de la pérdida de salud que combina la información relativa al impacto de

la muerte prematura y la relativa a la discapacidad y a otros problemas de salud no mortales. Un AVAD puede concebirse como un año de vida «sana» perdido, y la carga de morbilidad, como una medida del desfase entre el estado de salud actual y una situación ideal en la que todas las personas viven hasta la edad adulta sin ningún tipo de enfermedad o discapacidad (13). La magnitud de la carga de los TSM en los miembros de la familia es difícil de apreciar, y, por consiguiente, aún permanecen ignorados. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2001, el 33% de los años vividos con discapacidad son causados por los trastornos neuropsiquiátricos, siendo el trastorno de depresión unipolar la causa del 12.5% de años vividos con discapacidad, constituyendo la tercera causa contribuyente a la carga global de enfermedad.(1)

La salud mental al igual que los TSM, están determinados por muchos factores tanto biológicos, sociales y psicológicos, y a su vez, estos influyen de manera impactante dentro de la sociedad. En 1990 se estimó que las afecciones psiquiátricas y neurológicas explicaban el 8.8% de los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) observados en América Latina y el Caribe (1). En 2002, esa carga había ascendido a más del doble, 22.2%, según datos obtenidos del proyecto Carga Mundial de Morbilidad de la OMS. (23)

Las personas afectadas por TSM soportan disminución de ingresos personales, reducción de habilidades de la persona enferma y con frecuencia de sus cuidadores para trabajar, productividad en el trabajo, en la contribución a la economía nacional, además del aumento de los servicios de atención y apoyo.(1)

El número de individuos afectados por TSM va en ascenso debido al envejecimiento de las poblaciones y como resultado de conflictos sociales, lo que implica un alto costo en términos de discapacidad, miseria y sufrimiento. El excedente de discapacidad aportado por los TSM se da, en parte, a que aparecen en una edad más temprana que otras enfermedades crónicas; en América Latina y el Caribe, la carga va en ascenso, pudiendo deberse a la transición epidemiológica, es decir, al desplazamiento de las enfermedades

transmisibles por las de tipo crónicas; a la desviación de la mayor parte de la atención a trastornos emergentes como el SIDA y la violencia que han ocupado un lugar de importancia actual y a un cambio en la estructura poblacional que lleva a que un mayor número de personas alcancen la edad que las coloca en riesgo de sufrir TSM propios de la adultez.(1)

El Banco Mundial proyecta que entre el año 2000 al 2015, la población total de América Latina y el Caribe aumentará en un 28%, lo cual indica que el aumento poblacional más rápido se observará en el grupo de personas de edad avanzada, lo cual se relaciona al incremento de TSM. (23)

Existen estudios epidemiológicos de tipo comunitario publicados desde el año 1980, sobre trastornos mentales, que permiten darnos una idea sobre la magnitud de la carga de los mismos sobre la salud, en ellos se calculaban las tasas de prevalencia de TSM específicos en diversos países del Continente Americano por medio del uso de instrumentos de entrevista ligados a los criterios diagnósticos actuales (1). Los primeros resultados de encuestas de salud mental realizadas en varios países de Latinoamérica, demuestran que cerca del 80% de las personas con TSM no tienen acceso a los servicios de salud. (27)

Actualmente, para conocer la epidemiología de las condiciones de salud mental en varios países se han utilizado instrumentos estandarizados dentro de los cuales están; la Exploración del Estado Actual (Present State Examination PSE), el Instrumento de Entrevista Diagnostica (Diagnostic Interview Schedule DIS) y la Entrevista Diagnostica Internacional Compuesta (Composite International Diagnostic Interview, CIDI).(1) El instrumento más utilizado actualmente es el CIDI, diseñado para ser usado por entrevistadores entrenados para establecer la evaluación de los TSM, de acuerdo con las definiciones y criterios de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) y al Manual Diagnóstico y Estadístico de los TSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV), que permite al investigador: medir la

prevalencia de los TSM, medir de la gravedad de estos trastornos, determinar la carga de los mismos, evaluar la utilización de los servicios, valuar el uso de medicamentos en el tratamiento de estos trastornos, evaluar qué TSM se tratan, cuales permanecen sin tratamiento, y cuáles son las barreras del mismo. (28) Entre los países que han utilizado el CIDI se encuentran, España, Colombia, México, Estados Unidos, Alemania, Francia, Italia, entre otros.(28)

3.3.2 Epidemiología a nivel Mundial, América Latina y Guatemala.

La meta de la OMS es asegurar que a nivel mundial se integre la salud mental en los sistemas de atención sanitaria. Los hechos que respaldan esta prevención es que el 14% de la carga mundial de enfermedades (conjunto de estimaciones de la mortalidad y morbilidad por edades, sexos y regiones)(13) se atribuye a trastornos de salud mental (TSM) neurológicos y relacionados con el consumo de sustancias. La depresión es la cuarta causa principal de la carga global de enfermedades y se prevée que para el año 2030 se convierta en la segunda. El uso nocivo de alcohol, es el quinto factor de riesgo principal en el mundo, para muerte prematura e incapacidad. (29)

Según el informe sobre, la salud en el mundo 2002, el abuso de alcohol es el factor de riesgo que más influye en la carga de enfermedades en las Américas (más de 10% de la carga de morbilidad general) y en el 2000 ocasionó como mínimo 225,000 defunciones y representó, 250,000 años de vida ajustados en función de discapacidad (AVAD).

En relación a las investigaciones realizadas en los últimos años en América Latina se calcula que el número de personas con TSM en la región de las Américas aumentará de 114 millones en 1990 a 176 millones en 2010. Para el año 2000, este tipo de trastorno representaba el 24% de la carga de enfermedades en la región, siendo la depresión el principal componente de esa carga.(27)

Según los resultados obtenidos en la investigación de los TSM en América Latina y el Caribe es un reto para la salud pública

desempeñar un papel más importante en la prevención y tratamiento de las enfermedades crónicas y emergentes en las cuales hay un componente conductual y no al tratamiento exclusivo de TSM graves.

La prevalencia de los principales TSM de la población en América Latina son la depresión mayor que presenta un 9.7%, dependencia al alcohol 9.6%, trastorno de estrés postraumático 4.3%, distimia 3.4%, ansiedad generalizada 2.9% y agorafobia 2.6%. La carga de las enfermedades mentales en tasas de prevalencia media estimada en toda la vida que afectaron al mayor número de adultos fueron la depresión mayor que mostró un 8.7% y la frecuencia de la enfermedad es casi el doble en mujeres; la distimia fue la mitad de la observada en el caso de la depresión mayor; el abuso o dependencia del alcohol es del 11.3% observándose tasas de prevalencia mucho mayores en hombres que en mujeres y los trastornos de ansiedad generalizada con un 5.5% y es más frecuente en mujeres que en varones.(23)

Para finales de las décadas de 1990, según la OMS (2002), al menos diez países en el continente americano registraron tasas de homicidios superiores a la tasa mundial de 8.9 y al menos cuatro países registraron tasas de homicidios superiores a 20. En términos absolutos, se estima que en América Latina y el Caribe mueren por homicidio entre 110,000 y 120,000 personas cada año. (30) Por ser América Latina la región con mayor desigualdad en la distribución del ingreso en el mundo, lo que contribuye a los altos niveles de violencia en la región.

Existe escaso interés sobre la realización de estudios epidemiológicos a nivel nacional de salud mental por lo que la información disponible no es abundante, sin embargo algunos estudios aislados realizados a nivel de atención terciaria o por instituciones privadas pueden proporcionar un panorama de la situación de salud mental en Guatemala.

El estudio “Frecuencia del diagnóstico del trastorno bipolar y la descripción de su tratamiento en el Hospital San Juan de Dios.” (Aguilar 2005) reporta que los 5 diagnósticos más frecuentes a nivel de esa institución hospitalaria son: Trastorno bipolar 17.8%; epilepsia 11.4%; esquizofrenia 6.1%; deterioro cognitivo-conductual 1.9% y trastorno de pánico 1.4%. (31)

La OMS en su Informe sobre los Sistemas de Salud Mental en Nicaragua, El Salvador y Guatemala (2006) reporta en los establecimientos de atención ambulatorios los siguientes porcentajes de atención por TSM: 29% consulta por trastornos de ánimo, 29% por trastornos neuróticos, esquizofrenia 17%, 3% por abuso de sustancias, 2% por trastornos neuróticos y 20% entre otros trastornos. En hospitales de atención psiquiátrica el TSM con mayor frecuencia de hospitalización son los pacientes con esquizofrenia. (19)

En el estudio publicado en México de “Violencia, crimen y desarrollo social en América Latina y el Caribe” registró en Guatemala una elevada tasa promedio de homicidios superior a 50 por cada 100,000 habitantes durante las décadas de 1980 a 1990.(30)

En el 2006 la tesis “Perfil Inicial en Salud Mental del Guatemalteco” publicada en la Escuela de Ciencias Psicológicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, en donde se entrevistaron a 3119 personas a Nivel Nacional, mostro los siguientes resultados: el 7.6% de la población ha padecido de algún TSM y el 8.3% reportó tener familiares con TSM; con respecto al abuso de sustancias el 10.48% mencionó que consume tabaco, el 8.28% mencionó que ingiere alcohol y un 34% que consume algún tipo de droga. (32)

Los pocos datos disponibles confiables a nivel nacional evidencian que los TSM son un problema presente en la población guatemalteca, de ahí la importancia de crear un registro estadístico confiable que ayude a visualizar la dimensión de los TSM a nivel nacional.

3.3.3 Brecha entre necesidad y atención de los TSM

Es evidente la necesidad global de atención en salud mental, más aún por la carga económica que los trastornos de salud mental (TSM) acarrean y que tiene repercusión a nivel individual, familiar y social. El costo de los TSM en países desarrollados se estima entre el 3% y el 4% del Producto Nacional Bruto. En países desarrollados, que cuenta con sistemas de atención bien establecidos, y a pesar de ello, entre el 44% y el 70% de las personas con TSM no reciben tratamiento. En los países en desarrollo estas cifras son aún mucho más dramáticas y llegan casi al 90%. (23)

En muchos países de América Latina y el Caribe, el gasto en la salud mental y el número de camas para pacientes psiquiátricos, son mucho menores que en Canadá y Estados Unidos. (1) Cerrar la brecha entre necesidad y atención de los TSM, es una clara obligación no sólo para la Organización Mundial de la Salud (OMS), sino también para los gobiernos, agencias de cooperación para el desarrollo, fundaciones, instituciones de investigación y la comunidad del mundo de los negocios.

La OMS ha establecido el Programa Mundial de Acción en Salud Mental, para atender las necesidades creadas por los TSM. Esta estrategia tiene como base apoyar así como promover proyectos y actividades, tales como la Campaña Mundial Contra la Epilepsia, la Campaña Mundial de Prevención del Suicidio, y fortalecer políticas sobre el uso y restricción del alcohol. La OMS se encuentra también desarrollando protocolos para casos de emergencias y para el manejo de TSM. Estos esfuerzos están por lo general destinados a países de bajos o medianos ingresos, donde la brecha de servicios es mayor. (27)

A juzgar por los resultados, la situación de la salud mental en América Latina y el Caribe constituye un reto de grandes proporciones para la salud pública que se acentúa a medida que va cambiando la estructura poblacional.

3.4 ESTUDIOS EPIDEMIOLÓGICOS EN SALUD MENTAL

3.4.1 Tipo de acercamientos para conocer los problemas de salud mental.

Se ha clasificado a la epidemiología de los trastornos de salud mental (TSM) en tres generaciones. La primera consistió en estudios centrados en el uso de registros e informantes clave para determinar la prevalencia comunitaria de TSM, más allá de los registros hospitalarios; la segunda, posterior a la Segunda Guerra Mundial, utilizó por primera vez entrevistas individuales a muestras comunitarias. La inmensa mayoría de los estudios de la segunda generación se basaron en instrumentos de medición que sólo permiten ubicar al sujeto en un continuo de salud-enfermedad mental, con poca especificidad, midiendo elementos generales de tensión psíquica. La tercera generación de estudios inicia a fines de los años setenta, cuando los instrumentos de medición epidemiológica utilizados ya permiten detectar TSM específicos. La investigación epidemiológica moderna de los TSM utiliza el arsenal metodológico común a otras áreas de la epidemiología, tales como los diseños transversales, los estudios de casos y controles, y los de cohorte. (33)

No obstante a los avances en la aplicación de los diseños epidemiológicos en el estudio de los TSM la mayoría de los trabajos en este campo aún son de tipo descriptivo, principalmente trasversales, y referidos a la prevalencia de los TSM. Y por lo tanto comparten todas las limitaciones y sesgos de los estudios transversales tradicionales. (33)

Otro aspecto limitante es decidir entre enfoque cuantitativo o cualitativo. El enfoque cuantitativo identifica las causas y cuantifica con más precisión la distribución de la enfermedad, pero pierde el carácter subjetivo y fenomenológico de la experiencia humana. Por otra parte, tenemos el enfoque cualitativo que intenta recuperar el contexto y las dimensiones humanas del fenómeno, utilizando el lenguaje de las palabras y un enfoque naturalista. En este debate de lo cuantitativo y lo cualitativo, se encuentran tres modelos: El modelo purista que opina que

ambos enfoques no son integrables y que no pueden ser combinados. El modelo ecléctico o situacional el cual considera ambos enfoques como válidos, que la aplicación de uno u otro depende de la situación y que es posible utilizar ambos en un mismo estudio. El modelo pragmático que propone la integración de ambos enfoques con el fin de aumentar la credibilidad de los resultados. (34)

En las ciencias de la salud, particularmente en la epidemiología, existe consenso creciente entre los investigadores que la combinación de enfoques cualitativos y cuantitativos mejora la exactitud o precisión de los juicios y aumenta significativamente la confiabilidad de los resultados a través de la recolección de datos sobre el mismo fenómeno, desde distintas perspectivas.(34)

3.4.2 Contextualización General: Iniciativa Mundial de Salud Mental.

Los trastornos de salud mental (TSM) son muy variados, dependen de cada persona, están determinados tanto por factores biológicos, sociales y ambientales, por lo cual son complejos y consecuentemente difíciles de diagnosticas y clasificar. En ese sentido el diseño y aplicación de instrumentos de evaluación con fines clínicos y estadísticos, es siempre un desafío para los investigadores en la materia.

Algunas de las entrevistas psiquiatrías de última generación se han desarrollado dentro de un programa conjunto con la OMS y la Alcohol, Drug Abuse and Mental Health Adiministration (ADAM) con el objetivo de generar dos instrumentos de exploración psiquiátrica que sean válidos para ser utilizados a nivel internacional y los nuevos sistemas nosológicos (DSMV III y CIE-10); el primero que estuviera dirigido a ser aplicado en una muestra de pacientes previamente conocidos como lo es el Schedule for Clinical Assessement in Neuropsychiatry (SCAN) y otro a la población general conocido como Composite Internacional Diagnostic Interview (CIDI) (35)

Basados en estos instrumentos la OMS toma la iniciativa de realizar The World Mental Health Survey Iniciative (WMHS), esta se creó en 1998, con la finalidad de analizar la situación de salud mental de la población en general y comparar la epidemiología dentro de los diferentes países.

La primera generación se llevó a cabo en representación regional o nacional de 28 países, el instrumento que se aplicó fue el CIDI en adultos mayores de 18 años, con una muestra mínima de 5000 entrevistas por país, se realizó una estandarización de la entrevista, creándose protocolos de entrenamiento y de análisis de datos. Las entrevistas se aplicaron en los 5 continentes: en África se realizó en los países de Nigeria y Sudáfrica, en América se realizo en Brasil, Colombia, México, Perú, Estados Unidos; en Asia se realizó en India y Nepal, China, y Japón. En Europa se realizó en Bélgica, Bulgaria, Francia, Italia, Israel, Noruega, Irlanda del Norte, Portugal, Rumania, España, Turquía, Ucrania, Iraq, Arabia Saudita, Líbano, Nueva Zelanda y Australia. (36) Actualmente la entrevista se ha realizado en cerca de 30 países, se han aplicado más de 200,000 entrevistas, incluyéndose nuevas versiones del CIDI para evaluar trastornos mentales nuevos. (36)

3.4.3 Información General de Guatemala.

El objetivo de la siguiente descripción es ubicar al lector en el contexto nacional para reconocer la diversidad que posee Guatemala, y entender el complejo escenario en donde esta encuesta se desarrolla.

La República de Guatemala está situada en América Central; cuenta con una población mayor a los 14 millones, se encuentra organizada en 22 departamentos y 334 municipios. Dentro de su historia se desarrollaron varias culturas, dentro de las cuales se destacó la civilización maya, esto representa una riquísima diversidad que a su vez determina un complejo desarrollo sociocultural y étnico diverso en cada región.(37) (19)

Los límites territoriales al oeste y al norte por México, al este por Belice y el mar Caribe (golfo de Honduras), al sudeste por Honduras y El Salvador, y al sur por el Océano Pacífico. Excepto por las áreas costeras, Guatemala es en su mayoría montañosa, con un clima cálido tropical, más templado en el altiplano. La mayoría de las ciudades principales están situadas en la parte sur del país; las ciudades principales son la capital Ciudad de Guatemala, Quetzaltenango y Escuintla. El gran Lago de Izabal está situado cerca de la costa Caribeña. (19, 37)

Las actuales culturas de Guatemala reúnen en numerosas influencias provenientes de culturas maya, española y afro caribeña, y en menor medida europea, mexicana y norteamericana. Las influencias de los indígenas y de los colonos españoles aún pueden ser vistas por toda Guatemala. En total contamos con 4 culturas: maya (con 22 comunidades lingüísticas), garífuna, Xinca y ladina; que se relacionan de diferente forma con la naturaleza, que ejemplifica las dificultades para realizar este estudio. (19, 37)

Aunque el idioma oficial es el español, se reconocen oficialmente 21 idiomas mayas, entre ellos Kaq'chikel 16%, K'iché 30%, Mam 18%, Q´eqchi´ 11%, además Akateko, Xinca y garífuna. Demográficamente el 43% de la población guatemalteca reside en el área rural y de esta 42% es indígena. El 62.6% de la población es menor de 24 años, un 18% corresponde a adolescentes y 4% a mayores de 60 años. La expectativa de vida es de 65 a 87 años. (19) (37)

La economía proveniente del suelo, es el recurso más importante de Guatemala que se basa en la agricultura (maíz, café, frijol, tomate, azúcar, tabaco y algodón, etc.), algunos de los minerales con que cuenta el país, aunque no todos suficientemente explotados, son hierro, petróleo, níquel, plomo, zinc y cromita; se han descubierto depósitos de uranio y mercurio. En el altiplano del departamento de San Marcos, desde el año 2006 se explota el oro. La región de El Petén proporciona especies arbóreas maderables y medicinales, como árbol del hule, chicozapote , ébano , caoba, palo de rosa y otros; la madera y sus productos se utilizan tanto para el consumo local como para la exportación, así también se explota en menor grado petróleo.(19, 37)

3.4.3.1 Conflicto armado interno y sus efectos psicosociales.

Guatemala es un país con una historia reciente de 36 años de conflicto armado interno, que terminó con la firma de los acuerdo de paz entre el gobierno y la Unidad Revolucionaria Nacional Guatemalteca (URNG) en diciembre de 1996. La sociedad civil sufrió directa e indirectamente la violencia y control militar de ambas fuerzas armadas. (9, 10)

La Comisión para el Esclarecimiento Histórico de las Naciones Unidas (CEH) en Guatemala registró un total de 42,275 víctimas, con a base a 7,338 testimonios recogidos. De las personas plenamente identificadas, el 83% eran mayas, indígenas, y el 17% eran ladinos, no indígenas. La CEH comprueba que la responsabilidad del 93% de las violaciones registradas recae sobre el Estado de Guatemala, esto incluye Ejercito Nacional, patrullas de autodefensa civil, comisionados militares, otras fuerzas de seguridad del Estado y escuadrones de la muerte. El 3% se les atribuye a la guerrilla y el 4% a otros sin identificar.

La CEH estima entre 150,000 a 200,000 civiles muertos y un millón de personas desplazadas en el área interna. Se reportan unos 350,000 exiliados guatemaltecos viviendo principalmente en México y Estados Unidos.

Estos hechos de violencia durante la guerra, el rompimiento de las familias y las pérdidas que han sido experimentadas hasta ahora en la región, afectarían a la salud mental en generaciones futuras. Esto se demuestra con los diferentes estudios realizados que demuestran una elevada prevalencia de trastornos mentales en los guatemaltecos. (9, 10)

En el estudio de W. Herrera sobre "Trastornos mentales y conflicto armado interno en Guatemala", efectúo una revisión de ocho artículos epidemiológicos publicados entre 1962 y 2004 con el objetivo de conocer el impacto psicológico que tuvo el conflicto armado sobre la salud mental de los guatemaltecos. Los resultados demuestran una elevada prevalencia de trastornos mentales en diferentes grupos de poblaciones afectadas por la violencia; para la depresión rangos de 38.8% y 41.8%; para los cuadros de ansiedad intervalos de 27.7% y 54.4%; para los problemas del sueño 75% y para el trastorno de estrés postraumático (TEPT), estudios con frecuencias bajas entre un 2% y un 11.8% y otros estudios que demuestran prevalencias mayores entre 32% y un 52%. (Herrera 2005) En esta revisión se llegó a la conclusión que las prevalencias de trastornos mentales

pueden ser interpretadas como elevadas cuando se comparan con estudios poblacionales de personas no expuestas al conflicto armado, donde los rangos del TEPT van del 0,5 al 11.7%, permitiendo sugerir que estos hallazgos están altamente relacionadas a las experiencias traumáticas relacionadas al conflicto armado y del exilio en Guatemala.(12)

En el 2006 se realizó un estudio en guatemaltecos con ascendencia maya refugiados en México (Sabin 2006). Se aplicó una encuesta para evaluar la prevalencia de enfermedades mentales en adultos mayores de 16 años. En las cinco aldeas evaluadas se reportó que el 8.9% cumple con los criterios de estrés postraumático; 17.3% los de ansiedad y 47.8% los de depresión. Estos datos son similares a los reportados en otras partes del mundo y muestran consistentemente una mayor incidencia comparados con la población no expuesta a las mencionadas experiencias traumáticas. (38)

3.4.3.2 Salud mental y pueblos indígenas

La población indígena de América Latina y el Caribe representa el 10.2% aproximadamente de la población mundial, de los cuales el 90% se concentra en Centroamérica y la Subregión Andina. El pueblo maya-quiché conforma la mayoría de población indígena del país. Asimismo existen los pueblos minoritarios, Xinca y Garífuna. (Libro no publicado)[1]

De la población total guatemalteca, el 38.4% son indígenas, según datos del Instituto Nacional de Estadística de Guatemala (INE)(37) , aunque según algunas organizaciones indígenas, este porcentaje supera el 60% de la población del país. (39) Y según el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) el

[1] Kohn Robert, Situación de la Salud Mental en los Pueblos Indígenas. Biblioteca personal. Pendiente de publicación. 2009.

41 % de la población guatemalteca es indígena. (40) Los mayas actuales forman uno de los pueblos indígenas más numerosos de América y también de los más diversos. En Guatemala existen por lo menos 21 idiomas indígenas, lo cual perfila a éste país multilingüe y pluricultural como uno de los más variados del mundo.

Uno de los principales problemas relacionados con la salud de los pueblos indígenas de América del Sur y del Caribe lo constituye la precaria situación sanitaria, producto de la exclusión social, la pobreza, las dificultades de acceso a los servicios de salud general y la opresión histórica a la que han sido sometidos. Esto determina una alta vulnerabilidad ante los problemas de salud mental por parte de la población indígena.(26) (41) (42)

Son pocos los estudios que se han realizado en este grupo poblacional. Uno de ellos es "Psychosis in Indigenous population in Guatemala", el cual incluía cuatro grupos representativos: 1. mayas que vivían en Santiago Atitlán, Sololá; 2. mayas que vivían en Ciudad de Guatemala; 3. ladinos o personas de etnia diferente a la maya que vivían en Ciudad de Guatemala; 4. Empleados del hospital psiquiátrico de la ciudad de Guatemala. Éste estudio concluye que los mayas residentes de Santiago Atitlán, presentaron menor probabilidad de conocer a alguien que padeciera alguna enfermedad mental que los residentes de la Ciudad de Guatemala, sin embargo reportaron reconocer mejor a las personas con síntomas. Esto indica que es menos probable que el maya tradicional etiquete fácilmente a una persona como enferma mental, aunque puede tener más agudeza para identificar personas con esquizofrenia en la comunidad. Otro dato importante de este estudio se refiere al estigma social, los entrevistados mayas de Santiago Atitlán reportaban un estigma menor, en relación al resto de encuestados; sin embargo, exhibieron un estigma significativamente mayor que los otros tres grupos con referencia a la depresión y a la epilepsia grave. La brecha de tratamiento es enorme en el grupo de encuestados

afectados, lo cual constituye un problema tangible y un reto de la salud pública; no obstante, se observó que los indígenas mayas, aun viviendo en su medio tradicional, identificaban a los profesionales de salud mental como la mejor fuente de ayuda para un enfermo con psicosis.(42)

El acceso a los servicios de salud es usualmente insuficiente para la población indígena, siendo éste el caso de Guatemala; se estima que solo 30% de las poblaciones indígenas tiene acceso a los servicios de salud, frente a 60% de la población general; en el Ecuador, casi 90% de los pueblos indígenas carecen de una cobertura suficiente que permita el acceso regular a los servicios básicos de salud. A pesar de la relevancia de este grupo de la población, en el campo de la salud, es poca la investigación realizada sobre el estado de salud mental de estas comunidades, siendo insuficientes los conocimientos sobre la prevalencia, la incidencia, los factores de riesgo y los factores protectores de los trastornos mentales. (26)

4. METODOLOGÍA

4.1 TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Descriptivo, transversal, cuantitativo.

4.2 UNIDAD DE ANÁLISIS

4.2.1 Unidad primaria de muestreo

Viviendas ubicadas dentro de los sectores cartográficos muestreados de la República de Guatemala

4.2.2 Unidad de análisis

Respuestas obtenidas de encuestas con el instrumento de Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta versión 2.1 (CIDI por sus siglas en inglés).

4.2.3 Unidad de información

Personas de 18 a 65 años que habitaban las viviendas muestreadas dentro de los sectores cartográficos.(43, 44)

4.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

4.3.1 Marco muestral.

Conforme al Sistema Integrado de Encuestas de Hogares (SIEH) del Instituto Nacional de Estadística de Guatemala (INE), la Encuesta Nacional de Salud Mental (ENSM) tiene como base general el Marco Maestro de Muestreo (MMM) consistente en 15,511 Unidades Primarias de Muestreo (UPM`S) (2,127,915 viviendas ocupadas) agrupadas en los sectores cartográficos o conglomerados de viviendas de todo el país. De este se selecciona la Muestra Maestra (MM) la cual consta de 4,020 sectores cartográficos (607,656 viviendas ocupadas) y que constituye el marco de selección de las Encuestas de Hogares del Instituto Nacional de Estadística (INE).

4.3.2 Tamaño de muestra

El tamaño de muestra calculado es válido para dar estimaciones a nivel nacional. El total de la muestra obtenida fue de 56 Unidades Primarias de Muestreo UPM´S (sectores cartográficos) equivalentes a 1,400 viviendas ocupadas.

Para obtener el cálculo del tamaño de la muestra fue utilizado el siguiente algoritmo

$$n = \frac{Z^2(1-p)DEFF}{e^2 p(1-TNR)\overline{X}}$$

En donde:

- Z = Valor en la escala de Z de una distribución normal de probabilidad correspondiente al nivel de confiabilidad asumido.
- P = Proporción considerada en la variable principal (en este caso la tasa de de prevalencia de trastornos de salud mental en Latinoamérica).
- DEFF = Efecto de diseño o efecto de conglomeración asumido de 1.85, que es la pérdida o ganancia en la eficiencia del diseño por efecto de estratificación y/o conglomerar elementos de la población, para formar unidades muestrales. Generalmente se obtiene como el cociente de dividir la varianza de la variable en el diseño complejo entre la varianza de la variable considerando un muestreo aleatorio simple (MAS).
- e = Error relativo máximo esperado. Se obtiene al multiplicarlo por Z el máximo alejamiento que se acepta por arriba y debajo de la estimación puntual.
- TNR = Tasa de no respuesta (% de rechazo).
- X= Promedio de Población Económicamente Activa (PEA) por hogar.

El tamaño de la muestra fue determinado asumiendo un nivel de confiabilidad del 95%, el cual considera un valor en las tablas de 1.96

para una distribución normal de probabilidades. El error relativo máximo esperado considerado fue de 5%. La proporción considerada en la variable principal del diseño corresponde a 0.32, a la prevalencia promedio de trastornos mentales a nivel latinoamericano. La tasa de no respuesta considerada fue de 0.15 en base a experiencias anteriores del INE.

4.3.3 Diseño muestral

El muestreo aplicado en el estudio fue de tipo probabilístico, trietápico, estratificado y por conglomerados, donde la unidad última de selección fueron personas comprendidas entre los 18 y 65 años de edad que residen permanentemente en las viviendas particulares ubicadas dentro del dominio de estudio en la fecha del levantamiento de la encuesta.

A continuación se mencionan las características principales de estos tipos de muestreo:

a. Probabilístico

Probabilístico, porque la posibilidad de ocurrencia de inclusión de la unidad fue conocida y diferente de cero para cada miembro de la población, lo cual permitió estimar la precisión de los resultados muestrales.

b. Trietápico

El muestreo se llevó a cabo en tres etapas; en la primera etapa se seleccionaron “n” unidades primarias de muestreo (sectores cartográficos) para la conformación del sub-marco de muestreo que sirvió para la selección de “m” unidades secundarias de muestreo (viviendas ocupadas) definiendo vivienda como la casa de habitación física y hogar el núcleo familiar que consta de padres e hijos. Estas definiciones no son mutuamente excluyentes, existiendo la posibilidad de encontrar más de dos hogares por vivienda.

Finalmente, se procedió a la selección de un entrevistado por hogar mediante un muestreo aleatorio simple (tercera etapa de selección).

Obteniendo una muestra final en la primera etapa de 56 sectores cartográficos, en la segunda 1,398 viviendas y en la tercera un total de 1,452 hogares que corresponden a 1,452 personas entrevistadas.

c. Estratificado

Es estratificado porque las unidades de muestreo se clasificaron de acuerdo con sus características socioeconómicas. Siendo las mismas: clase alta, media, pobreza y pobreza extrema según datos del INE.

d. Por conglomerados

Se aplicó un muestreo por conglomerados debido a que en cada una de las etapas fueron seleccionados conglomerados, como unidades de muestreo.

4.3.4 Afijación de la muestra

Con el propósito de obtener una adecuada distribución de la muestra de unidades elementales para cada uno de los estratos que conforman la estructura del Marco y Muestra maestra del INE, la muestra se afijó de manera proporcional a los pesos porcentuales de las viviendas según el estrato de pertenencia. Para este propósito se utilizó el siguiente algoritmo:

$$n_h = \frac{N_h}{N} * n$$

Notación:

n_h Tamaño de la muestra en el estrato h-ésimo.

N_h Tamaño de la población del estrato h-ésimo (según la estructura del MMM)

N Tamaño de la población (2,127,915 viviendas ocupadas).

n Tamaño de la muestra (1,400 viviendas ocupadas).

En el siguiente cuadro se presenta la afijación resultante de unidades primarias de muestreo al interior de cada estrato dentro del dominio de estudio definido, así como también, el total de viviendas consideradas en la muestra de segunda etapa para cada estrato (25 viviendas ocupadas por cada UPM).

Muestra en sectores

Dominio	Estrato	Muestra nacional	Muestra urbana upm´s	Muestra rural upm´s
GUATEMALA	Estrato 1	14	4	10
	Estrato 2	21	9	12
	Estrato 3	14	8	6
	Estrato 4	7	6	1
	Total	56	27	29

Muestra en viviendas

Dominio	Estrato	Muestra nacional	Muestra urbana	Muestra rural upm´s
GUATEMALA	Estrato 1	350	100	250
	Estrato 2	525	225	300
	Estrato 3	350	200	150
	Estrato 4	175	150	25
	Total	1400	675	725

4.3.5 Selección de la muestra

La selección de la muestra fue realizada de manera independiente en cada estrato al interior del dominio de estudio definido. El procedimiento de selección varió de acuerdo al tipo de diseño muestral aplicado. A continuación se describen los procedimientos de selección empleados en cada etapa de muestreo:

4.3.5.1 Muestra de primera etapa

Al interior de cada estrato se muestrearon “n” unidades primarias de muestreo (sectores cartográficos) con selección proporcional al tamaño (PPT).

4.3.5.2 Muestra de segunda etapa

La selección de la muestra de segunda etapa (viviendas al interior de cada UPM) se llevó a cabo mediante un muestreo aleatorio sistemático. Para ello, se procedió de la siguiente manera:

a. Establecimiento y actualización del total de viviendas al interior de cada UPM seleccionada en el estrato h-ésimo (sub-marco de muestreo); en cada UPM seleccionada en la muestra de primera etapa se procedió a contabilizar el número total de viviendas pertenecientes a la UPM para poder, de esta manera, calcular las probabilidades de inclusión de las unidades secundarias de muestreo (USM).
b. Selección de 25 unidades secundarias de muestreo al interior de cada UPM en forma aleatoria y sistemática; se procedió de la siguiente manera:
    - Selección aleatoria de la primera USM (vivienda ocupada) para el arranque del proceso sistemático; esta vivienda se seleccionó de forma aleatoria (por medio de una tabla de números aleatorios) de entre las primeras “K” unidades secundarias de muestreo dentro del estrato n-ésima UPM.

$$K_n = a_n / A_n$$

Notación:

K_n Tamaño del intervalo o paso en la selección sistemática dentro de la n-ésima UPM.

a_n Número de unidades secundarias de muestreo a seleccionar en la n-ésima UPM.

A_n Total de unidades secundarias de muestreo en la n-ésima UPM.

Selección de las restantes USM dentro de cada UPM; partiendo de la primera USM seleccionada, se seleccionaron las restantes unidades secundarias de muestreo cada K-ésima unidad.

$$a_{hi} = a_i + (i-1)k_h$$

Notación:

a_{hi} Selección de la i-ésima USM en la n-ésima UPM.

a_i i-ésimo unidad secundaria seleccionada.

i i-ésima unidad seleccionada.

K_h Tamaño del intervalo de selección en la n-ésima UPM.

4.3.5.3 Muestra de tercera etapa

La selección de la muestra de tercera etapa (informante entre 18 y 65 años de edad) se llevó a cabo mediante un muestreo irrestricto aleatorio (muestreo aleatorio simple con reemplazamiento). Para ello, se procedió de la siguiente manera:

Se entrevistó únicamente un habitante de cada hogar, el cual fue elegido según el algoritmo de Kish;(45) (ver anexo 1) este algoritmo consistió en la selección aleatoria de uno de los miembros de la vivienda por medio de una tabla que determina al azar la persona a entrevistar. (23) Es importante señalar que en las viviendas que se encontraron dos o más hogares por vivienda

se entrevistó una persona por cada hogar. Como resultado se obtuvo un total de 1452 entrevistas.

El cálculo de la muestra, así como la asignación de los sectores cartográficos estuvo a cargo del Lic. Luis Castellanos especialista de la unidad de muestres del INE. Los mapas de los sectores cartográficos fueron proporcionados por el departamento de cartografía del INE.

4.3.6 Niveles de desagregación de los resultados

Los niveles de desagregación válidos y congruentes a las precisiones esperadas en el proceso inferencial y de expansión de la muestra lo constituye el total Nacional, pudiendo desagregarse este resultado en urbano y rural según el grado de precisión de los estimadores.

4.3.7 Metodología de estimación

Para la generación de resultados se empleo el método de conglomerados últimos y las series de Taylor. El método de conglomerados últimos fue desarrollado por Hansel, Horwitz y Madow en 1953(46) y consiste en considerar al muestreo en varias etapas como un caso especial de conglomerados en una sola etapa.

4.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

4.4.1 Inclusión:

Personas de ambos sexos, dentro del rango de edad igual o mayores de 18 años y menores o iguales a 65 años, nacidos en territorio guatemalteco, contenidos dentro de la muestra seleccionada.

4.4.2 Exclusión:

Personas con deterioro cognitivo grave evidente en el lenguaje o comunicación.

Personas que no firmaron el consentimiento informado del estudio.

Personas que no hubiesen nacido en territorio guatemalteco.

Personas que se rehusaran colaborar con la ejecución de la encuesta.

Personas que no fueron residentes permanentes de la vivienda encuestada.(43, 44)

4.5 DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición conceptual (47)	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Instrumento
Lugar de residencia	Espacio geográfico, donde se encuentran localizadas las residencias. Se clasifican en urbano y rural según número de habitantes y el porcentaje de población agrícola de las mismas. (48)	Rural Urbano	Cualitativa Dicotómica	Nominal	Composite Internacional Diagnostic Interview (CIDI)
Edad	Tiempo que un individuo ha vivido desde su nacimiento hasta el momento de la aplicación de la encuesta.	Intervalo de la edad en años anotado en la encuesta (18 a 65). El ministerio de Salud Pública y Asistencia Social clasifica las edades así.(49) Niñez de 1-9 años Adolescencia de 10 a 19 años Adultos 20 a 50 años Adulto mayor >50 años	Cuantitativa Discreta	Razón	CIDI

Prevalencia	Proporción de individuos de un grupo o una población que presentan una característica o evento determinado en un momento o en un período de tiempo determinado.	Frecuencia de los trastornos mentales evaluados por el CIDI / la población de estudio x 100	Cuantitativa	Razón	CIDI
Trastorno Mental	Alteración de los procesos cognitivos y afectivos del desarrollo, considerado como anormal con respecto al grupo social de referencia del cual proviene el individuo.	Trastornos mentales detectados incluidos en las siguientes categorías: trastornos de ansiedad, del control de impulsos, abuso de sustancias y trastornos del estado de ánimo según las definiciones y criterios del CIE-10.	Cualitativa Politómica	Nominal	CIDI
Sexo	Condición orgánica de la persona.	Género identificado por el entrevistador como masculino o femenino.	Cualitativa Dicotómica	Nominal	CIDI
Asistencia a servicios de salud mental	Atención brindada en respuesta a una demanda al bienestar emocional y psicológico del individuo.	Asistencia al Servicio Sanitario como Si o No.	Cualitativa Dicotómica	Nominal	CIDI

Satisfacción con los servicios de salud	Cumplimiento de los requerimientos establecidos para obtener un resultado con un cierto grado de complacencia para un individuo en la atención brindada por el servicio de salud, en respuesta a la demanda de bienestar emocional y psicológico.	Satisfacción positiva o negativa del individuo hacia la atención brindada por los servicios de salud como si o no.	Cualitativa dicotómica	Nominal	CIDI

4.6 TÉCNICAS, GRUPO DE TRABAJO, PROCEDIMIENTOS E INSTRUMENTOS A UTILIZAR EN LA RECOLECCIÓN DE DATOS

4.6.1 Técnica

Aplicación sistemática del instrumento de Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (Composite International Diagnostic Interview CIDI) versión 2.1,(28) la cual identifica los trastornos mentales más frecuentes. Esta es una entrevista estructurada diseñada para personas adultas, de diferentes culturas, ambientes, estratos sociales y niveles educativos por lo cual no requiere que la persona sea alfabeta; se perfila principalmente para usarse en estudios epidemiológicos así como con propósitos clínicos y de investigación. Se realiza en una sesión y el promedio de tiempo necesario para completarlo es de 70 minutos.

El CIDI consta de 14 secciones, incluyendo la sección de datos demográficos, las observaciones del entrevistador y la evaluación del entrevistador. En esta versión se agregó: una sección demográfica más amplia, una sección sobre suicidio y una sobre tratamiento debido a que el instrumento no toma en cuenta estas variables que son de importancia para esta investigación. Las preguntas siguen una serie lógica y están esquematizadas para tener respuestas cerradas y objetivas desde cualquier punto de vista para asegurar que aún personal no especializado pueda ser capaz de completar apropiadamente el formulario. (28)

También se incluyeron tablas de consulta, que se requieren para poder responder algunos de los ítems. Por ejemplo, la sección de fobias o tabaquismo. Existen cinco tipos distintos de codificación de las preguntas, los cuales se explican dentro de cada sección.

4.6.2 Grupo de Trabajo:

El trabajo de campo fue llevado a cabo por 1 supervisor nacional (Dr. Víctor López) y 138 estudiantes pendientes de examen general público de la facultad de Ciencias Médicas. La organización de los grupos consistió en:

Designación de dos coordinadores nacionales, un secretario y una tesorera.

Distribución de los estudiantes en los departamentos del país. (Ver Anexo 2):

Guatemala 10, Quiché 8, Alta Verapaz 7, Jutiapa 7, Santa Rosa 6, Jalapa 3, Sololá 7, Quetzaltenango 9, San Marcos 10, Retalhuleu 4, Totonicapán 6, Suchitepéquez 8, Zacapa 5, El Progreso 4, Escuintla 5, Baja Verapaz 4, Huehuetenango 9, Chimaltenango 6, Sacatepéquez 6, Chiquimula 5, Izabal 4, Petén 5 integrantes.

Asignación de un coordinador para cada departamento, un total de 22 coordinadores departamentales.

Asignación de un coordinador para cada región, un total de 8 coordinadores regionales.

4.6.3 Procedimientos

Este proyecto de investigación comprende varias fases:

4.6.3.1 Fase I: Planificación

La planificación de la Encuesta Nacional de Salud Mental inició en febrero del 2009, que consistió en actividades de:

- Información e inscripción de los estudiantes pendientes de examen público de la carrera de Ciencias Médicas interesados en participar en la encuesta.
- Distribución de los 138 estudiantes participantes en los diferentes departamentos de Guatemala. Y asignación de coordinadores departamentales y regionales.
- Formación de comisiones de publicidad, graduación, edición, financiamiento e interinstitucional. Así como asignación de tareas a cada comisión.
- Coordinación con diferentes instituciones cuya participación era indispensable para la ejecución del estudio, entre ellos: el

Instituto Nacional de Estadística, el Programa Nacional de Salud Mental del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, la Asociación Nacional de Municipalidades, entre otras. Es importante resaltar que esta coordinación posibilitó la colaboración de las distintas instituciones con los entrevistadores y facilitó el acercamiento con los habitantes de las comunidades visitadas.

4.6.3.2 Fase II: Capacitación

La capacitación fue distribuida en varios módulos de la siguiente forma:

- **Primer módulo**: Conceptos y términos básicos de salud mental en los aspectos epidemiológicos sociales y culturales.
- **Segundo módulo**: La importancia de la investigación epidemiológica en salud mental en América latina: El objetivo de la capacitación fue la preparación de cada encuestador previo a la etapa de aplicación de la encuesta. Se tuvo la participación del Dr. Roberth Kohn, experto internacional de la Universidad de Brown, Providence, Rhode Island, USA, sobre temas de epidemiología psiquiátrica del mundo y Latinoamérica e introducción al uso de la versión 2.1 del CIDI.
- **Tercer módulo**: Se realizó el entrenamiento para la codificación apropiada del instrumento de recolección de datos. Esta actividad consistió en: Capacitación por el Dr. Roberth Kohn a los coordinadores departamentales por medio de teleconferencia y la supervisión directa del Dr. Víctor López, durante los cuales se abordaron todas las secciones del CIDI. En un segundo momento de esta capacitación, los coordinadores aclararon dudas específicas sobre aplicación del CIDI.

- **Cuarto módulo:** Capacitación a los integrantes de cada grupo acerca de la utilización del CIDI en su versión 2.1.- la misma fue guiada y supervisada por el investigador principal y seguida de prácticas individuales. Todos los entrevistadores realizaron un promedio de 3 entrevistas supervisadas antes del trabajo de campo.
- **Quinto módulo**: Importancia del muestreo y muestra de la encuesta nacional de salud mental; Con el fin de asegurar la confiabilidad de los datos obtenidos se capacitó a los 138 encuestadores sobre la importancia del tamaño de la muestra y la calidad de los datos que se generaron, la cual fue impartida por el Lic. Luis Castellanos, experto en muestreo, del Instituto Nacional de Estadística (INE). La asesoría en cuanto a muestreo para una encuesta nacional estuvo a cargo también del Dr. Tomás Barrientos, experto en estadística y muestreo.
- **Sexto módulo:** Interpretación de mapas cartográficos: el departamento de Cartografía del INE, previo al trabajo de campo, capacitó a los coordinadores departamentales en la lectura e interpretación de mapas cartográficos para facilitar la ubicación de las viviendas en los sectores muestreados, así como el método a seguir para la actualización de los mismos.
- **Séptimo módulo:** Se capacitó a los digitadores encargados de manejar la base de datos así como el ingreso y tabulación de los mismos en los programas Data Entry y SPSS.

4.6.3.3 Fase III: Validación y calibración de instrumentos:

Finalizada la capacitación se realizó la validación del instrumento por medio de la aplicación del CIDI en las diferentes regiones del estudio, con el fin de evaluar las deficiencias y dificultades de la

aplicación del mismo. Posteriormente se solicitaron a los representantes de los diferentes departamentos, informes sobre experiencias durante el proceso de validación. Con el fin de aplicar las medidas correctivas y así refinar aspectos metodológicos y logísticos.

Previo trabajo de campo, la comisión de publicidad contacto con diferentes medios de comunicación, como radio Universidad, radio Sonora, Canal 3 en el Programa al Filo de la Noche, Siglo Veintiuno, El Periódico y otros medios de información, con el fin de dar a conocer los objetivos de la Encuesta Nacional de Salud Mental y solicitar el apoyo a la población.

4.6.3.4 Fase IV: Trabajo de campo

Llevado a cabo durante el período comprendido entre el 24 de junio al 13 de julio del año 2009

Los encuestadores y el coordinador de cada departamento se desplazaron hacia los sectores asignados, y retomaron el contacto establecido con las alcaldías y área de salud locales para obtener el apoyo en el desarrollo del trabajo de campo.

En el campo se realizaron las siguientes tareas:

- Un censo del sector designado, en donde se incluyera número de viviendas totales del sector, número de hogares dentro de las viviendas, habitantes menores de 18 años, personas de 18 años a 65 años y mayores de 65 años de edad.
- Posterior a consolidar y numerar las viviendas del sector completo, se determinó cuáles viviendas serían incluidas en la encuesta, dividiendo el número total de viviendas entre 25. El número obtenido daría el salto aleatorio entre las viviendas.
- Posterior a obtener las 25 viviendas a encuestar, se asignaba a los integrantes del grupo a las viviendas respectivas.
- Finalizadas las entrevistas, los coordinadores departamentales procedían a la fase de edición en donde se identificaban

errores en la codificación del instrumento que pudieran resolverse a nivel local.

En los casos en que no se lograba la colaboración de los integrantes de las viviendas, se continúo con las siguientes viviendas asignadas. Posterior a visitar las viviendas asignadas, se reemplazaron las que decidieron no colaborar, de acuerdo al procedimiento aleatorio para obtener nuevas viviendas.

Como parte del control de calidad de este estudio se grabaron aleatoriamente, algunas de las encuestas realizadas por el grupo investigador, por medio de grabadoras digitales de audio, así mismo, se realizó supervisión por medio de visitas de campo por parte del investigador principal.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN

En la presente investigación la participación de los sujetos a estudio fue voluntaria, previo firma de consentimiento informado, en donde se les proporcionará toda la información pertinente, incluyendo propósito de la investigación, objetivos, riesgos y posibles beneficios, datos de los investigadores, procedimientos. Esta investigación es considerada como **Categoría I** (sin riesgo), donde se utilizó la técnica de encuesta, no utilizando, ni realizando ninguna intervención o modificación intervencional, por lo que no invadió la privacidad de la persona. (43)

Considerando la importancia de mantener los principios de ética durante la investigación, éste estudio se fundamento en aptitudes y conductas éticamente correctas. Previamente recibida la información necesaria, comprendiéndola adecuadamente y llegando a una decisión sin haber sido sometido a coerción, intimidación ni a influencias o incentivos. (50-53)

Ningún grupo de la población que este dentro de la muestra fue excluido en la participación de la investigación, respetando el derecho a la privacidad y la intimidad, se mantuvo un estricto control de la información recabada en los estudios adoptando medidas necesarias para la preservación del anonimato

durante la recolecciones de la información y cuando la información se publique. (50, 54-57)

Los beneficios indirectos para la población blanco fueron la generación de datos en la población guatemalteca sobre la prevalencia de los principales trastornos de salud mental y la posibilidad que esta información pueda ser de utilidad para las autoridades de salud del país para generar las intervenciones respectivas. Los beneficios directos para los sujetos en quienes se detecto algún trastorno mental, fue la derivación o referencia para los centros de salud para su evaluación definitiva y en algunos casos especializada, para un tratamiento, si necesario para cada caso particular.

El presente investigación contó con el aval ético, por parte del Comité de Bioética en Investigación en Salud de la División General de Investigación de la Universidad de San Carlos de Guatemala y así como de la aprobación del Comité de Ética del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala.

4.8 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

4.8.1 Procesamiento:

La información obtenida de las encuestas fue ingresada en el programa World Health Organization (WHO) Data Entry Program.(58) El proceso de ingreso de datos fue centralizado. El proceso tomó 3 semanas y fue llevado a cabo por cuatro digitadores principales y 5 auxiliares en la unidad de tesis, proceso que fue supervisado directamente por el Dr. Víctor López y Dr. César García.

La base de datos fue convertida a un formato que posibilitaba su análisis en el programa SPSS 17 con el cual se obtuvieron frecuencias de los trastornos de salud mental en la clasificación de CIE-10. También fue creada una base de datos en el programa para los anexos y preguntas extras incluidas en la entrevistas. La generación de estimaciones de las frecuencias de TSM para la población general se realizó utilizando el factor de expansión generado por el INE y la función de “Muestras Complejas” de SPSS.

4.8.2 Análisis:

Para la realización del análisis de los datos, se contó con la colaboración y trabajo conjunto del Lic. Luis Fernando Castellanos del Instituto Nacional de Estadística (INE) para obtener el factor de expansión que proporcionó las ponderaciones específicas a cada caso y que permitió la realización de estimaciones sobre los TSM, aplicables a la población total del país. Se obtuvieron frecuencias para trastornos de salud mental de acuerdo a la clasificación CIE-10, y se organizaron en tablas para ser presentadas. Se realizo el análisis y discusión de resultados con los miembros del equipo coordinador del estudio.

4.9 ALCANCES Y LÍMITES

4.9.1 Alcances

El conocimiento de la prevalencia de trastornos mentales será de importancia para la República de Guatemala debido a que se presentará la epidemiología de los trastornos de salud mental en una muestra representativa de la población total, lo cual permitirá hacer inferencias estadísticamente válidas, sobre todos los habitantes del país

El presente es un estudio innovador por ser el primero de su tipo no solamente en Guatemala sino a nivel centroamericano; su diseño metodológico permite un grado apropiado de confiabilidad con respecto a los resultados.

El trabajo en conjunto con otras instituciones, incluyendo el Ministerio de Salud, permite la posibilidad de trasladar los resultados al nivel de toma de decisiones con la expectativa de que los mismos sean utilizados para diseñar las intervenciones pertinentes.

4.9.2 Límites

Una limitación de este estudio consiste en la exclusión de la población infantil y adolescente, debido a que durante esta edad inician algunos trastornos mentales y otros, como los trastornos de uso y abuso de sustancias, son más prevalentes. De la misma forma fueron excluidos los

habitantes mayores de 65 lo cual deja por fuera el grupo de trastornos demenciales. La evaluación de estos importantes grupos poblaciones queda como un reto a cumplir en el futuro.

Aún y cuando la gran mayoría de las entrevistas fueron realizadas en idioma castellano, se considera que la recolección de la información se limitó parcialmente por las grandes diferencias lingüísticas que caracterizan al país. En el diseño y coordinación iníciales, se tomaron previsiones para poder contar con traductores capacitados en los sitios de trabajo. Este recurso fue utilizado en muy pocos casos. De la misma forma es necesario considerar que, no obstante el instrumento utilizado (CIDI 2.1) ha sido ampliamente utilizado en distintas culturas e idiomas, no existe mucha experiencia en cuanto a su utilización en culturas mayas; esto es relevante en cuanto el instrumento puede no captar manifestaciones locales y relacionadas a la cultura que pueden ser consideradas como formas particulares de trastornos mentales (ejemplo: susto, moleb y otros).

En cuanto a la metodología, no se cuenta con un parámetro previo que proporcione una base al momento de seleccionar y calcular nuestra muestra, siendo éste el primer estudio de su tipo en el país. Por lo tanto se adoptó la tasa promedio de prevalencia a nivel de Latinoamérica.

En virtud de los altos costos que un estudio de este tipo conlleva, fue necesario replantear algunos de los alcances que se habían considerado inicialmente. En ese sentido la muestra se diseño a nivel nacional y no regional como se había planteado, de la misma forma se excluyeron algunas de las secciones del CIDI cuyas prevalencias son relativamente bajas como trastornos de alimentación, juego patológico, trastornos de la personalidad y otros. Es importante señalar que la presente investigación fue realizada con autofinanciamiento de los estudiantes, así como con ayuda de la Facultad de Ciencias Médicas y del Centro de Investigaciones de las Ciencias de la Salud (CICS) logrando cubrir, las necesidades básicas, para poder llevar a cabo el proyecto de la forma adecuada.

5. RESULTADOS

A continuación se describen los principales resultados de la Encuesta Nacional de Salud Mental de Guatemala. Es importante hacer notar que los niveles de desagregación calculados para el diseño muestral de la encuesta, permiten realizar estimaciones válidas para toda la población del país para las edades de 18 a 65 años (n= 7,139,575) y habilita la desagregación de los resultados en área geográfica urbana y rural. De esa cuenta los cuadros que presentan datos desagregados en otras variables, muestran los resultados válidos para la muestra objeto de estudio (n=1,452).

El primer cuadro describe las principales características socio demográficas de las 1452 personas entrevistadas en los 56 sectores a nivel nacional:

CUADRO 1
Principales características socio demográficas
Encuesta Nacional de Salud Mental mayo-julio 2009
Guatemala, agosto 2009

Características socio demográficas	**Frecuencia (f) (n= 1,452)**	**Porcentaje (%)**
Sexo		
Femenino	911	62.7
Masculino	541	37.3
Edad*		
18 – 20 (Adolescentes)	132	9
21 – 50 (Adultos)	1,074	74
51 – 65 (Adultos Mayores)	246	17
Escolaridad		
Ninguna	260	17.9
Primaria	719	49.5
Secundaria	183	12.6
Diversificado	195	13.4
Algunos estudios universitarios	90	6.2
Grado universitario	6	0.4
Estado civil		
Casado/unido	725	49.9
Separado/Divorciado	85	5.8
Viudo	90	6.2
Nunca Casado	552	38.0
Situación laboral		
Trabajando actualmente	659	45.4
Desempleado	793	54.6
Residencia		
Rural	753	51.9
Urbana	699	48.1

Fuente: Base de datos, ENSM Guatemala 2009
*Basado en los grupos de edad del MSPAS según las normas de atención del primer nivel.

Del total de la población entrevistada el 27.8% presentó por lo menos un trastorno de salud mental, de los cuales el 62.1% fueron del sexo femenino y 37.9% masculino.

El 27.4% de la población entrevistada reportó ser indígena maya, 0.3% Xinca, 0.2% Garífuna y el 71.8% no indígena. Es importante mencionar que ésta información está basada en la auto adscripción referida por las personas entrevistadas con respecto a su etnia, por lo cual no corresponde a información basada en el criterio del entrevistador.

El 99.2% de las entrevistas se realizó en idioma español, a pesar que el 79% refirió el español como su idioma materno. El 0.8% de las entrevistas fueron realizadas con apoyo de intérprete (en idioma Q'eqchi').

En cuanto a la exposición a hechos violentos, el 60.6% de la población refirió que casi nunca está expuesta a hechos violentos en sus comunidades, 21.1% reportó la frecuencia de hechos violentos de cada 15 días a un mes, 10.2% refirió que suceden cada semana y el 8.1% se rehusó a dar esta información. El 8.6% (un estimado de 614,194 personas) indicó que fue afectada por el conflicto armado interno.

Los siguientes cuadros muestran la prevalencia de los trastornos de salud mental a nivel nacional algunos de ellos basados en estimaciones nacionales para personas de 18 a 65 años.

CUADRO 2
Prevalencia de los principales Trastornos de Salud Mental
Encuesta Nacional de Salud Mental mayo-julio 2009
Guatemala, agosto 2009

Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotropas (TMCCSP)	**Frecuencia estimada** (n: 7,139,575)	**Porcentaje estimado**
Abuso y dependencia alcohólica	371,717	5.2
Abuso y dependencia del tabaco	261,256	3.7
Abuso y dependencia drogas ilícitas	16,549	0.2
TOTAL *	**554,694**	**7.8**
Trastornos psicóticos no afectivos (TPNA) TOTAL	**157,348**	**2.2**
Trastornos del humor (Afectivos)		
Trastorno bipolar	53,354	0.7
Trastornos depresivos	455,691	6.4
Distimia	156,715	2.2
TOTAL*	**573,199**	**8.0**
Trastornos neuróticos secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos (TNSSES)		
Agorafobia	187,396	2.6
Fobia social	304,529	4.2
Trastorno de ansiedad generalizada	227,994	3.2
Trastorno de estrés post-traumático	494,610	6.9
Trastornos somatomorfos	459,100	6.4
Trastornos disociativos	216,518	3.0
Otros trastornos de ansiedad	14,530	0.2
TOTAL*	**1,440,893**	**20.2**

Fuente: Base de datos, ENSM Guatemala 2009

- **Total de los casos diagnosticados con algún TSM; algunas personas llenaban criterios para más de un diagnóstico**

CUADRO 3
Característica demográficas según Trastornos de Salud Mental
Encuesta Nacional de Salud Mental mayo-julio 2009
Guatemala, agosto 2009

Característica demográfica	**TMCCSP**		**TPNA**		**Afectivos**		**TNSSES**	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Sexo								
Femenino	12	0.8	18	1.2	76	5.2	200	13.8
Masculino	96	6.6	9	0.6	29	2.0	73	5.0
Edad								
18 – 20	8	0.6	3	0.2	10	0.7	25	1.7
21 – 50	60	4.1	16	1.1	73	5.0	194	13.4
51 – 65	40	2.8	8	0.6	22	1.5	54	3.7
Sabe leer y escribir								
Si	92	6.3	22	1.5	86	5.9	227	15.6
No	16	1.1	5	0.3	19	1.3	46	3.2

Fuente: Base de datos, ENSM Guatemala 2009.

CUADRO 4
Trastornos de Salud Mental según área geográfica de residencia
Encuesta Nacional de Salud Mental mayo-junio 2009
Guatemala, agosto 2009

Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotropas (TMCCSP)	**Urbano**		**Rural**	
	f	**%**	**f**	**%**
Abuso y dependencia alcohólica	253,997	3.6	117,720	1.6
Abuso y dependencia del tabaco	159,387	2.2	101,869	1.4
Abuso y dependencia drogas ilícitas	13,883	0.2	2,666	0.04
Esquizofrenia, y otros trastornos psicóticos no afectivos (TPNA)	103,991	1.5	53,357	0.7
Trastornos del humor (afectivos)				
Trastornos bipolar	45,935	0.6	7,419	0.1
Trastornos depresivo	313,564	4.4	142,127	2.0
Distimia	100,081	1.4	56,634	0.8
Trastornos neuróticos secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos (TNSSES)				
Agorafobia	138,419	1.9	48,977	0.7
Fobias sociales	245,673	3.4	58,856	0.8
Trastorno de ansiedad generalizada	171,587	2.4	56,407	0.8
Trastorno de estrés post-traumático	337,010	4.7	157,600	2.2
Trastornos somatomorfos	275,322	3.9	183,778	2.6
Trastornos disociativos	125,327	1.8	91,191	1.3

Fuente: Base de datos, ENSM Guatemala 2009.

CUADRO 5
Referencia de exposición a violencia
según Trastornos de Salud Mental
Encuesta Nacional de Salud Mental mayo-julio 2009
Guatemala, agosto 2009

Exposición a violencia	**TMCCSP**		**TPNA**		**Afectivos**		**TNSSES**	
	f	%	f	%	f	%	F	%
Fue afectado por el conflicto armado interno en Guatemala								
Si	15	1.0	1	0.1	12	0.8	34	2.3
No	93	6.4	26	1.8	93	6.4	239	16.5
Frecuencia de actos violentos en su comunidad								
Cada semana	12	0.8	2	0.1	9	0.6	27	1.9
Cada 15 días	9	0.6	2	0.1	7	0.5	33	2.3
Cada mes	11	0.8	4	0.3	16	1.1	40	2.8
Casi nunca	63	4.3	15	1.0	64	4.4	155	10.7
Otro	13	0.9	4	0.3	9	0.6	18	1.2

Fuente: Base de datos, ENSM Guatemala 2009.

CUADRO 6
Frecuencia estimada, conducta suicida
Encuesta Nacional de Salud Mental mayo-julio 2009
Guatemala, agosto 2009

Conducta suicida	**Pensamiento suicida (n 7,139,575)**	**Planificación suicida* (n 339,715)**	**Intento suicida* (n 339,715)**	**Requirió atención médica** (n 192,157)**	**Requirió** hospitalización (n 192,157)**
Respuesta					
Si	339,715	216,629	192,157	37,414	9,468
No	6,799,860	123,086	147,558	154,743	182,689

Fuente: Base de datos, ENSM Guatemala 2009.
*población con pensamiento suicida positivo.
**población con intento suicida positivo.

CUADRO 7
Frecuencias estimada de personas que consultaron
por emociones o/y problemas de salud mental
Encuesta Nacional de Salud Mental mayo-junio 2009
Guatemala, agosto 2009

Consulta por TSM	Psiquiatra o psicólogo		Médico general u otro		Guía religioso		Curandero u otro	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Número de personas con al menos un trastorno de salud mental	99,233	1.4	65,547	0.9	171,502	2.4	2,826	0.0
Número de personas sin ningún trastorno de salud mental	65,547	0.9	99,440	1.4	165,838	2.3	2,826	0.04%

Fuente: Base de datos, ENSM Guatemala 2009.

CUADRO 8
Número de diagnósticos positivos para
Trastornos de Salud Mental
Encuesta Nacional de Salud Mental mayo-junio 2009
Guatemala, agosto 2009

Numero de Diagnósticos	Porcentajes (n=402)
Uno	51.4
Dos	27.4
Tres o más	21.2

Fuente: Base de datos, ENSM Guatemala 2009.

6. DISCUSIÓN

El presente estudio se constituye como el primer reporte epidemiológico sobre Trastornos de Salud Mental (TSM) en Centroamérica. Los resultados de esta encuesta nacional de salud mental (ENSM), muestran que en Guatemala, los TSM son frecuentes y comunes, uno de cada cuatro individuos ha padecido de por lo menos un TSM en su vida. El 27.8% de los entrevistados fue diagnosticado con una o más de las categorías de la Clasificación Internacional de Enfermedades décima edición (CIE-10); este hallazgo evidencia una frecuencia superior en 3.8% a lo reportado por la OMS como promedio de otros estudios multicéntricos alrededor del mundo. (13) La prevalencia de los principales TSM se ajusta a la distribución epidemiológica de otros reportes a nivel mundial (7, 13-15, 23, 59). Es importante mencionar que la noción de hablar sobre aspectos psicológicos o de salud mental se dificulta algunas veces por el estigma que estas enfermedades poseen (60), y pudo limitar la información que los participantes compartieron con los entrevistadores.

En el 2007 en Guatemala las infecciones respiratorias agudas (IRAS) afectaron al 8.15% de la población total siendo la primera causa de morbilidad general, la enfermedad diarreica aguda que afectó al 2.9% de la población total y fue la segunda causa de morbilidad general a nivel nacional. Entre las primeras veinte causas de morbilidad general para Guatemala en el 2007 no se menciona ningún trastorno de salud mental (TSM). (61)

Es muy frecuente que dos o más trastornos mentales coexistan en un mismo individuo, esto sucede con más frecuencia en edades avanzadas, al igual que con los trastornos físicos. En Estados Unidos se demostró que el 79% de todas las personas diagnosticadas con TSM, tenían más de un trastorno (13), sin embargo en Chile esto fue verdadero en únicamente el 30% de las personas (62). Los resultados de la ENSM muestran que el 48.6% de la población total fue diagnosticado con más de un TSM.

Se reporta 7.8% de la población con TSM por consumo de sustancias psicotropas, la población afectada principalmente fueron los adultos y adultos mayores, varones alfabetos que residen en áreas urbanas. El abuso y dependencia de alcohol fue el más frecuente afectando al 5.2% de la población. La prevalencia en México en el año 2001 - 2002 para los problemas de conducta relacionado al consumo de sustancias psicotropas fue de 9.2% y para el abuso y dependencia de alcohol fue 8.3% también afectando principalmente a la población masculina. (14) Es importante recordar que el

grupo poblacional de menores de 18 años no fue considerado en esta investigación, lo cual es relevante en este grupo de trastornos pues es ese segmento el que demuestra una de las mayores prevalencias de morbilidad. Por otro lado, este grupo de enfermedades conlleva un alto estigma social que limita la información que se provee(60) .

Los trastornos psicóticos no afectivos están clasificados como los TSM que causan la mayor parte de hospitalizaciones; según el MSPAS en el 2007 fueron la primera causa de morbilidad hospitalaria psiquiátrica, reportando 9.26% a nivel nacional.(61) La ENSM reporta una prevalencia de estos trastornos de 2.2% a nivel nacional, afectando principalmente a la población femenina que reside en área urbana. Es de mencionar que esta es la segunda prevalencia más elevada a nivel latinoamericano, en Porto Alegre, Brasil (1992) reportan un 2.4% de trastornos psicóticos no afectivos. (23, 63).

Trastornos del humor es el segundo grupo más frecuente en la ENSM, reportando una prevalencia de 8%, siendo los trastornos depresivos los más comunes con frecuencias similares a las reportadas en otros estudios latinoamericanos (23) . En México y Colombia la prevalencia reportada de distimia no sobrepasa el 1% de la población (7, 14) mientras que en Chile la prevalencia determinada en 1998 alcanzó a más del 8% de la población (15), la ENSM reporta 2.2% lo cual aun se encuentra en el promedio reportado en Latinoamérica. En general los trastornos del humor se presentan de manera similar en los reportes a nivel latinoamericano afectando esencialmente a mujeres adultas del área urbana.

La ENSM obtiene datos que llaman la atención con respecto a los trastornos de ansiedad. Este grupo de TSM se constituye como el más frecuente en Guatemala, y muestra, como grupo, una de las prevalencias más altas de Latinoamérica (5, 13, 14, 23). Es de hacer notar sin embargo, que el dato más relevante en ésta categoría lo constituye la alta prevalencia de trastorno de estrés post-traumático que con 6.9%, es una de las más altas reportadas a nivel latinoamericano (62) y cuya prevalencia es similar únicamente a la descrita en poblaciones altamente impactadas por un desastre natural (17) en Latinoamérica.

Se calcula que, anualmente, un millón de personas cometen suicidio en todo el mundo (64). Los resultados de la ENSM sobre conducta suicida estiman que el 2.7% de la población guatemalteca ha intentado suicidarse alguna vez en su vida. El 74% de las personas que han reportado un intento suicida padecían de al menos un TSM. El

4.75% de la población ha tenido en algún momento de su vida pensamiento suicida, lo cual representa a 339,715 personas a nivel nacional con un alarmante predominio del área urbana sobre la rural (79.7% y 20.3% respectivamente).

El 12% de las personas con diagnóstico de algún trastorno de salud mental reporta haber sido afectada por el conflicto armado interno. Investigaciones realizadas en poblaciones guatemaltecas, evidencian que el conflicto interno armado tuvo un impacto negativo sobre la salud mental. (38). Los mencionados estudios demuestran prevalencias altas de trastornos mentales y en particular trastorno de estrés postraumático; el estudio de Herrera, ha descrito rangos entre 2% y 52%. La depresión es reportada en un rango entre 38.8% y 41.8%. Las prevalencias de trastornos mentales en el estudio de Herrera (2005) pueden ser interpretadas como elevadas cuando se comparan con estudios poblacionales de personas no expuestas a violencia de guerra y en donde los rangos de TEPT van de manera global entre 0.5 al 11.7%. (12)

Según el Informe Estadístico de la Violencia en Guatemala el país atraviesa hoy por uno de los momentos más violentos de su historia. En los últimos 7 años la violencia homicida ha aumentado más de 120% pasando de 2,655 homicidios en 1999 a 5,885 en 2006. En el año 2006 el país presentó una tasa de homicidios por cada cien mil habitantes de 47 y en la ciudad de Guatemala llegó a 108. La violencia experimentada por la sociedad guatemalteca como los homicidios, secuestros, violación toma gran notoriedad en los medios de comunicación y afectan la tranquilidad de las personas. (65). A pesar de esto es interesante el encontrar que la mayoría de la población (60.6%) refiere que los hechos de violencia en su comunidad no son frecuentes lo cual contrasta claramente con las cifras mencionadas. En ese sentido es tentador pensar que la percepción de la violencia y los actos delictivos no reflejan necesariamente la situación objetiva de los mismos, y plantea un reto atractivo para ser estudiado.

En países desarrollados entre el 44% y el 70% de las personas con algún TSM no recibe tratamiento. En los países en desarrollo casi el 90% de los que padecen de algún TSM no recibe tratamiento. (23) La ENSM encontró que solo el 2.3% de la población guatemalteca que padece de al menos un TSM busca tratamiento con profesionales en salud (Psiquiatra, Psicólogo, Medico General, otros profesionales. Guatemala tiene uno de los porcentajes más bajos de presupuesto de salud dedicado a la salud mental (0.9%) así como uno de los más bajos porcentajes de profesionales especializados en atención de salud mental(66). Esto muestra la gran brecha entre la

necesidad de atención de los problemas de salud mental en Guatemala y la disponibilidad actual de acceso a un servicio de salud que cuente con los recursos necesarios para darle el tratamiento y seguimiento adecuado a las personas que padecen algún problema o trastorno de salud mental, desde el primer nivel de atención en salud.

7. CONCLUSIONES

7.1 En cuanto a las características socio demográficas el 62.7% de las personas entrevistadas pertenece al sexo femenino, y el 37.3% al sexo masculino. La mayoría de las personas entrevistadas se encuentran dentro del grupo etario adulto con 74%, seguido de 17% de personas dentro del grupo adulto mayor y un 9% de adolescentes. El 51.9 % pertenece al área rural y el 48.1% al área urbana. El 71.8% se autoadscribe como perteneciente al grupo no indígena, 27.4% a la etnia indígena Maya, 0.3 % Xinca, y 0.2 % a la etnia Garífuna. El 17 % de los entrevistados no cuenta con algún grado de escolaridad, el 49.5 % cuenta con escolaridad a nivel primario, y solamente 0.4% tiene un grado universitario. El 56 % de las personas entrevistadas se encuentra desempleada al momento de la entrevista.

7.2 La prevalencia de trastornos de salud mental en la población guatemalteca es de 27.8%. Las personas de 21 a 50 años son el grupo etario que reporta haber padecido más trastornos de salud mental, siendo los trastornos neuróticos secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos los más frecuentes. Se identificó que el sexo femenino de la población entrevistada, fue el más afectado por TSM (62.1%). En el sexo masculino los tipos de TSM más frecuentes son trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de sustancias psicotropas mientras que para el femenino se identificó a los Trastornos Neuróticos secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos. En el área urbana son más frecuentes los trastornos de salud mental que en el área rural. El trastorno de estrés post traumático con 4.7% el TSM más frecuente en el área urbana y los trastornos somatomorfos con 2.6% el TSM el más frecuente en al área rural.

7.3 El trastorno de estrés post-traumático es el más prevalente dentro de la población guatemalteca con 6.9%. La prevalencia total de abuso de sustancias en la población guatemalteca es de 7.8 % siendo la más frecuente el abuso y dependencia de alcohol con 5.2%. El trastorno de humor o afectivo más frecuente es el trastorno depresivo con un 6.4% de la población, seguido de distimia con 2.2%. Estos trastornos son más frecuentes en la población femenina en edad adulta del área urbana. El 2.2

% de la población guatemalteca padece de esquizofrenia o algún trastorno psicótico no afectivo.

7.4 Solamente el 2.3% de la población guatemalteca ha consultado con algún profesional en salud (Psiquiatra, Psicólogo, Medico General, otros profesionales) por emociones o problemas de salud mental.

7.5 El 4.7% de la población guatemalteca ha tenido algún pensamiento suicida a lo largo de su vida, 63.7 % de estos lo ha planificado y de estos últimos el 56.6% ha intentado suicidarse.

8. RECOMENDACIONES:

8.1 Al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala

8.1.1 Crear políticas públicas que consideren la atención de la Salud Mental como parte integral de la Salud ya que este estudio demuestra que los Trastornos de Salud Mental son altamente prevalentes en contraposición al acceso a la atención que reciben.

8.1.2 Implementar la política de salud mental 2007-2015 pues esta incluye diferentes programas que abarcan la atención de salud mental que pretenden cubrir los vacios que existen actualmente.

8.1.3 Descentralizar la atención de salud mental, debido a que la mayoría se encuentra en los hospitales psiquiátricos en el área metropolitana que, por otro lado, enfoca su atención al grupo más pequeño de TSM identificados en este estudio. Es de importancia vital proveer de espacios de atención primaria de salud mental en todos los departamentos.

8.1.4 Sistematizar el registro y reporte de datos estadísticos a nivel nacional sobre los TSM, con lo que se promueve aumentar la cobertura de los servicios de promoción de la salud mental y de la prevención, atención y rehabilitación de los problemas psicosociales y de los trastornos mentales, mediante la incorporación y articulación de este componente en la red de servicios de salud general desde una perspectiva de salud mental comunitaria.

8.2 Al gobierno de Guatemala

8.2.1 Porque, aunque existan programas de salud mental eficientes y los proyectos se estén llevando a cabo de la manera correcta, es también importante considerar los determinantes sociales de la salud mental, como lo son: la violencia, la represión, la injusticia, el desempleo, la pobreza, etc., es responsabilidad Constitucional del gobierno de Guatemala brindar Salud y Seguridad a la población.

8.3 A la facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala

8.3.1 En una decisión administrativa y académica histórica, la facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala a partir del presente año implementó en el pensum del 5to año de la carrera la unidad académica de Salud Mental lo cual sin duda, refuerza la formación de los futuros médicos para dar respuesta a las necesidades de atención de salud de los guatemaltecos. . Recomendamos que con los aportes de este estudio se complementen las acciones ya ejecutadas para que, desde los primeros años de la carrera, se incorpore el componente de salud mental en el abordaje integral de salud así como que se provea a los estudiantes de espacios de práctica a nivel comunitario pues es ahí en donde se presentan la mayoría de los trastornos de salud mental que padecen los guatemaltecos.

8.4 Al Centro de Investigaciones de las Ciencias de la Salud (CICS) de la Facultad de Ciencias Médicas de la USAC.

8.4.1 Continuar promoviendo, apoyando y desarrollando la investigación dentro del área de salud mental.

8.5 A los estudiantes de medicina y médicos en general.

8.5.1 El tratamiento integral debe incluir a la salud mental como uno de sus componentes fundamentales, por lo que se debe tomar la iniciativa personal de formarse en temas de salud mental que le permitan una práctica clínica completa en beneficio directo de sus pacientes y que tienda a reducir el estigma que sufren las personas con algún trastorno de salud mental.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Invertir en Salud Mental. OMS, 2004.

2. Berganza C, Mezzich J, Pouncey C. Concepts of disease their relevance of psychiatric, diagnosis and classification [revista en línea] 2005 agosto [accesado el 23 de abril del 2009]; 38 (4) [5 pantallas] disponible en: http://content.karger.com/produktedb/produkte.asp?doi=10.1159/000086084.

3. Prince M, Patel V, Saxena S, Maj M, Maseiko J, Phillips M, et al. No health without mental health, global mental health. Lancet, sep 2007; 370 (4):859-77.

4. World Health Organization. Revised global burden of disease (GBD) 2002 estimates. Geneva: WHO, 2004. Disponible en: http://www.who.int/healthinfo/bodgbd2002revised/en/index.html.

5. Organización Mundial de la Salud. Promoción de la salud mental: conceptos, evidencias, emergente y práctica. [en línea] Ginebra: OMS, 2004. [accesado el 26 de abril del 2009]. Disponible en: www.who.int/mentalhealth/evidence/promocion_de_la_salud_mental.pdf.

6. Montaño Ferrufino E. Políticas de salud mental, [monografía en línea]: departamento de medicina Universidad del Valle Cochabamba (Bolivia) 2007; [accesado 07 de mayo de 2009]. Disponible en: http://www.univalle.edu/publicaciones/revista_salud/revista02/pagina15.

7. Posada Villa JA, Gómez Serrano LC. Estudio nacional de salud mental [en línea]. Ministerio de protección en salud. Colombia, 2003. [accesado el 20 de abril del 2009].Disponible en: www.scribd.com/doc/8531171/INFORME-PRELIMINAR-Estudio-Nacional-de-Salud-Mental-Colombia-2003.

8. Díaz Martínez A, Jiménez Ramón E. Prevención de salud mental en México: Estado actual y perspectivas. Salud Mental. México, 1998; 22:154-158. [accesado 22 de abril del 2009]. Disponible en: http://www.inprf-cd.org.mx/pdf/1999/sm2207/sm2207154.pdf.

9. Arzobispado de Guatemala. Oficina De Derechos Humanos. Guatemala: Memoria del silencio. [en línea] Guatemala: F&G Editores; 1999 [accesado el 20 de mayo 2009]. Disponible en: http://shr.aaas.org/guatemala/ceh/report/spanish/toc.html

10. Arzobispado de Guatemala. Oficina De Derechos Humanos. Guatemala: Nunca más. [en línea] Guatemala: ODHAG; 1998 [accesado el 19 de mayo 2009]. Disponible en: http://www.odhag.org.gt/03publicns.htm.

11. Matute A, García I. Informe estadístico de la violencia en Guatemala, [en línea] Guatemala: PNUD 2007, [accesado el 7 mayo del 2009]. Disponible en: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/national_activities/informe_estadistico_violencia_guatemala.pdf).

12. Herrera W, De Jesús Mari J, Ferraz MPT. Trastornos mentales y conflicto armado interno en Guatemala. [en línea] Actas españolas de psiquiatría 2005; 33:238-43. [accesado el 7 mayo del 2009] Disponible en: http://www.arsxxi.com/pfw_files/cma/ArticulosR/ActasEspanolasPsiquiatria/2005/04/111040502380243a.pdf.

13. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2001 salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. [en línea] Ginebra: OMS, 2001. Disponible en: http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_es.pdf.

14. Medina-Mora MaE, Borges G, Lara Muñoz C, Benjet C, Blanco Jaimes J, Fleiz Bautista C, et al. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México, [revista en Línea], México, 2003, 26:16. [accesado 2 mayo 2009]. Disponible: http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/582/58242601.pdf.

15. Vicente B, Kohn R, Rioseco P, Saldivia S, Levav I, Torres S, Lifetime and 12-Month prevalence of DSM-III-R disorders in the Chile psychiatric prevalence study, [en Línea], American Journal Of Psychiatry, 2006;163:1362-1370, [accesado el 1 de agosto del 2009]. Disponible: http://ajp.psychiatryonline.org/cgi/content/abstract/163/8/1362

16. Yamamoto J, Silva A, Toschiaki S, Wang C, Nuyen L. Alcoholism in Perú, [en línea], American Journal of Psyquiatry, 1993; 150:1059-1062. Disponible en http://ajp.psychiatryonline.org/cgi/content/abstract/150/7/1059

17. Tamashiro R, Machado CJ, Donaire I, Levav I, Kohn R. Psychological and psychopathological reactions in Honduras following hurricane Mitch: Implications for service planning. Rev Panam Salud Pública. 2005;18(4-5):287-295.

18. Santizo Ruiz M. Conjunto de guías sobre servicios y políticas de salud mental, contexto de la legislación sobre salud mental [en línea], España: Servicios de Salud Mental Mieres-Asturias, OMS 2003, [accesado el 16 de febrero del 2009], Disponible en: http://www.who.int/mental_health/policg/legislation_module_spanish.pdf.

19. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre los sistemas de salud mental en Nicaragua, el Salvador y Guatemala: Instrumento de evaluación para sistemas de salud mental utilizando el instrumento de evaluación para sistemas de salud mental de la Organización Mundial de la Salud (IESM-OMS) [monografía en línea] 2006; 27-41. [accesado el 21-2-2009] Disponible en www.who.int/mental_health/Nicaragua_ElSalvador_Guatemala_WHO-AIMS_Report2.pdf.

20. Ey H, Bernard P, Brisset C, Tratado de Psiquiatría. 8 ª ed. [en línea]. México Elservier-Masson. 1996 Última reimpresión: 2008; 60-65 [accesado el 07 de mayo del 2009]. Disponible en: http://books.google.com.gt/books?id=dSEr8ATTvVAC&pg=PA59&lpg=PA59&dq=psiquiatria+definicion&source=bl&ots=KcTZHCeD9T&sig=GrimAQe6wEij3dzCHBoFkO5SI&hl=es&ei=nmsDSpWXFaWxtgexjuX5Bg&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=10#PPA60,M1

21. Psiquiatría 24x7.com. Historia de la psiquiatría [sede Web]. 1990- [accesado 22 Abril 2009]. Disponible en: http://www.psiquiatria24x7.com/bgdisplay.jhtml?itemname=history

22. Carranza V. El concepto de salud mental en psicología, humanística- existencial, [monografía en línea] Bolivia: Universidad Católica Boliviana, 2002, [accesado 07 de mayo de 2009]. Disponible en: www.ucb.edu.bo/Publicaciones/Ajayu/volumen%201.1/articulos/.

23. Kohn R, Levav I, Caldas de Almeida JM, Vicente B, Andrade L, Caraveo-Anduaga JJ, et al. Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública [en línea] Revista Panamericana Salud Pública, OMS 2005;18(4/5):229–40. [accesado 15 de abril del 2009]. Disponible en: http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v18n4-5/28084.pdf

24. Toro R, Yepez L. Fundamentos de Medicina: Psiquiatría, Medellín Colombia Corporación Para investigaciones Biológicas. 2004.

25. Ortiz Hernández L, López Moreno S, Borges G. Desigualdad socioeconómica y salud mental: revisión de la literatura latinoamericana, [en línea] Revista Salud Pública, Río de Janeiro (Brasil) 2007; 23(6):1255-1272. [accesado el 07 de mayo del 2009] Disponible: http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n6/01.pdf

26. Pedersen D. El impacto de la pobreza, el racismo y la violencia política sobre la salud de los pueblos Indo-Americanos. México: EDAMEX; 1999: p 163- 184.

27. Roses Periago M. Salud Mental: Una prioridad de salud pública en las américas, [en línea], Revista Panamericana De Salud Pública, 2005; 18(4/5), [accesado el 04 de mayo del 2009] Disponible: *www.scielosp.org/pdf/rpsp/v18n4-5/28083.pdf*

28. World Health Organization. Composite International Diagnostic Interview (CIDI), The World Mental Health, [en línea], 2004, [accesado el 04 de mayo del 2009]. Disponible en: www.hcp.med.harvard.edu/wmhcidi/.

29. World Health Organization. Mejorando la atención a personas con trastornos mentales, neurológicos y relacionados con el consumo de sustancias. [monografía en línea]. Suiza: Programa Mundial de Acción en Salud Mental, 2002, [accesado el 15 de mayo del 2009] Disponible en: http://www.who.int/mental_health/media/en/267.pdf

30. Buvinic M, Morrison A, Orlando MB. Violencia, crimen y desarrollo social en américa latina y el caribe. [en línea] México, Papeles De Población Toluca 2005; 43:167-214 [accesado el 10 de mayo del 2009] Disponible en: http://www.distriseguridad.gov.co/cosed/documentos/violencia_crimen_desarrollo_social_america_latina.pdf.

31. Aguilar I. Frecuencia del diagnóstico del trastornos bipolar y descripción de su tratamiento en el Hospital General San Juan de Dios de Guatemala. [en línea] Universidad del Valle de Guatemala. 2005. [accesado el 12 de mayo del 2009] Disponible en: http://www.coedu.usf.edu/zalaquett/cic/fd.htm.

32. Burrión González A, Orozco Citalán LC. Perfil inicial en salud mental del guatemalteco [tesis licenciatura en Psicología], Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Escuela de Ciencias Psicológicas. 2006.

33. Borges G, Medina-Mora ME, López Moreno S. El Papel de la epidemiologia en la investigación de los trastornos mentales, [revista en línea] Revista De Salud Pública de México 2004; 46 (5):451-463, [accesado el 19 de febrero del 2009]. Disponible en http: //dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo =1067020.

34. Pedersen D. El dilema de lo cuantitativo y cualitativo: de las encuestas a los métodos rápidos de investigación en salud en: Lolas Stepke F, Florenzano R, Gyarmati G, Trejo C. Ciencias Sociales y Medicina: Perspectivas Latinoamericanas. Chile: Editorial Universitaria; 1992; 201-211.

35. Bulbena Vilarrasa A, Berrios GE, Larrinoa Palacios PF. Medición clínica en psiquiatría y psicología, [en línea] España:Elsevier, 2000, [acesado el 9 de mayo del 2009]. Disponible en http://books.google.com.gt/books?id=5DJjt4n8bAcC

36. Kessler R, Josep MaH, Yueqin H, Ormel J, Scott K, Schoenbaum M, et al. World Mental Health Survey Initiative IFPE Congress, [en línea] WHO 2009 [accesado el 10 de mayo del 2009]. Disponible en http://www.hcp.med.harvard.edu/wmh/IFPE_WMH.pdf.

37. Guatemala: Instituto Nacional de Estadística INE. Demografía población de Guatemala [sede Web]. INE 2003 [actualizada 27 febrero 2009]. Disponible en: www.INE.gob.gt.

38. Sabin M, Sabin K, Hyoun Y. Estado de salud mental de los refugiados mayas después de la repatriación a Guatemala, [revista en línea], Revista Panamericana de Salud Pública, 2006; 19 (3) p163-171, [accesado 20 de febrero del 2009] Disponible en http://journal.paho.org/?a_ID=350&catID=.

39. Consejo de Organizaciones Mayas de Guatemala COMG. Consejo Nacional de Educación Maya. [en línea] Proyecto de Pueblos Indígenas. Embajada de España en Guatemala. [accesado el 14 de mayo del 2009]. Disponible en http://www.aecid.org.gt/aecid/index.php?option=com_content&view=article&id=21&Itemid=37.

40. Vásquez Rocca A. Anti-psiquiatría: deconstrucción del concepto de enfermedad mental, [en línea] Argentina: Escuela de Medicina Universidad Nacional de Buenos Aires, 2007, [Accesado 07 de mayo de 2009]. Disponible en: http://hosting.udlap.mx/profesores/miguela.mendez/alephzero/archivo/historico/az46/rocca46.htm.

41. Pedersen D, Gamarra J, Planas ME, Errázuriz C. Violencia política y salud en las comunidades alto-andinas de Ayacucho. [en línea] Douglas Hospital Research Centre, McGill University Montreal Canadá. Instituto para la Paz y el Desarrollo de Ayacucho Lima (Perú) 2001. Universidad Peruana Cayetano Heredia. [accesado 09 de mayo de 2009]. Disponible en: www.mcgill.ca/trauma-globalhealth/resource-center/tools/violencia

42. Kohn R, Rodríguez J. Reconocimiento de los síntomas psicóticos y otros síntomas psiquiátricos y la percepción sobre los enfermos mentales entre los mayas, Washington: OPS, 2007.

43. García O. César. De León E, Quiñonez A, Ramírez D. Guía para la elaboración de protocolos de investigación [monografía en línea]. Guatemala: Centro de Investigaciones de las Ciencias de la Salud, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de San Carlos de Guatemala; [accesado el 3 de marzo de 2009]. Disponible en http://medicina.usac.edu.gt/graduacion/Guiaprotocolo.pdf.

44. Hernández Sampieri R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la Investigación. 3ed. México: McGraw-Hill Interamericana, 2003.

45. Lewis Beck M, Briman A, Futing Liao T. The sage encyclopedia of social science research methods [en línea], Iowa 2004, [accesado el 20 de mayo de 2009]. Disponible en: http://books.google.com.gt/book?id=xUy-NNnSQIIC&printsec=frontcover#PPA959,M1

46. Aliaga A. Diseño muestral, [en línea] Instituto Nacional de Estadística, México 2001 [accesado el 18 de mayo de 2009]. Disponible en:www.eclac.cl/deype/mecovi/docs/TALLER10/34.pdf

47. Bizarro Ramírez G. Metodología de la investigación científica. México: Universidad de Tamaulipas, 1996.

48. Santillana A. Criterios de clasificación de la población en rural y urbana, Revista de Economía Política, [en línea] Guatemala, 1964; 36:71. [accesado el 12 de mayo de 2009] Disponible en: http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2497079

49. Guatemala: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Normas de atención del primer nivel, Guatemala: MSPAS, 2005.

50. Universidad de Graz. Consentimiento informado. [en línea] [accesado 22. Abril. 2008] Disponible en: http://es.wikipedia.org/wiki/Consentimiento_informado

51. Tormo Díaz MJ, Dal-Ré R, Pérez Albarracín G. Ética e investigación epidemiológica. Medicina Clínica Barcelona 1998; 111:587-591.

52. García C. El Consentimiento informado, Centro de Investigaciones de las Ciencias de la Salud, [en línea] CICS. Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de San Carlos de Guatemala 2009. [accesado febrero 20 2009] disponible http://medicina.usac.edu.gt/graduacion/Consentimiento_informado.pdf

53. Ezequiel E. ¿Qué hace que la investigación clínica sea ética? siete requisitos básicos. Investigación en sujetos humanos: Experiencia Internacional. Chile: División de Salud y Desarrollo Humano. OPS/OMS. 2001.

54. Centro Internacional de Salud: Consentimiento informado, derecho y ética. Facultad de Derecho, Universidad de Haifa, Israel Cátedra UNESCO de Bioética 2008. [en línea] [accesado febrero 20 2009] Disponible en: http://medlaw.haifa.ac.il/index/main/4/consentimientoinformado.pdf

55. Ruiz M. Principios éticos en la investigación clínica y epidemiológica en: Epidemiología clínica. México: Médica Panamericana. 2004. P. 423-434.

56. Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS). International Guidelines for Ethical Review of Epidemiological Studies Organización Mundial de la Salud (OMS). Ginebra 1991. [en línea] [accesado 23. enero. 2008]. Disponible en: http://www.uchile.cl/bioetica/doc/epidem_5.htm

57. Comité de Bioética de Cataluña. Guía sobre el consentimiento informado. [en línea] España 2009, [accesado 22 Abril 2008]. Disponible en: http://www.gencat.net/salut/depsan/units/sanitat/pdf/esconsentiment.pdf

58. Stadistic Program for Social Science Statistics 17.0. Chicago, Ilinois:Polar engineeding and consulting. 2008.

59. Kessler R, Josep M, Yueqin H, Ormel J, Scott K, Michael S, et al The World Health Organization World Mental Health Survey Initiative IFPE Congress [en línea], 2009 [accesado el 10 de mayo el 2009] Disponible en http://www.hcp.med.harvard.edu/WMH.pdf.

60. Schomerus G, Angermeyer MC. Stigma and its impact on help-seeking for mental disorders: what do we know? Canada: Epidemiol Psychiatric Soc. 2008;17(1):31-7.

61. Guatemala Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS). Centro Nacional de Epidemiologia, Memoria Anual de Vigilancia Epidemiológica 2007, [en línea], Guatemala 2008 [accesado el 3 de mayo del 2007].Disponible en: http://www.mspas.gob.gt

62. Zlotnick C, Johnson J, Kohn R, Vicente B, Rioseco P, Saldivia S. Epidemiology of trauma, post-traumatic stress disorder (PTSD) and co-morbid disorders in Chile. Psychol Med, 2006 Nov;36(11):1523-33.

63. Almeida Filho N. Mari JJ, Coutinho E, França JF, Fernandes JG, Andreoli SB, et al. Estudo multicêntrico de morbidade psiquiátrica en áreas urbanas brasileiras, Brasília, São Paulo, Porto Alegre (Brasil) 1992. Rev ABPAPAL; 14(3):93-104.

64. World Health Organization. Suicide rates per 100.000 by country, year and sex [en línea]. Geneva: WHO; 2007. [accesado el 10 de mayo del 2007] Disponible: en http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide_rates/en/index.html.

65. Matute A, García I. Informe estadístico de la violencia en Guatemala, [en línea] Guatemala: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) 2007, [accesado el 11 de abril del 2007] Disponible en: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/national_activities/informe_estadistico_violencia_guatemala.pdf).

66. World Health Organization. Mental Health Atlas 2005. Geneva: WHO; 2005.

Universidad de San Carlos de Guatemala
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
OPCA, UNIDAD DE DOCUMENTACIÓN

10. ANEXOS

10.1 Anexo 1: Tabla de Kish

No. Encuesta	Número de personas de 18 a 65 años en la vivienda											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	Mas 12
Seleccione a la persona a entrevistar cruzando No. Encuesta y No. Integrantes												
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
4	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2
5	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2
6	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	3	3
7	1	1	1	1	2	2	2	2	2	3	3	3
8	1	1	1	1	2	2	2	2	3	3	3	3
9	1	1	1	2	2	2	2	3	3	3	4	4
10	1	1	1	2	2	2	3	3	3	4	4	4
11	1	1	2	2	2	3	3	3	4	4	4	5
12	1	1	2	2	2	3	3	4	4	4	5	5
13	1	1	2	2	3	3	3	4	4	5	5	5
14	1	1	2	2	3	3	4	4	5	5	5	6
15	1	1	2	2	3	3	4	4	5	5	6	6
16	1	2	2	3	3	4	4	5	5	6	6	7
17	1	2	2	3	3	4	4	5	5	6	7	7
18	1	2	2	3	3	4	5	5	6	6	7	7
19	1	2	2	3	4	4	5	5	6	7	7	8
20	1	2	2	3	4	4	5	6	6	7	8	8
21	1	2	3	3	4	5	5	6	7	7	8	9
22	1	2	3	3	4	5	6	6	7	8	8	9
23	1	2	3	3	4	5	6	6	7	8	9	9
24	1	2	3	4	4	5	6	7	8	8	9	10
25	1	2	3	4	5	5	6	7	8	9	9	10
26	1	2	3	4	5	6	6	7	8	9	10	11
27	1	2	3	4	5	6	7	8	8	9	10	11
28	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	11
29	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
30	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

10.2 Anexo 2: Distribución de sectores por departamento:

Departamento	Ubicación específica de los sectores		Distribución de encuestadores en los sectores
	Municipio	Lugar	
Alta Verapaz	Cobán	Cobán	4 integrantes de Baja Verapaz
	Cobán	Cobán	
	Cobán	Santa Anita, Chicoy, Tzapineb	6 integrantes de Alta Verapaz
	Chisec	Sejix	
Zacapa y Chiquimula	Teculután	Caserío el Oreganal	4 Integrantes de Progreso
	Usumatlán	El Jute	
	Zacapa	Jumuzna, El Coco	5 integrantes de Zacapa
	San Jacinto	Los Lemus Ticanlú, Valle de la Escuela, Jocotal, Valle de los Martínez	
	Jocotán	Pacren	5 integrantes de Chiquimula
	Esquipulas	Aldea: Las Peñas, Caseríos: Rincón de María, San Antonio y San Francisco Buena Vista	
Izabal	El Estor	El Naranjal, El Zapote, Guaritas, Nueva Jerusalem, Caserío Pataxte, Finca Pataxte	4 integrantes de Petén
	Morales	Las Pozas, Hulera San Pablo, Bella Sonia, Valencia, El Rejón, Los Potrillos, Libia, Cortez, El Rejón, Yayela I	
	Los Amates	Caseríos Montaña Dakota y la Unión	4 integrantes de Izabal
	Palencia, Guatemala	Lomas de Azacualpilla	
Jutiapa	Moyuta	Ojo de Agua, La Danta, El Tamarindo, San Antonio, El Tumbador, San Luis, El Pensamiento, Miramar	4 Integrantes de Jutiapa
	Pasaco	Pasaco	
	San José Acatempa	Ceibita	3 integrantes de Jalapa
Huehuetenango	Cuilco	Chapala, Nueva Independencia, San José Madero	6 integrantes de Totonicapán
	La Libertad	Palmira	
	Jacaltenango	Jacaltenango	9 integrantes de Huehuetenango
	San Mateo I.	Rio Seco	
	Barillas	Nuevo Santiago, Canan, Chiya, El Quetzal	
San Marcos	Champerico	Champerico	4 integrantes de Retalhuleu
	Catarina	El Sitio	8 integrantes de San Marcos
	San Antonio Sac.	Santa Rita	
	San Antonio Sac.	Santo Domingo	
	El Rodeo	EL Rodeo	
El Quiché	Chinique	Chinique	6 integrantes de El Quiché
	Zacapulas	Chuvillil, Xevillil	
Guatemala	San José Pinula	El Aguacate, La Providencia, El Refugio, Valdesia, Agua Bonita, El Sombrerito, Concepción Pinula	10 integrantes de Guatemala
	Mixco	Pérez Guizasola, La Comunidad, Maravilla, El Durazno	
	Santa Catalina Pinula	San Miguel Buena Vista, Bella Luces, Monte de los Olivos, La Cuchilla del Carmen, Vista Azul	

	Palencia	El Hatillo, Agua Caliente, El Morrito, Jocotales	
	Palencia	Los Mixcos, Los Tecomates	
	Chinautla	Sacojito o Concepción	
	Zona Municipal 7	Colonia Khjell Lauregud García	6 integrantes de Sacatepéquez
	Zona Municipal 16	Caserío Concepción Las Lomas	
	Zona Municipal 17	Caserío Sabana Arriba Caserío Las Vacas Residenciales Citadela	
	San Pedro Ayampuc	San Pedro Ayampuc	
Suchitepéquez	Patulul	Fincas El Canaleño, El Retiro, Pajavena, La favorita, El Jute, El Recreo y El Nacimiento.	6 Integrantes de Suchitepéquez
	Zona Municipal 22 (Guate)	Nimajuyú 1	
Sololá	Sololá	Aldea Argueta	6 integrantes de Sololá
	Zona Municipal 7 (Guate)	Colonia Quinta Samayoa	
Quetzaltenango	Concepción Chiquirichapa	Concepción Chiquirichapa	9 integrantes de Quetzaltenango
	Génova	Génova	
	La Libertad (Huehue)	La Libertad	
	Huehuetenango (Huehue)	El Terrero	
Escuintla	Tiquisate	Las Trozas, El Semillero Barra Nahualate	5 integrantes de Escuintla
	Villa Nueva (Guate)	Villa Nueva, Ciudad del Sol, La Arada	
Santa Rosa	Casillas	Los Pinos, Los Cimientos, El Carmen, Las Ilusiones	6 integrantes de Santa Rosa
	Villa Nueva (Guate)	Asentamiento La Paz	
	Villa Nueva (Guate)	Ciudad Real II	
Chimaltenango	Pochuta	El Potosi, Florencia, La Soledad o La Bendición, Guardianía Florencia (pedazo de mapa)	6 integrantes de Chimaltenango
	San Andrés Itzapa	San Andrés Itzapa	
	Amatitlán (Guate)	Amatitlán, Las Margaritas	
	Villa Canales (Guate)	Las Manzanillas, San Gregorio Vista al Lago, Callejón de Tacpun	